

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Sono-vigília e problemas do comportamento internalizantes e  
externalizantes em crianças dos 6 aos 11 anos: perceção parental

ANDREIA INÊS ABREU DOS SANTOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014



# Sono-vigília e problemas do comportamento internalizantes e externalizantes em crianças dos 6 aos 11 anos: perceção parental

ANDREIA INÊS ABREU DOS SANTOS

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica  
Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

Coimbra, junho de 2014

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Professora Doutora Mariana Marques pela disponibilidade que sempre demonstrou durante todo o processo de elaboração desta investigação. Obrigada por fazer-me perceber que as coisas eram mais simples do que eu pensava, por nunca me deixar desistir, mesmo nos momentos em que pensei que não ia dar certo. Agradeço-lhe, também, por todos os conhecimentos que me tem oferecido, tornando-me, assim, uma pessoa e uma futura profissional melhor. Obrigada pela dedicação, pela motivação e pelas horas de acompanhamento que sempre disponibilizou para me ajudar.

Queria agradecer, também, ao meu namorado que sempre me apoiou e incentivou nesta caminhada de cinco anos, sendo sempre compreensivo com as minhas hesitações e dias menos bons. Queria agradecer-lhe, em especial, pela ajuda e suporte emocional que me deu na realização desta dissertação e pelas horas passadas comigo ao computador.

Um especial agradecimento à minha família que esteve sempre presente e nunca me deixou desistir. Em especial, este agradecimento destina-se à minha irmã e pai que foram fundamentais na ajuda da recolha e seleção da amostra. Sem eles teria sido bastante mais difícil.

À Doutora Mariana Martins e à Doutora Alina Antunes, pelas imensas palavras de apoio e incentivo nesta última etapa da minha formação.

Aos meus colegas e amigos pela amizade e apoio que sempre demonstraram e que me permitiram ser uma pessoa melhor.

Por fim, agradeço a todas as pessoas, que de forma simpática, aceitaram participar neste estudo, possibilitando, assim, que a minha investigação pudesse ser realizada.

Importa dizer que, sem estas pessoas esta longa caminhada não teria sido possível. A amizade, carinho, compreensão, dedicação e principalmente motivação que sempre me disponibilizaram, tornou-me uma pessoa melhor e capaz de atingir todos os meus objetivos com o máximo de sucesso.

O meu muito obrigado a todos!

## RESUMO

**Introdução:** O sono é essencial para a sobrevivência de todos os seres humanos e, muito em particular, para o bem-estar emocional e cognitivo das crianças. Diferentes variáveis do sono e alterações do mesmo, como a sua privação, podem conduzir a diversas consequências comportamentais e cognitivas, que podem ser categorizadas em internalizantes ou externalizantes. Este estudo tem como objetivos: caracterizar, numa amostra de crianças em idade escolar, de acordo com a percepção parental, hábitos e variáveis de sono e problemas do comportamento internalizantes e externalizantes; explorar, na mesma amostra, as associações entre os referidos hábitos e variáveis de sono e os dois tipos de problemas do comportamento.

**Métodos:** 100 pais/representantes legais de crianças entre os 6 e os 11 anos preencheram um questionário sociodemográfico, o Questionário Padrão Sono-Vigília de Crianças (PSVC) e o Questionário de Comportamentos da Criança 6-18 (CBCL 6-18).

**Resultados:** Segundo a percepção dos pais, a maioria das crianças levava menos de 10 minutos a adormecer e não acordava durante a noite. Uma percentagem significativa tinha medo de dormir no escuro e precisava de luz para adormecer (eventual dissónia) e de um objeto de referência. Durante a noite uma percentagem significativa de crianças rangia os dentes (eventual parassónia). A subescala com valor médio T mais elevado foi o *Isolamento/depressão* e a dimensão global com o valor médio T maior foi a *Problemas internalizantes*. A maioria das crianças apresentou pontuação “normal” em todas as subescalas. A subescala *Isolamento/depressão* foi a que apresentou mais casos “borderline” e a subescala *Comportamentos agressivos* apresentou o maior número de crianças na categoria “clínica”. A dimensão global com maior número de casos clínicos foi a *Problemas internalizantes*. No geral, as diversas variáveis do sono associaram-se significativamente aos problemas de comportamento: crianças que “muitas vezes ou sempre” apresentaram alterações do sono tinham valores mais elevados de problemas de comportamento.

**Discussão:** Encontraram-se diversas associações entre problemas e hábitos do sono e problemas de comportamento, particularmente internalizantes. Importa criar programas de prevenção/intervenção na área do sono e comportamento para psicoeducar os pais nestas áreas e intervir junto das famílias, de forma a melhorar os hábitos de sono, diminuir a presença de perturbações do sono e de problemas comportamentais.

**Palavras-Chave:** sono-vigília; problemas do comportamento; internalizantes; externalizantes; crianças; percepção parental.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sleep is essential for the survival of every human being and particularly to children's emotional and cognitive wellbeing. Different sleep variables and sleep alteration, such as its privation, lead to several cognitive and behaviour consequences, named as Internalizing or Externalizing. This study aims to characterize sleep habits and variables as well as Internalizing and Externalizing behavior problems, in a sample of school children, according to parents' perception; explore the association between sleep habits and variables and the two types of behaviour, in the same sample of children.

**Methods:** One hundred parents/legal representatives of children aged between six and eleven years old filled in a sociodemographic, The Sleep-Wake Children Questionnaire and Child Behaviour Checklist 6-18.

**Results:** According to parents' perception, most children took about ten minutes to fall asleep and did not wake up during the night. A significant proportion of children was afraid of sleeping in the dark and needed a light (possible dyssomnia) and an object of reference to fall asleep. During the night a significant proportion of children gnash their teeth (possible parasomnia). The subscale with the higher mean T value was *Isolation/depression* and the global dimension with the higher mean T value was *Internalizing Problems*. Most children had a "normal" scoring in every subscales. *Isolation/depression* subscale was the one that presented more borderline cases and the *Aggressive behaviours* subscale presented the highest number of children in the clinic category. The global dimension with the most clinic cases was *Internalizing Problems*. Generally, several sleep variables were significantly associated to behaviour problems: children that often or always presented sleep alterations had higher behaviour problems values.

**Discussion:** Several associations were found between sleep habits and problems and behaviour problems, particularly Internalizing. Seems important to create prevention/intervention programs on sleep and behavior to educate parents in these areas and intervene with the families, to improve sleep habits, reduce the presence of sleep disturbances and behavior problems.

**Key-Words:** sleep-wake; behaviour problems; Internalizing; Externalizing; children; parents' perception.

## 1. INTRODUÇÃO

### Sono na infância

O sono é uma função necessária para a sobrevivência dos seres humanos (Seixas, 2009; Vicente, 2009). É uma forma de repouso, caracterizada pela interrupção da consciência, descontração e relaxamento dos músculos, diminuição da circulação corporal e da respiração. Constitui uma ferramenta essencial para uma vida saudável, física e psicológica, protegendo contra o desgaste das horas em vigília (Rente e Pimentel, 2003). Tem dois estádios principais, com características específicas e que alternam durante a noite ordenadamente: sono lento/ não-REM e sono paradoxal/REM (Seixas, 2009). O sono não-REM ocorre logo após o indivíduo adormecer e ocupa cerca de 80% do sono de um adulto. De seguida ocorre o sono REM, em que ocorre uma aceleração cardíaca e da respiração, sonhos e movimentos rápidos dos olhos (que dão o nome a este estágio). Porém, os dois estádios não são estáticos, variando com a idade e características de cada pessoa. Por exemplo, as crianças dormem durante mais tempo do que os adultos e passam cerca de metade do seu sono, em sono REM (Januário, 2012).

O sono é sobretudo essencial para as crianças (Paiva, 2008) e, em especial nestas, sofre alterações desde a fase fetal até aos primeiros anos de vida (Alóe, Azevedo, e Hasan, 2005). Um bebé recém-nascido dorme, inicialmente, entre dezasseis a vinte horas por dia, em intervalos de duas a quatro horas distribuídos durante o dia e a noite (Gleitman, Fridlund, e Reisberg, 2009). Entre os três e os seis meses, a criança passa a dormir entre nove a doze horas por noite e sonos de duas a quatro horas durante o dia. Estes sonos diurnos/sestas tendem a extinguir-se por volta dos três anos de idade, e até aos cinco anos, as crianças passam a dormir onze horas durante a noite. Solidifica-se, então, o sono noturno, atrasa-se a hora de ir para a cama e as crianças mantêm-se mais tempo acordadas (Chokroverty, 2010).

O sono relaciona-se com o crescimento físico, comportamental, emocional e cognitivo e com processos como a atenção e aprendizagem (Chen, Wang, e Jeng, 2006). É “normal” e reparador quando fornece uma sensação de bem-estar e descanso físico/mental, que possibilita às crianças a execução das suas tarefas (Rente e Pimentel, 2003). Em idade escolar os mais pequenos necessitam de dormir cerca de 10 horas, para o rendimento escolar se manter (Antunes, 2012). Assim, na infância, a aprendizagem favorável e o bom desenvolvimento psicológico relacionam-se com a boa qualidade do sono (número de horas de sono, hora de despertar, interrupções do sono, perturbações do sono e suas consequências diurnas) (Batista e Nunes, 2006). Quando o sono não é “respeitado”, inclusive pelas crianças, afetando a quantidade e qualidade, pode surgir lentificação psicomotora, falhas na atenção e

memória a curto prazo, dificuldades de concentração, variações do humor e cansaço (Curcio, Ferrara, e Gennaro, 2006; Paavonen et al., 2009; Paiva, 2008), problemas comportamentais (e.g., acidentes e consumo de substâncias nos adolescentes; problemas no controlo dos impulsos e relacionamento social) e emocionais (maior labilidade emocional) (Fallone et al., 2002, cit. in Januário, 2012), todas estas consequências tendo impacto escolar. Os alunos devem, assim, conciliar os horários de sono com os horários escolares, para favorecer a concentração e aprendizagem (Antunes, 2012; Clemente, 1997). O excesso de atividades e obrigações das crianças podem ser responsáveis por um padrão de sono irregular e pela sua má qualidade levando às consequências descritas (Busse e Baldini, 1994).

No nosso país, os problemas em dormir são considerados um problema de saúde pública, com uma prevalência mais elevada em crianças em idade escolar (Paiva e Pinto, 2010, cit. in Oliveira e Anastácio, 2011). Para os médicos pediatras, os problemas relacionados com o sono/perturbações do sono são a quinta maior preocupação dos pais (Klein e Gonçalves, 2008). Na maioria dos casos, uma anamnese detalhada permite o diagnóstico conclusivo e garante o melhor tratamento (Nunes, 2002). Ainda assim, muitas vezes os pais não relatam a sua preocupação nas consultas de saúde infantil (Stein, Mendelsohn, Obermeyer, Amromin, e Benca, 2001) e os problemas de sono em crianças são muitas vezes encarados como transitórios e sem prejuízos a longo prazo. Podem, porém, progredir para estados mais graves, afetando o desenvolvimento e bem-estar da criança (Klein e Gonçalves, 2008).

As perturbações do sono são categorizadas na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (1997) em dissónias, parassónias e perturbações do sono associadas a doenças médicas e psiquiátricas (Rente e Pimentel, 2003). No DSM-IV-TR (*American Psychological Association* /APA, 2002) classificam-se em quatro grupos: perturbações primárias do sono (dissónias<sup>1</sup> e parassónias<sup>2</sup>), perturbações do sono relacionadas com outras perturbações mentais, perturbações do sono devido a um estado físico em geral e perturbações do sono induzidas por substâncias. Nas crianças, os problemas do sono são divididos em dois grupos: “*perturbações caracterizadas por eventos comportamentais anormais/parassónias (terrores noturnos, pesadelos e sonambulismo)* e *perturbações com uma alteração do sono em quantidade, qualidade e horários/dissónias (as insónias e as hipersónias)*” (APA, 2002, p. 597). Em crianças mais pequenas os problemas de sono mais frequentes são: dificuldades em

<sup>1</sup> Dissónias - problemas do início e da manutenção do sono ou de uma enorme sonolência que se caracterizam por perturbações na quantidade, na qualidade e no horário do sono (ex.: insónias, hipersónias, narcolepsia, perturbação do sono relacionada com a respiração, perturbação do ritmo circadiano do sono e dissónia sem outra especificação (APA, 2002)).

<sup>2</sup> Parassónias - problemas determinados por comportamentos incomuns ou fisiológicos, que acontecem durante o sono, nomeadamente em fases específicas ou na passagem do sono para a vigília (ex.: pesadelos, terrores noturnos, sonambulismo e parassónia sem outra especificação (APA, 2002)).

adormecer, que se manifestam por choro, tentativas de sair do quarto ou comportamentos que atrasam a hora de ir dormir (Hoban, 2010). Assim, a maioria das crianças apresenta comportamentos de oposição nessa hora, utilizando muitas vezes um objeto de referência para conseguir dormir. Algumas fazem birra para ir dormir para a cama dos pais (Daltoon, 1996, cit. in Borges, Azevedo, Fonseca, Torres, e Costa, 2000). Em idade escolar, os problemas mais comuns são as parassónias (Matwiyoff e Chiong, 2010).

Num estudo com 218 famílias de crianças (entre 2 e 15 anos) (Salzarudo e Chevalier, 1983), os mais frequentes distúrbios do sono foram: falar enquanto dorme, ter pesadelos, sonambulismo, complicações em adormecer, enurese, bruxismo e terrores noturnos. Num outro estudo (crianças entre os 3 e os 15 anos), as mães referiram como dificuldades mais comuns: falar a dormir, resistir a ir para a cama, dormir com luz acesa, terrores noturnos, dificuldades em adormecer, choro durante o sono e pesadelos (Dollinger, 1982).

### **Problemas de comportamento**

Os problemas comportamentais e os emocionais são os principais problemas de saúde mental, com prevalência mundial entre 10 a 20% (Hetlinger, Simpkins, e Combs-Orme, 2000, cit. in Borsa, Souza, e Bandeira, 2011; Stewart-Brown, 2003). Segundo Silva, Farias, Silveiras, e Arantes (2008) os problemas de comportamento na infância são ações e condutas socialmente desajustadas (comportamentos excessivos e/ou deficitários), acabando por prejudicar a interação com o grupo de pares e com os adultos.

Vários estudos têm focado problemas comportamentais em crianças. Porém, Achenbach e Edelbrock (1978; Achenbach, 1991a, 1991b, cit. in Clemente, 2008; Achenbach e Edelbrock, 1983, cit. in Clemente, 2008; Edelbrock e Achenbach, 1984) são os autores que mais investiram/investem neste tema. Os mesmos identificaram duas grandes dimensões dos problemas do comportamento infantis: internalizantes e externalizantes. Os primeiros podem manifestar-se por isolamento, depressão, ansiedade e queixas somáticas; os problemas externalizantes podem evidenciar-se por agitação, impulsividade, comportamentos desafiantes, comportamentos antissociais (Coplan, Findlay e Nelson, 2004, cit. in Bolsoni-Silva et al., 2006; Patterson, Reid e Dishion, 2002, cit. in Bolsoni-Silva et al., 2006), hiperatividade, delinquência e agressividade (Achenbach e Edelbrock, 1978; Achenbach, 1991a, 1991b, cit. in Clemente, 2008; Aunola e Nurmi, 2005). Nos problemas internalizantes existe uma carga emocional negativa centrada no próprio, com excessivo controlo do comportamento. Nos problemas externalizantes existe maior dificuldade na autorregulação do



comportamento e carga emocional negativa remetida aos outros (Achenbach e Edelbrock, 1978; Achenbach, 1991a, 1991b cit. in Clemente, 2008; Aunola e Nurmi, 2005).

Para Anselmi, Piccinini, Barros, e Lopes (2004), López-Soler, Sáez, López, Fernández, e Pina (2009), Moura, Marinho-Casanova, Meurer, e Campana (2008) os problemas do comportamento externalizante são mais frequentes. Outros autores afirmam que os internalizantes dominam (Beyer e Furniss, 2007; Keegstra, Post, e Goorhuis-Brouwer, 2010, cit. in Borsa, Souza, e Bandeira, 2011; Trapolini, McMahon, e Ungerer, 2007). Ambos são preocupantes, porque afetam diversas áreas: escola, relação familiar e com o grupo de pares (Roeser, Eccles, e Strobel, 1998). Diversos fatores associam-se ao surgimento de problemas comportamentais: comportamento parental, fatores sociais e económicos (Assis, Avanci, e Oliveira, 2009), problemas familiares, psicopatologia dos progenitores, educação dura e rigorosa (Ferriolli, Marturano, e Puntel, 2007, cit. in Borsa et al., 2011; Sá, Curto, Bordin, e Paula, 2009; Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman, e Bordin, 2005), questões genéticas (Assis et al., 2009; Goldsmith e Lemery, 2000, cit. in Borsa et al., 2011) e características individuais (Bolsoni-Silva et al., 2006; Luiz, Gorayeb, e Liberatore Júnior, 2010).

Estudos realizados tendo em conta o sexo da criança, mostram que os problemas do comportamento externalizantes existem sobretudo em rapazes. As raparigas tendem a exibir menos problemas do comportamento, sendo as queixas maioritariamente referentes a problemas do comportamento internalizantes (Anselmi et al., 2004; Moura et al., 2008; Zwaanswojk, Verhaak, Bensing, Ende, e Verhulst, 2003). Estas diferenças relacionam-se com o facto de nos rapazes serem valorizadas práticas sociais que remetem para a autoafirmação e agressividade, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de problemas externalizantes. Nas raparigas, a pressão quanto à sua autorregulação e sensibilidade para questões interpessoais, torna-as mais vulneráveis aos comportamentos internalizantes (Leadbeater, Kuperminc, Blatt, e Hertzog, 1999). Estas diferenças associam-se a agentes hormonais (Beijsterveldt, Hudziak, e Boomsma, 2006, cit. in Borsa et al., 2011; Cova, Maganto, e Melipillán, 2005). Apesar de várias crianças apresentarem um ou outro tipo de problema comportamental, algumas ostentam os dois tipos (Achenbach, 1991a, cit. in Clemente, 2008; Cole e Carpentieri, 1990; Pesenti-Gritti, et al., 2008).

### **Sono e problemas do comportamento**

Verifica-se uma associação entre as alterações do sono e a ansiedade (social e generalizada) e a depressão (Chorney, Detweiler, Morris, e Kuhn, 2008). Movimentos

excessivos durante o sono relacionam-se com a perturbação de hiperatividade; as resistências ao deitar e a enurese noturna associam-se a problemas comportamentais e as dificuldades em adormecer a problemas ansiosos e depressivos (Smedje, Broman, e Hetta, 2001).

Num estudo com 350 crianças em idade escolar (entre os 6 e os 10 anos) que visava identificar os seus hábitos de sono a maioria das crianças dormia sozinha no quarto, mas 33% dormia no mesmo quarto que os irmãos; a maioria dormia em média 8 a 10 horas, indo para a cama por volta das 21 horas; 42% das crianças necessitava de um objeto de referência; 47% de luz de presença e 13% da presença dos pais; 24% das crianças acordava durante o sono. Os eventos noturnos mais comuns eram: falar durante o sono, bruxismo e pesadelos. Quanto ao comportamento, a maior parte das crianças foi considerada como calma (40%). Porém, 36% foi avaliada como hiperativa. Os comportamentos alterados como a agressividade e a agitação foram descritos em 8% (Borges et al., 2000).

O estudo de Stein e colaboradores (2001) visou perceber se as perturbações do sono estavam relacionadas com a psicopatologia, segundo percepção dos pais. Foi realizado numa amostra de 472 crianças que frequentavam consultas pediátricas de rotina (idades entre os 4 e os 12 anos). Tratou-se de uma amostra heterogénea, étnica, geográfica e socioeconomicamente. A recolha foi realizada durante seis meses. Foi usado o *Sleep Behavior Questionnaire* que avalia as práticas e hábitos de sono das crianças (e.g hora de dormir, hora de acordar e sestas) e problemas do sono (dificuldade em adormecer, despertares noturnos e enurese noturna). Alguns comportamentos que ocorrem durante o sono são, também, avaliados pelo instrumento (ressonar; falar enquanto dorme). Foi administrado aos pais um questionário sobre o historial médico e desenvolvimental e o *Child Behavior Checklist (CBCL)*, que avalia problemas do comportamento internalizantes e externalizantes (Stein et al., 2001).

Os problemas de sono pareceram não ter uma relação com as variáveis sociodemográficas não existindo relação com o estatuto socioeconómico das famílias, sexo das crianças, ou com o facto de partilharem o quarto ou a cama com outra pessoa (Stein et al., 2001). Alguns problemas do sono como ressonar, apresentar-se cansado durante o dia e ter dificuldades em adormecer foram comuns, ocorrendo pelo menos uma vez por semana em cerca de 20% das crianças. Porém, apenas 20 pais demonstraram preocupação com o sono dos seus filhos ao pediatra. Os problemas de sono neste estudo foram agrupados em cinco fatores: fator I, relacionado com as parassónias (sonambulismo, pesadelos, terrores noturnos, ressonar e falar enquanto dormia), sendo responsável por 25% das alterações do sono; fator II, associado à enurese noturna e representando 9,5% da variação do sono; fator III, associado

ao cansaço diurno demonstrado pela criança, foi responsável por 9,3% das alterações; fator IV, ruído durante o sono, responsável por 7,6%; fator V, insónias, responsável por 7,1%. Quanto à relação entre os problemas de sono e do comportamento, os problemas do sono nas crianças relacionaram-se fortemente com os problemas do comportamentos internalizantes e externalizantes e com a maioria das escalas do instrumento. As parassónias, o cansaço diurno e as insónias associaram-se fortemente à psicopatologia, ou seja, às alterações do comportamento. A enurese e o ruído durante o sono não revelaram associação com alterações comportamentais. Particularizando, as parassónias/fator I estavam fortemente associadas às escalas: ansiedade/depressão, problemas de pensamento e problemas sociais. A enurese/fator II associou-se aos problemas de pensamento. O cansaço diurno/fator III relacionou-se com as queixas somáticas e problemas sociais. O ruído durante o sono/fator IV associou-se aos comportamentos agressivos (as crianças que dormem com ruído frequente tendem a ser mais agressivas). A insónia/fator V relacionou-se com a ansiedade/depressão, problemas de atenção e queixas somáticas (Stein et al., 2001).

Depois de várias pesquisas não foram encontradas mais investigações que relacionem problemas de comportamento e o sono-vigília em crianças em idade escolar.

## **Objetivos**

Atendendo ao referido, são nossos objetivos: caraterizar, numa amostra de crianças em idade escolar (entre 6 e 11 anos), segundo a perceção parental, hábitos e variáveis de sono e problemas do comportamento internalizantes e externalizantes; explorar associações entre esses hábitos e variáveis de sono e os dois tipos de problemas do comportamento.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Procedimentos**

Foram solicitadas as autorizações (Apêndice A e B) para a utilização dos questionários neste estudo: Questionário sobre o Padrão Sono-Vigília de Crianças (PSVC) (Clemente et al., 1997) e o Questionário de Comportamentos da Criança 6-18 [CBCL 6-18]; Achenbach 2001). A versão portuguesa do CBCL 6-18 usada neste estudo pertence à editora Psiquilíbrios que foi, então, contactada. Foram adquiridos junto da mesma 100 cópias (Anexo 1). Quanto ao Questionário sobre o Padrão Sono-Vigília de Crianças, o pedido de autorização foi feito à autora, que a concedeu (Anexo 2). A autora desenvolveu ainda um questionário sociodemográfico e relativo a aspetos do sono não questionados no PSVC (Apêndice D).

A recolha de dados decorreu durante o mês de janeiro de 2014, junto de uma amostra por conveniência, sendo único critério de inclusão que os participantes fossem progenitores/representantes legais de crianças entre os 6 e os 11 anos. A cada representante foi entregue o protocolo composto por informação sobre o objetivo do estudo e requisitos de participação, pela declaração de consentimento informado que todos os participantes teriam de assinar (Apêndice C) e pelos três questionários sobre a criança: questionário sociodemográfico (Apêndice D), PSVC (Anexo 2) e CBCL 6-18 (Anexo 1).

## 2.2. Instrumentos

### 2.2.1. Questionário sociodemográfico

Este questionário continha duas secções: Secção I/variáveis sociodemográficas: idade de quem preenchia o questionário, estado civil, escolaridade e descrição do agregado familiar (número de pessoas e quem o compõe); Secção II/variáveis relativas ao sono das crianças: existência de irmãos (e quantos); se a criança dorme sozinha no quarto e na cama; se dorme acompanhado quem é que dorme com ela; se dorme com luz de presença; se dorme com algum objeto de referência (e qual), e se existe algum ruído durante o sono (e qual).

### 2.2.2. Questionário sobre o Padrão Sono-Vigília de Crianças (PSVC; Clemente et al., 1997)

O PSVC foi desenvolvido por Clemente e colaboradores (1997) e utilizado na dissertação de mestrado da autora. É constituído por um campo inicial que identifica a criança: sexo, idade, data de nascimento, escola que frequenta e ano de escolaridade. A profissão dos pais também é incluída neste campo. É composto, ainda, por 33 itens, na sua maioria questões fechadas e do tipo Likert. As perguntas organizam-se em cinco secções: *Hora de deitar*; *Durante a noite*; *Acordar de manhã*; *Durante o dia*; *Outros aspetos* (e.g., problemas de saúde e medicação da criança) (Clemente, 1997).

Na primeira secção relativa à *Hora de deitar* das crianças é solicitada a hora de deitar em dias de semana e fins de semana (resposta aberta). É questionado o motivo pela qual a criança se foi deitar e o tempo que leva para adormecer. Os problemas comportamentais relacionados com a hora de ir para a cama são avaliados com uma escala de Likert de quatro pontos (nunca, poucas vezes, muitas vezes e sempre). Na secção sobre comportamentos *Durante a noite* são questionados o número de horas que as crianças dormem durante a semana e no fim de semana. A informação sobre o número de vezes que a criança acorda

também é questionada, bem como a dificuldade em voltar a adormecer (respostas cotadas através da escala Likert já referenciada). Na secção três/*Acordar de manhã*, são solicitadas as horas a que acordam as crianças (semana e fim de semana). O motivo que origina o despertar também é questionado. Na quarta secção/*Durante o dia* é questionado se a criança tem sono durante o dia, se parece cansada durante o dia e se anda irritada durante o dia. Na quinta secção que se refere a *Outros aspetos*, estão presentes questões como: se a criança tem algum problema em dormir, se alguma vez a criança consultou algum técnico (médico ou psicólogo) por causa de problemas do sono, se toma medicação para ajudar a dormir e, por fim, se sofre de algum problema médico. Todas as questões são respondidas de forma dicotómica (sim ou não). O questionário é respondido pelos progenitores ou responsáveis legais, tendo em conta os últimos seis meses, anteriores à data de preenchimento do instrumento (Clemente, 1997).

O PSVC foi utilizado no primeiro estudo nacional sobre hábitos, comportamentos e problemas de sono em crianças em idade escolar (com 900 participantes) (Clemente, Gomes, Ferreira, César, Pissarra, Coelho, e Azevedo, 1998, cit. in Aparas, 2008). A partir desse momento foi empregue em diversas publicações a nível internacional (Aparas, 2008).

O PSVC possui boa validade teste-reteste (numa amostra independente; intervalo de um mês) (Clemente, 1997).

### **2.2.2. Questionário de Comportamentos da Criança 6-18 [CBCL 6-18], Achenbach 2001, versão Psiquilibrios)**

O CBCL 6-18 tem como objetivo caraterizar e traçar o perfil de comportamento da criança/adolescente partindo da descrição do prestador de cuidados. Adequado a pais/representantes legais de crianças entre os 6 e os 18, possibilita avaliar as competências e os problemas comportamentais das crianças e dos adolescentes, tendo como referência os últimos seis meses (Castro Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, e Cardoso, 1994). Segundo Achenbach e Rescorla (2000, cit. in Pereira, 2008), o CBCL 6-18 pode ser igualmente preenchido por outras pessoas que se relacionem com a criança no meio familiar.

Este instrumento encontra-se dividido em duas secções: na primeira constam perguntas sobre participação em desportos, passatempos e informação escolar (não usada no presente estudo) (Pulga, 2012); na segunda constam 113 questões que descrevem os comportamentos problemáticos das crianças/adolescentes. Cada questão é respondida com uma escala que varia entre 0 e 2: 0/não é verdadeira, 1/de alguma forma ou algumas vezes verdadeira e 2/muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira (Pereira, 2008). O CBCL 6-18

possibilita a construção de um perfil de competências escolares, atividades e competências sociais e o reconhecimento de comportamentos psicopatológicos (Pereira, 2008).

Numa perspetiva dimensional, este questionário avalia o comportamento patológico das crianças/adolescentes, tendo em conta os valores normativos para esta população. Regista a intensidade e a frequência de sintomas problemáticos, mais do que a presença/ausência de categorias de problemas (Achenbach e Rescorla, 2000, 2001, cit. in Pereira, 2008).

Segundo a análise fatorial as questões deste instrumento dividem-se em 8 subescalas: *Ansiedade/depressão* (e.g. “Chora muito”; “Tem medos”; “Fala em matar-se”); *Isolamento/depressão* (e.g. “Gosta de poucas coisas”; “Gosta de estar sozinho”; “É reservado”); *Queixas somáticas* (e.g. “Tem pesadelos”; “Tem dores”; “Tem vômitos”); *Problemas sociais* (e.g. “Não se dá bem com outras crianças”; “Gozam-no”; “As outras crianças não gostam dele”); *Problemas de pensamento* (“Tem obsessões”; “Ouve coisas”; “Vê coisas”; “Tem ideias estranhas”); *Problemas de atenção* (e.g. “Não se consegue concentrar”; “É irrequieto”; “O seu trabalho escolar é fraco”); *Comportamentos delinquentes* (“Quebra regras”; “É mau para os colegas”; “Mente”; “Falta à escola”); *Comportamentos agressivos* (e.g. “Discute muito” “Amua muito”; “Faz muitas birras”). Existe, ainda, um conjunto de questões que representam uma última subescala: *Outros problemas* (“Rói as unhas”; “Gosta de se exhibir”; “Urina na cama”; “Choramíngua”) (Muzzolon, 2008).

Na versão portuguesa do instrumento é possível obter a pontuação total de cada subescala, pelo somatório bruto das respostas dos responsáveis legais das crianças. No perfil de cotação da prova, os dados brutos são convertidos em pontuações T, tendo em conta o sexo e a idade da criança. Para todas as subescalas uma pontuação  $T \leq 64$  é “normal”, entre 65-70 (inclusivé) é *borderline* e  $\geq 71$  é clínica (Achenbach, 1991, cit. in Muzzolon, 2008).

Através do somatório dos itens de todas as subescalas (incluindo a subescala *Outros problemas*) obtém-se uma pontuação bruta que pode ser convertida numa pontuação T que indica, no geral, a sintomatologia psicopatológica: *Total de problemas de comportamento*.

Este instrumento concede-nos, ainda, a pontuação bruta duas dimensões globais, a dimensão global *Problemas internalizantes* e a dimensão global *Problemas externalizantes*. As três primeiras subescalas *Ansiedade/depressão*, *Queixas somáticas* e *Isolamento/depressão* são somadas formando a dimensão *Problemas internalizantes*. As subescalas *Comportamentos delinquentes* e *Comportamentos agressivos* são somadas formando a dimensão *Problemas externalizantes*. As subescalas *Problemas Sociais*, *Problemas de pensamento* e *Problemas de Atenção* são analisadas de forma independente

(Muzzolon, 2008). Posteriormente, é possível extrair os valores T para cada dimensão global, a *Internalizante* e a *Externalizante* (Achenbach, 1991, cit. in Muzzolon, 2008).

Na análise dos valores T do *Total de Problemas de comportamento* e dos valores T das dimensões globais *Internalizante* e *Externalizante*, um resultado  $T \leq 59$  é considerado normal, entre 60 e 63 *borderline* e  $\geq 64$  clínico (Achenbach, 1991, cit. in Muzzolon, 2008).

As características psicométricas deste instrumento, segundo Achenbach (1991, cit. in Pereira, 2008) estão asseguradas. Não tendo sido fornecidos à autora os dados psicométricos do instrumento (a editora Psquilíbrios não lançou oficialmente o manual da prova), apresentamos os dados psicométricos de outras versões do instrumento. Castro Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso (1994) traduziram e validaram em 1991, o CBCL 4-18, envolvendo uma amostra clínica e uma normativa. O teste-reteste com a população clínica foi bastante satisfatório (0,55;  $p < 0,01$ ). Quanto aos coeficientes de alfa de Cronbach encontraram-se valores de 0,93 para a população não clínica e 0,92 para a população clínica.

No presente estudo, calculámos os alfas de Cronbach para as dimensões globais: *Problemas internalizantes*, alfa de 0,721 (valor aceitável, Pestana e Gageiro, 2008); *Problemas externalizantes* alfa de 0,700 (aceitável, Pestana e Gageiro, 2008); *Total de problemas de comportamento* alfa de 0,907 (muito bom, Pestana e Gageiro, 2008).

### 2.2.3. Análise Estatística

Para a realização deste trabalho recorremos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Determinámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e dispersão e medidas de assimetria e achatamento. O teste Kolmogorov-Smirnov mostrou que as variáveis dimensões globais *Internalizante* e *Externalizante* apresentavam uma distribuição normal. A variável *Total de Problemas de Comportamento* não apresentou uma distribuição normal. Dado o  $n$  da amostra, superior a 30, optamos pelos testes paramétricos. Calculamos a consistência interna através de alfas de Cronbach, das dimensões globais e do *Total de Problemas*, interpretando-os segundo Pestana e Gageiro (2008):  $<0,6$ : inadmissível; 0,6 a 0,7: fraca; 0,7 e 0,8: razoável; 0,8 e 0,9: boa;  $>0,9$ : muito boa.

Através de testes t de Student exploramos diferenças nas pontuações médias T das subescalas do CBCL 6-18, dimensões globais *Internalizante* e *Externalizante* e *Total de Problemas de Comportamento* segundo as variáveis qualitativas dicotómicas: sexo da criança; tem irmãos; dorme sozinho no quarto e na cama; se acompanhado por quem; dorme com luz de presença; dorme com objeto de referência; se dorme com objeto de referência

qual; dorme com ruído frequente; se dorme com ruído, qual; a criança tem problemas em dormir; já procurou um psicólogo por problemas de sono; toma medicação para dormir.

Através de correlações de Pearson testámos associações entre as pontuações médias T das subescalas do CBCL 6-18 e dimensões globais *Internalizante* e *Externalizante* e do *Total de Problemas de Comportamento* com as variáveis idade (da criança), idade de quem preenche, nº de pessoas do agregado, número de irmãos, horas de deitar, que dorme (por noite) e horas a que acorda (semana e fins de semana). A magnitude das correlações foi analisada segundo os critérios de Cohen (1992): 0,01, baixa; 0,30, moderada e 0,50 elevada.

Testamos, com testes t de Student, diferenças por grupo nas pontuações médias T das subescalas do CBCL 6-18 e das dimensões globais *Internalizante* e *Externalizante* e *Total de Problemas de Comportamento* e as variáveis *Adormece sozinho na cama*, *Adormece na cama dos pais*, *Precisa de uma coisa especial para adormecer*, *Precisa de luz para adormecer*, *Está disposto a ir para a cama na hora de deitar*, *Não quer ir para a cama na hora de deitar*, *Quando a criança acorda durante a noite consegue voltar a adormecer*, *Ressona alto*, *Faz xixi na cama*, *Tem pesadelos*, *Levanta-se e anda enquanto está a dormir*, *fala enquanto está a dormir*, *Começa a gritar como se estivesse muito aflito não se lembrando de nada*, *Range os dentes enquanto está a dormir*, *Tem medo de dormir no escuro*, *Tem sono durante o dia*, *Parece cansado durante o dia*, e *Anda irritado durante o dia*, depois de recategorizarmos estas variáveis: nunca + poucas vezes (categoria 1) e muitas vezes + sempre (categoria 2).

Não testámos associações entre as pontuações T das subescalas do CBCL 6-18 e dimensões globais *Internalizante* e *Externalizante* e do *Total de Problemas de Comportamento* com as variáveis escolaridade, tipo de agregado familiar, deita-se a uma determinada hora porquê, tempo que leva para adormecer, o que acorda a criança, tem sono durante o dia, parece cansado durante o dia e parece irritado durante o dia, pelo número de categorias de cada uma das variáveis.

#### 2.2.4. Amostra

Nas tabelas 1, 2, 3, 4, 5 apresentamos dados sobre o questionário sociodemográfico e secção inicial do CBCL 6-18. A sequência das variáveis nas tabelas não é igual à sequência nos questionários e no protocolo. Esta troca garante a apresentação lógica da informação.

A maioria dos participantes era progenitor (pais ou pais adotivos) da criança ( $n = 95$ ; 96,00%) e tinha entre 31 e os 39 anos ( $n = 55$ ; 55,0%). A maioria era casada ( $n = 84$ ; 84,0%) e tinha o ensino secundário ( $n = 51$ ; 52,6%). A maioria dos pais era “Operários, artífices e



*trabalhadores similares*” ( $n = 25$ ; 37,9%) e as mães eram “*Trabalhadores não qualificados*” ( $n = 20$ ; 29,4%) ou “*Pessoal dos serviços e vendedores*”.

Tabela 1

**Dados sociodemográficos de quem preenche** †

Variáveis sociodemográficas	<i>n</i>	%
<b>Quem preencheu</b>		
Progenitores (Pais ou pais adotivos)	95	96,0
Avós	2	2,0
Irmãos ou tios	2	2,0
<b>Total</b>	99	100,0
<b>Idade de quem preenche</b>		
	<i>M</i>	<i>DP</i>
	37,8	6,27
		<i>Variação</i>
		22-63
<b>Idade de quem preenche</b>		
	<i>n</i>	%
22-29 anos	9	9,0
31-39 anos	55	55,0
40-63 anos	36	36,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Estado Civil</b>		
	<i>n</i>	%
Solteiro	6	6,0
União de Facto	6	6,0
Casado	84	84,0
Divorciado	4	4,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Escolaridade</b>		
	<i>n</i>	%
1º Ciclo	8	8,2
2º Ciclo	6	6,2
3º Ciclo	12	12,4
Secundário	51	52,6
Licenciatura	18	18,6
Mestrado	1	1,0
Doutoramento	1	1,0
<b>Total</b>	97	100,0

$n$  = nº de sujeitos;  $M$  = média;  $DP$  = desvio-padrão † dados recolhidos através do questionário sociodemográfica.

Tabela 2

**Dados sociodemográficos de quem preenche (continuação)** †

Variáveis sociodemográficas	<i>n</i>	%
<b>Profissão do pai *</b>		
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	5	7,6
Técnicos e profissionais de nível intermédio	9	13,6
Pessoal administrativo e similares	6	9,1
Pessoal dos serviços e vendedores	11	16,7
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	1	1,5
Operários, artífices e trabalhadores similares	25	37,9
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	8	12,1
Desempregados	1	1,5
<b>Total</b>	66	100,0
<b>Profissão da mãe *</b>		
	<i>n</i>	%
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7	10,3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	10	14,7
Pessoal administrativo e similares	6	8,8
Pessoal dos serviços e vendedores	18	26,5
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	2	2,9
Operários, artífices e trabalhadores similares	1	1,5
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	2	2,9
Trabalhadores não qualificados	20	29,4
Desempregados	2	2,9
<b>Total</b>	68	100,0

$n$  = nº de sujeitos; † dados recolhidos com o questionário sociodemográfico e primeira pergunta do CBCL 6-18; \* Classificação Nacional das Profissões (2001).

Na tabela 3 apresentam-se dados da criança sobre o qual o estudo é realizado. A maioria era do sexo masculino ( $n = 53$ ; 53%; média de idades de 8,29 anos/ $DP = 1,77$ ). Todas as crianças eram portuguesas e a maioria frequentava o 3º ano ( $n = 23$ ; 23,5%).

**Tabela 3**  
**Dados relativos à criança** †

Variáveis relativas à criança	<i>n</i>	%	
<b>Sexo</b>			
Masculino	53	53,0	
Feminino	47	47,0	
<b>Total</b>	100	100,0	
<b>Idade da criança (em anos)</b>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<b>Variação</b>
	8,29	1,77	6,00 – 11,00
<b>Ano escolaridade da criança</b>	<i>N</i>	%	
Pré-escolar	9	9,2	
1º Ano	16	16,3	
2º Ano	12	12,2	
3º Ano	23	23,5	
4º Ano	15	15,3	
5º Ano	10	10,2	
6º Ano	12	12,2	
7º Ano	1	1,0	
<b>Total</b>	98	100,0	

$n$  = nº de sujeitos;  $M$  = média;  $DP$  = desvio-padrão; † dados recolhidos através do CBCL 6-18.

A média de elementos do agregado familiar foi de 4,04 pessoas ( $DP = 0,83$ ; variação entre duas a sete pessoas. A maioria das famílias era composta só pela família nuclear ( $n = 97$ ; 97%). A maioria das crianças tinha irmãos ( $n = 81$ ; 81,0%) e, em média, cada criança tinha um irmão ( $M = 1,44$ ;  $DP = 1,03$ ) (Tabela 4)

**Tabela 4**  
**Dados relativos à família da criança** †

Variáveis relativas ao agregado familiar	<i>M</i>	<i>DP</i>	<b>Variação</b>
<b>Nº de pessoas</b>	4,04	0,83	2,00 – 7,00
<b>Quem compõe o agregado</b>	<i>N</i>	%	
Família Nuclear (apenas pais)	97	97,0	
Família Alargada (tios e avós)	1	1,0	
Família Nuclear + Família Alargada (Pais, tios e avós)	2	2,0	
<b>Total</b>	100	100,0	
<b>Tem irmãos</b>	<i>n</i>	%	
Não	19	19,0	
Sim	81	81,0	
<b>Total</b>	100	100,0	
<b>Quantos irmãos</b>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<b>Variação</b>
	1,44	1,03	1,00 – 9,00

$n$  = nº de sujeitos;  $M$  = média;  $DP$  = desvio-padrão; † dados recolhidos através do questionário sociodemográfico

Na tabela 5 apresentam-se dados sobre o sono da criança, presença de luz, objetos e ruídos frequentes na hora de dormir. A maioria das crianças dormia sozinha no quarto ( $n = 66$ ; 66,0%). Das que não dormiam sozinhas, a maioria dormia sozinha na sua cama ( $n = 82$ ; 82,0%). Das que dormiam acompanhadas, a maioria dormia acompanhada pelos irmãos ( $n = 10$ ; 55,6%). A maioria das crianças não necessitava de luz de presença ( $n = 74$ ; 74,0%) e não

utilizava objetos de referência ( $n = 73$ ; 73,0%). Das que os usavam, o objeto eleito pela maioria eram bonecos ( $n = 25$ ; 92,6%). A maioria das crianças não dormia na presença de nenhum ruído frequente ( $n = 98$ ; 98,0%). As que dormiam tinham a presença constante do barulho do frigorífico ( $n = 1$ ; 50,0%) e da televisão ( $n = 1$ ; 50,0%).

**Tabela 5**  
*Dados relativos ao sono da criança* †

Características do sono	<i>n</i>	%
<b>Dorme sozinho no quarto</b>		
Não	34	34,0
Sim	66	66,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Dorme sozinho na cama</b>	<i>n</i>	%
Não	18	18,0
Sim	82	82,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Se acompanhado por quem</b>	<i>n</i>	%
Pai/ Mãe/ Pai e Mãe	8	44,4
Irmão	10	55,6
<b>Total</b>	18	100,0
<b>Dorme com luz de presença</b>	<i>n</i>	%
Não	74	74,0
Sim	26	26,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Dorme com objeto de referência</b>	<i>n</i>	%
Não	73	73,0
Sim	27	27,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Se dorme com objeto de referência qual</b>	<i>n</i>	%
Boneco	25	92,6
Cobertor	2	7,4
<b>Total</b>	27	100,0
<b>Dorme com ruído frequente</b>	<i>n</i>	%
Não	98	98,0
Sim	2	2,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Se dorme com ruído qual</b>	<i>n</i>	%
Frigorífico	1	50,0
Televisão	1	50,0
<b>Total</b>	2	100,0

*n* = nº de sujeitos; † dados recolhidos através do questionário sociodemográfico.

Na tabela 6 apresentamos a secção *Hora de deitar* do PSVC. A média de horas de ir para a cama em dias de semana foi às 21:48 ( $DP = 0:34$ ; variação = 20:00-23:30). Durante o fim de semana, as crianças foi às 22:39 ( $DP = 0:40$ ; variação = 21:00- 00:45). A maioria das crianças deitava-se a dada hora porque necessitava de dormir o suficiente ( $n = 46$ ; 46,0%), levando menos de 10 minutos a adormecer ( $n = 58$ ; 58,0%) e adormecendo sempre sozinhas na sua cama ( $n = 66$ ; 66,0%). A maioria das crianças nunca adormecia na cama dos pais ( $n = 61$ ; 61,0%), nunca precisava de algo especial para adormecer ( $n = 69$ ; 69,7%), nem luz ( $n = 56$ ; 56,0%), nem da presença dos progenitores ( $n = 64$ ; 64,0%). A maioria das crianças estava sempre ( $n = 39$ ; 39,0%)/muitas vezes ( $n = 38$ ; 38,0%) disposta a ir para a cama e nunca arranjava formas de não ir para a cama ( $n = 53$ ; 53,0%).

Tabela 6

*Dados da secção do PSVC - Hora de deitar*

<b>Hora de deitar</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Varição</b>
Horas de deitar durante a semana	21,48	0,34	20:00 – 23:30
Horas de deitar ao fim de semana	22,39	0,40	21:00 – 00:45
<b>Deita-se a uma determinada hora porque?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Rotina familiar	43	43,0	
Tem sono	5	5,0	
Quando os irmãos se deitam	4	4,0	
Tem de dormir o suficiente	46	46,0	
Outra	2	2,0	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo que leva para adormecer</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Menos de 10 minutos	58	58,0	
10 a 30 minutos	38	38,0	
Mais de 30 minutos	4	4,0	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	
<b>Adormece sozinha na própria cama</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	7	7,0	
Poucas vezes	17	17,0	
Muitas vezes	10	10,0	
Sempre	66	66,0	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	
<b>Adormece na cama dos pais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	61	61,6	
Poucas vezes	27	27,3	
Muitas vezes	7	7,1	
Sempre	4	4,0	
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>	
<b>Precisa de algo especial para adormecer</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	69	69,7	
Poucas vezes	8	8,1	
Muitas vezes	7	7,1	
Sempre	15	15,2	
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>	
<b>Precisa de luz para adormecer</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	56	56,0	
Poucas vezes	16	16,0	
Muitas vezes	7	7,0	
Sempre	18	18,0	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	
<b>Precisa da presença dos pais para adormecer</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	64	64,0	
Poucas vezes	21	21,0	
Muitas vezes	7	7,0	
Sempre	8	8,0	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	
<b>Está disposto a ir para a cama</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	3	3,0	
Poucas vezes	20	20,0	
Muitas vezes	38	38,0	
Sempre	39	39,0	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	
<b>Não quer ir para a cama à hora de deitar (chora, grita...)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	53	53,0	
Poucas vezes	38	38,0	
Muitas vezes	8	8,0	
Sempre	1	1,0	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	

n = nº de sujeitos; M = média; DP = desvio-padrão.

Nas tabelas 7 e 8 expomos os dados da secção do PSVC *Durante a noite*. A maior parte das crianças dormia em média 9:29 ( $DP = 0:45$ ) durante a semana (variação = 8-11 horas por

noite) e uma média de 10:13 ( $DP = 1:07$ ) aos fins de semana (variação = 8-14 horas por noite). A maioria não acordava nenhuma vez durante a noite ( $n = 66$ ; 66,0%). Das que acordavam, a maioria conseguia sempre voltar a adormecer ( $n = 73$ ; 73,0%). A maioria nunca ressonava alto ( $n = 55$ ; 55,0%), nem fazia xixi na cama ( $n = 85$ ; 85,0%). A maioria das crianças tinha poucas vezes pesadelos durante a noite ( $n = 55$ ; 55,0%), nunca se levantava ou andava ( $n = 94$ ; 94,0%), falava poucas vezes enquanto dormia ( $n = 49$ ; 49,0%), nunca acordava aflita não se lembrando de nada quando acordava ( $n = 75$ ; 75,0%) e nunca rangia os dentes ( $n = 70$ ; 70,0%). A maioria nunca tinha medo de dormir no escuro ( $n = 50$ ; 50,0%).

Tabela 7

*Dados da secção do PSVC - Durante a noite*

<b>Durante a noite</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Variação</b>
Horas que dorme em dias de semana	9,29	0,45	8:00 – 11:00
Horas que dorme ao fim de semana	10,13	1,07	8:00 – 14:00
<b>Quantas vezes acorda a criança</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
0 vezes	66	66,0	
1 vez	26	26,0	
2 vezes	8	8,0	
<b>Total</b>	100	100,0	
<b>A criança consegue voltar a adormecer</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	2	2,0	
Poucas vezes	7	7,0	
Muitas vezes	18	18,0	
Sempre	73	73,0	
<b>Total</b>	100	100,0	
<b>Ressona alto</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	55	55,0	
Poucas vezes	36	36,0	
Muitas vezes	6	6,0	
Sempre	3	3,0	
<b>Total</b>	100	100,0	
<b>Faz xixi na cama</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	85	85,0	
Poucas vezes	13	13,0	
Muitas vezes	1	1,0	
Sempre	1	1,0	
<b>Total</b>	100	100,0	
<b>Tem pesadelos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Nunca	38	38,0	
Poucas vezes	55	55,0	
Muitas vezes	7	7,0	
Sempre	0	0,0	
<b>Total</b>	100	100,0	
<b>Levanta-se ou anda durante a noite</b>			
Nunca	94	94,0	
Poucas vezes	4	4,0	
Muitas vezes	2	2,0	
Sempre	0	0,0	
<b>Total</b>	100	100,0	

$n = n^{\circ}$  de sujeitos;  $M$  = média;  $DP$  = desvio-padrão.

Tabela 8

*Dados da secção do PSVC - Durante a noite (continuação)*

Durante a noite	<i>n</i>	%
<b>Fala enquanto dorme</b>		
Nunca	42	42,0
Poucas vezes	49	49,0
Muitas vezes	9	9,0
Sempre	0	0,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Acorda aflito não se lembrando de nada depois</b>	<i>n</i>	%
Nunca	75	75,0
Poucas vezes	24	24,0
Muitas vezes	1	1,0
Sempre	0	0,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Range os dentes</b>	<i>n</i>	%
Nunca	70	70,0
Poucas vezes	20	20,0
Muitas vezes	8	8,0
Sempre	2	2,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Tem medo de dormir no escuro</b>	<i>n</i>	%
Nunca	50	50,0
Poucas vezes	29	29,0
Muitas vezes	6	6,0
Sempre	15	15,0
<b>Total</b>	100	100,0

*n* = nº de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão.

Na tabela 9 estão descritas as informações da secção *Acordar de manhã*. A média de horas de levantar foi às 7:43 (*DP* = 0:52) durante a semana, com uma variação entre as 6 e as 9 horas e aos fins de semana a média de acordar dos mais pequenos foi às 9:18 (*DP* = 0:54), sendo o intervalo de horas entre as 7:30 e as 12 horas. A maioria das crianças acordava com um dos pais ou membro da família a acordá-las (*n* = 79; 79,0%).

Tabela 9

*Dados da secção do PSVC - Acordar de manhã*

Acordar de manhã	<i>M</i>	<i>DP</i>	Variação
Horas que acorda em dias de semana	7,43	0,30	6:00 – 9:00
Horas que acorda ao fim de semana	9,18	0,54	7:30 – 12:00
<b>O que acorda a criança</b>	<i>n</i>	%	
Despertador	3	3,0	
Um dos pais ou membro da família	79	79,0	
Barulho	1	1,0	
Vontade de ir à casa de banho	1	1,0	
Acorda por si	16	16,0	
<b>Total</b>	100	100,0	

*n* = nº de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão.

Na tabela 10 são descritas as informações sobre a secção do PSVC *Durante o dia*, ou seja, sonolência, cansaço e irritabilidade que apresentam. A maioria das crianças nunca apresentava sono durante o dia (*n* = 50; 50,0%) mas algumas apresentavam-no poucas vezes (*n* = 49; 49,0%). A maioria apresentava poucas vezes sinais de cansaço (*n* = 65; 65,0%), e poucas vezes irritabilidade (*n* = 58; 58,0%).

Tabela 10

*Dados da secção do PSVC – Durante o dia*

Durante o dia	<i>n</i>	%
<b>Tem sono durante o dia</b>		
Nunca	50	50,0
Poucas Vezes	49	49,0
Muitas Vezes	1	1,0
Sempre	0	0,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Parece cansado durante o dia</b>		
	<i>n</i>	%
Nunca	30	30,0
Poucas Vezes	65	65,0
Muitas Vezes	5	5,0
Sempre	0	0,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Parece irritado durante o dia</b>		
	<i>n</i>	%
Nunca	34	34,0
Poucas Vezes	58	58,0
Muitas Vezes	8	8,0
Sempre	0	0,0
<b>Total</b>	100	100,0

*n* = nº de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão.

Na tabela 11 constam os dados da secção do PSVC *Outros aspetos*. A maioria da amostra não tinha problemas de sono (*n* = 96; 96,0%), não procurara um psicólogo por causa dos mesmos (*n* = 96; 96,0%) e não tomava medicação para ajudar a dormir (*n* = 99; 99,0%). Um dos progenitores referiu que o filho tomava medicação (medicamento = Atarax).

Tabela 11

*Dados da secção do PSVC – Outros aspetos*

Outros aspetos	<i>n</i>	%
<b>A criança tem problemas em dormir</b>		
Não	96	96,0
Sim	4	4,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Já procurou um psicólogo por problemas de sono</b>		
Não	96	96,0
Sim	4	4,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Toma medicação para dormir</b>		
Não	99	99,0
Sim	1	1,0
<b>Total</b>	100	100,0
<b>Sofre de algum problema</b>		
Epilepsia	2	10,5
Asma	4	21,1
Bronquite	3	15,8
Outros problemas	10	52,6
<b>Total</b>	19	100,0

*n* = nº de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão.

Na tabela 12 apresentamos os dados recolhidos com o CBCL 6-18. O valor médio *T* mais elevado foi o da subescala *Isolamento/depressão* (*M* = 57,27; *DP* = 7,05), seguindo-se a subescala *Ansiedade/depressão* (*M* = 56,63; *DP* = 7,74). A amostra apresenta um valor médio *T* mais elevado na dimensão global “*Problemas internalizantes*” (*M* = 54,76; *DP* = 11,17).

Tabela 12

*Dados relativos aos comportamentos patológicos das crianças (CBCL 6-18)*

Pontuações T das subescalas clínicas, dimensões global e Total de problemas	M	DP	Varição
Ansiedade/Depressão	56,63	7,74	50,00 – 88,00
Isolamento/Depressão	57,27	7,05	50,00 – 88,00
Queixas Somáticas	54,98	6,20	50,00 – 88,00
Problemas Sociais	54,92	6,53	50,00 – 82,00
Problemas de Pensamento	53,24	5,65	50,00 – 78,00
Problemas de Atenção	55,88	7,50	50,00 – 90,00
Comportamentos Delinquentes	54,68	5,75	50,00 – 78,00
Comportamentos Agressivos	54,68	8,27	50,00 – 93,00
Internalização	54,76	11,17	33,00 – 94,00
Externalização	51,57	11,20	33,00 – 82,00
Total de Problemas de Comportamento	51,85	12,91	24,00 – 120,00

*n* = nº de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão.

Quanto às categorias nas subescalas clínicas (normal/ $\leq 64$ , *borderline*/65-70 e clínico/ $\geq 71$ ), a maioria das crianças encontrava-se no grupo normal em todas as subescalas (percentagens superiores a 80%). A dimensão *Isolamento/depressão* foi a que teve maior percentagem de crianças *borderline* ( $n = 17$ ; 17%) e as dimensões *Ansiedade/depressão* ( $n = 4$ ; 4%), *Problemas sociais* ( $n = 4$ ; 4%), *Problemas de atenção* ( $n = 4$ ; 4%) e *Comportamentos agressivos* ( $n = 5$ ; 5%) tiveram maior percentagem de crianças que integravam a categoria clínica. Não apresentamos aqui os dados relativos à categorização de todas as subescalas por serem demasiado extensos, mas o já referido sintetiza os aspetos essenciais.

Na tabela 13 apresenta-se a amostra categorizada por grupos (normal, *borderline* e clínico) na dimensão global *Problemas internalizantes*, *Problemas externalizantes* e *Total de Problemas de Comportamento*. A maioria das crianças encontrava-se no grupo normal nas três dimensões. Porém, na dimensão global *Problemas internalizantes*, 20% da amostra pertence ao grupo clínico ( $n = 20$ ; 20,0%).

Tabela 13

*Grupos das dimensões globais Problemas internalizantes, Problemas externalizantes e Total de problemas de comportamento*

Pontuação T da dimensão <i>Internalizante</i>	<i>n</i>	%
$\leq 59$ (normal)	71	71,0
60-63 ( <i>borderline</i> )	9	9,0
$\geq 64$ (clínico)	20	20,0
<b>Total</b>	100	100,0
Pontuação T da dimensão <i>Externalizante</i>	<i>n</i>	%
$\leq 59$ (normal)	75	75,0
60-63 ( <i>borderline</i> )	14	14,0
$\geq 64$ (clínico)	11	11,0
<b>Total</b>	100	100,0
Pontuação T do Total de Problemas de Comportamento	<i>n</i>	%
$\leq 59$ (normal)	79	79,0
60-63 ( <i>borderline</i> )	8	8,0
$\geq 64$ (clínico)	13	13,0
<b>Total</b>	100	100,0

*n* = nº de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão.



### 3. RESULTADOS

Através de testes *t* de Student verificou-se que os pais referiram que as raparigas apresentavam valor médio maior de *Queixas somáticas* vs. rapazes ( $M = 56,32/DP = 7,27$  vs.  $M = 53,79/DP = 4,85$ ;  $t = -2,019$ ;  $p = 0,047$ ); que as crianças que não dormiam sozinhas na cama apresentavam pontuação mais elevada de *Problemas de Pensamento* ( $M = 57,06/DP = 8,70$  vs.  $M = 52,40/DP = 4,38$ ;  $t = 3,320$ ;  $p = 0,001$ ) e de *Queixas Somáticas*, vs. as que dormiam sozinhas na cama ( $M = 58,33/DP = 9,88$  vs.  $M = 54,24/DP = 4,85$ ;  $t = 2,606$ ;  $p = 0,011$ ). Os pais referiram, ainda, que as crianças que precisavam de luz de presença apresentavam pontuação maior de *Problemas de atenção*, vs. as que não precisavam dessa luz ( $M = 58,54/DP = 10,03$  vs.  $M = 54,95/DP = 6,19$ ;  $t = -2,139$ ;  $p = 0,035$ ). Os pais afirmavam que as crianças que procuraram um psicólogo apresentavam valor superior de *Ansiedade/depressão* vs. as que não procuraram psicólogo ( $M = 66,50/DP = 15,86$  vs.  $M = 56,22/DP = 7,08$ ;  $t = -2,685$ ;  $p = 0,009$ ). Aconteceu o mesmo com os *Problemas de atenção* ( $M = 63,75/DP = 18,03$  vs.  $M = 55,55/DP = 6,75$ ;  $t = -2,183$ ;  $p = 0,031$ ) e *Comportamentos agressivos* ( $M = 69,00/DP = 18,35$  vs.  $M = 55,05/DP = 7,26$ ;  $t = -3,487$ ;  $p = 0,001$ ). Segundo os pais, as crianças que não dormiam sozinhas na cama apresentavam uma pontuação *T* maior na dimensão global *Internalizante* vs. as que dormiam sozinhas na cama ( $M = 60,3/DP = 10,39$  vs.  $M = 53,6/DP = 11,03$ , respetivamente;  $t = 2,367$ ;  $p = 0,020$ ). Aconteceu o mesmo na dimensão global *Externalizante* ( $M = 56,2/DP = 10,64$  vs.  $M = 50,6/DP = 11,13$ ;  $t = 1,949$ ;  $p = 0,054$ /tendência) e no *Total de Problemas de Comportamento* vs. as que dormiam sozinhas na cama ( $M = 56,7/DP = 9,88$  vs.  $M = 50,8/DP = 13,30$ ;  $t = 2,133$ ;  $p = 0,041$ ).

Através de correlações de Pearson encontraram-se associações significativas entre *Problemas do pensamento* e horas de deitar ao fim de semana ( $r = 0,217$ ;  $p = 0,031$ ) (quanto mais tarde a hora de ir para a cama no fim de semana, maior a pontuação na subescala) e entre a dimensão global *Externalizante* ( $r = 0,223$ ;  $p = 0,045$ ) e o *Total de Problemas de Comportamento* ( $r = 0,256$ ;  $p = 0,021$ ) e o número de irmãos (quanto maior o número de irmãos maior a pontuação *T* na dimensão global e *Total de Problemas de Comportamento*).

Através de testes *t* de Student verificou-se que, na perceção dos pais, as crianças que “nunca ou poucas vezes” estavam dispostas a ir para a cama, apresentavam uma pontuação média maior na subescala *Ansiedade/depressão* ( $M = 60,96/DP = 10,88$ ;  $t = 3,023$ ;  $p = 0,003$ ) vs. as que estavam “muitas vezes ou sempre” dispostas a fazê-lo ( $M = 55,44/DP = 6,17$ ). Aconteceu o mesmo nas subescalas *Problemas sociais* ( $M = 58,32/DP = 9,30$  vs.  $M = 54,00/DP = 5,20$ ;  $t = 2,862$ ;  $p = 0,005$ ), *de pensamento* ( $M = 55,86/DP = 7,00$  vs.  $M =$

52,50/ $DP = 4,59$ ;  $t = 2,533$ ;  $p = 0,013$ ), de atenção ( $M = 59,45/DP = 11,044$  vs.  $M = 54,87/DP = 5,86$ ;  $t = 2,605$ ;  $p = 0,011$ ), Comportamentos delinquentes ( $M = 58,09/DP = 8,33$  vs.  $M = 53,72/DP = 4,40$ ;  $t = 3,304$ ;  $p = 0,001$ ) e agressivos ( $M = 62,27/DP = 12,65$  vs.  $M = 53,73/DP = 5,29$ ;  $t = 4,716$ ;  $p = 0,000$ ).

Igualmente na percepção parental eram as crianças que “nunca ou poucas vezes” conseguiam voltar a adormecer com pontuação maior de *Ansiedade/depressão* ( $M = 64,56/DP = 13,52$  vs.  $M = 55,85/DP = 6,53$ ;  $t = 3,388$ ;  $p = 0,001$ ), vs. as que “muitas vezes ou sempre” conseguiam voltar a adormecer. Aconteceu o mesmo com os *Problemas sociais* ( $M = 61,78/DP = 11,67$  vs.  $M = 54,24/DP = 5,45$ ;  $t = 3,483$ ;  $p = 0,001$ ), de pensamento ( $M = 57,56/DP = 10,26$  vs.  $M = 52,81/DP = 4,87$ ;  $t = 2,463$ ;  $p = 0,016$ ), de atenção ( $M = 61,89/DP = 13,50$  vs.  $M = 55,29/DP = 6,45$ ;  $t = 2,592$ ;  $p = 0,011$ ), Comportamentos delinquentes ( $M = 60,00/DP = 9,80$  vs.  $M = 54,15/DP = 4,97$ ;  $t = 3,027$ ;  $p = 0,003$ ), e Comportamentos agressivos ( $M = 64,00/DP = 16,15$  vs.  $M = 54,78/DP = 6,66$ ;  $t = 3,352$ ;  $p = 0,001$ ).

Na percepção dos pais eram as crianças que “muitas vezes ou sempre” faziam xixi na cama com pontuação maior de *Ansiedade/depressão* vs. as crianças que “nunca ou poucas vezes” o faziam ( $M = 69,50/DP = 26,16$  vs.  $M = 56,37/DP = 7,11$ ;  $t = -2,435$ ;  $p = 0,017$ ). Aconteceu o mesmo com os *Problemas de atenção* ( $M = 75,50/DP = 20,51$  vs.  $M = 55,48/DP = 6,70$ ;  $t = -4,014$ ;  $p = 0,000$ ), Comportamentos delinquentes ( $M = 53,00/DP = 14,14$  vs.  $M = 54,51/DP = 5,50$ ;  $t = -2,102$ ;  $p = 0,038$ ) e Comportamentos agressivos ( $M = 72,00/DP = 29,70$  vs.  $M = 55,28/DP = 7,42$ ;  $t = -2,939$ ;  $p = 0,004$ ).

Os pais consideraram que as crianças que “muitas vezes ou sempre” tinham medo do escuro apresentavam pontuação maior de *Ansiedade/depressão* vs. as que “nunca ou poucas vezes” tinham medo do escuro ( $M = 60,24/DP = 9,28$  vs.  $M = 55,67/DP = 7,03$ ;  $t = -2,100$ ;  $p = 0,045$ ). Aconteceu o mesmo com os *Problemas sociais* ( $M = 57,67/DP = 8,20$  vs.  $M = 54,19/DP = 5,86$ ;  $t = -2,210$ ;  $p = 0,029$ ), *Problemas de atenção* ( $M = 60,19/DP = 10,95$  vs.  $M = 54,73/DP = 5,85$ ;  $t = -3,090$ ;  $p = 0,003$ ) e Comportamentos agressivos ( $M = 50,57/DP = 10,36$  vs.  $M = 54,29/DP = 7,13$ ;  $t = -2,618$ ;  $p = 0,015$ ). Os pais consideraram que os filhos que “nunca ou poucas vezes” adormeciam sozinhos na própria cama tinham valores mais elevados de *Problemas de pensamento*, vs. os que “muitas vezes ou sempre” adormeciam sozinhos ( $M = 56,09/DP = 8,39$  vs.  $M = 52,39/DP = 4,25$ ;  $t = 2,851$ ;  $p = 0,005$ ).

Os pais referiram que as crianças que “muitas vezes ou sempre” precisavam de luz para adormecer apresentavam uma pontuação maior de *Problemas de atenção* vs. as que “nunca ou poucas vezes” precisavam dessa luz ( $M = 59,40/DP = 10,21$  vs.  $M = 54,71/DP =$

5,98;  $t = -2,803$ ;  $p = 0,006$ ). Aconteceu o mesmo com os *Comportamentos agressivos* ( $M = 58,64/DP = 10,21$  vs.  $M = 54,60/DP = 7,32$ ;  $t = -2,154$ ;  $p = 0,034$ ). Os pais referiram que as crianças que “muitas vezes ou sempre” não queriam ir para a cama apresentavam pontuação média maior de *Queixas somáticas* vs. as que “nunca ou poucas vezes” não queriam ir para a cama ( $M = 59,11/DP = 11,74$  vs.  $M = 54,57/DP = 5,31$ ;  $t = -2,131$ ;  $p = 0,036$ ); e que as crianças que acordavam “uma ou duas vezes” por noite apresentavam valores mais elevados de *Comportamentos agressivos*, vs. as que “nunca ou poucas vezes” acordavam durante a noite ( $M = 58,03/DP = 9,13$  vs.  $M = 54,36/DP = 7,56$ ;  $t = -2,013$ ;  $p = 0,049$ ).

Na percepção dos pais, as crianças que “nunca ou poucas vezes” estavam dispostas a ir para a cama apresentavam valores médios T maiores na dimensão global *Internalizante*, do que os jovens que estavam “muitas vezes ou sempre” dispostos a fazê-lo ( $M = 60,0/DP = 15,03$  vs.  $M = 53,4/DP = 9,51$ ;  $t = 2,325$ ;  $p = 0,022$ ). As crianças que “nunca ou poucas vezes” conseguiam voltar a adormecer apresentavam valores médios T maiores na dimensão global *Internalizante* vs. jovens que “muitas vezes ou sempre” conseguiam voltar a adormecer ( $M = 63,3/DP = 12,91$  vs.  $M = 53,9/DP = 11,00$ ;  $t = 2,475$ ;  $p = 0,015$ ). As crianças que “muitas vezes ou sempre” rangiam os dentes apresentavam valores médios T maiores na dimensão global *Internalizante* vs. os jovens que “nunca ou poucas vezes” rangiam os dentes ( $M = 62,9/DP = 12,97$  vs.  $M = 53,9/DP = 10,66$ ;  $t = -2,492$ ;  $p = 0,014$ ).

Segundo os pais, as crianças que “nunca ou poucas vezes” estavam dispostas a ir para a cama tinham valores médios T maiores na dimensão global *Externalizante* vs. que estavam “muitas vezes ou sempre” dispostas a fazê-lo ( $M = 57,6/DP = 14,56$  vs.  $M = 50,0/DP = 9,49$ ,  $t = 2,368$ ;  $p = 0,026$ ). As crianças que “nunca ou poucas vezes” conseguiam voltar a adormecer apresentavam valores médios T maiores na dimensão global *Externalizante*, vs. jovens que “muitas vezes ou sempre” conseguiam voltar a adormecer ( $M = 61,6/DP = 13,01$  vs.  $M = 50,6/DP = 10,59$ ;  $t = 2,906$ ;  $p = 0,005$ ). As crianças que acordavam “muitas vezes ou sempre” apresentavam valores médios T maiores na dimensão global *Externalizante*, vs. acordavam “nunca ou poucas vezes” ( $M = 54,7/DP = 12,01$  vs.  $M = 50,0/DP = 10,49$ ;  $t = -2,061$ ;  $p = 0,042$ ). As crianças que “muitas vezes ou sempre” ressonavam tinham valores médios T maiores na dimensão global *Externalizante*, vs. que “nunca ou poucas vezes” ressonavam ( $M = 58,8/DP = 7,87$  vs.  $M = 50,9/DP = 11,26$ ;  $t = -2,056$ ;  $p = 0,042$ ). As crianças que tinham pesadelos “muitas vezes ou sempre” apresentavam valores médios T maiores na dimensão global *Externalizante*, vs. que “nunca ou poucas vezes” tinham pesadelos ( $M = 60,9/DP = 9,72$  vs.  $M = 50,9/DP = 11,09$ ;  $t = -2,137$ ;  $p = 0,035$ ).

Quando testamos, através do teste t de Student, as diferenças na pontuação T do *Total de Problemas de Comportamento* nos grupos da variável Disposto a ir para a cama e Consegue voltar a adormecer, os resultados não confirmaram diferenças entre grupos. Ainda assim, na perceção dos pais, as crianças que “nunca ou poucas vezes” precisavam de luz para dormir apresentavam valores T menores no *Total de Problemas de Comportamento*, vs. as que “muitas vezes ou sempre” precisavam dessa luz para dormir ( $M = 50,2/DP = 10,88$  vs.  $M = 56,6/DP = 17,04$ ,  $t = -2,183$ ;  $p = 0,031$ ). As crianças que “nunca ou poucas vezes” tinham medo do escuro apresentavam valores T menores no *Total de Problemas de Comportamento*, vs. as que “muitas vezes ou sempre” tinham medo do escuro ( $M = 49,9/DP = 10,62$  vs.  $M = 59,1/DP = 17,73$ ;  $t = -3,031$ ;  $p = 0,003$ ).

#### 4. DISCUSSÃO

Neste estudo, propusemo-nos caracterizar, numa amostra de crianças entre os 6 e os 11 anos, segundo a perceção parental, os seus hábitos/problemas do sono e problemas do comportamento internalizantes e externalizantes, para além de verificar se existiam associações significativas entre estas variáveis (sono e problemas do comportamento).

Antes de explorar estes resultados e analisando algumas variáveis sociodemográficas, a maioria dos pais/representantes legais eram casados, o que vai ao encontro dos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014): os casamentos são a forma mais predominante de organização familiar, embora as uniões de facto tenham começado a aumentar. Esta organização do sistema familiar parece poder revelar estabilidade familiar, dado que a relação conjugal é essencial para o bem-estar da família (Greene e Anderson, 1999) e ajustamento psicológico das crianças (Hawkes, Burchinal, e Gardner, 1058 cit. in Brás, 2009), podendo ter impacto no sono e comportamento das mesmas. Igualmente, a maioria dos pais/representantes legais possuía o ensino secundário, seguida do ensino superior e, por fim, do 3º ciclo. Os dados do INE (2014), quanto ao ano de 2012, mostram que a população portuguesa apresenta uma média superior de pessoas com habilitações literárias inferiores ao ensino secundário, ou seja, apenas com o 3º ciclo/ensino básico. De seguida, com praticamente a mesma média, o ensino secundário corresponde ao segundo grau de instrução completo pelos portugueses. Por fim, com uma média menor, encontram-se as pessoas com o ensino superior completo. Para Assis e colaboradores (2009) o nível de escolaridade dos pais é um determinante social que influencia de forma negativa a saúde mental das crianças, nomeadamente o comportamento. Os nossos dados aproximam-se da realidade portuguesa o

que nos deixa, pelo menos no que toca a esta variável, seguras quanto à eventual generalização dos dados para a realidade portuguesa. A escolaridade dos pais pode ter sido uma variável importante quanto às alterações comportamentais das crianças. Quanto às profissões dos pais por sexo, no sexo masculino dominaram os *Operários, Artífices e Trabalhadores Similares*, o que está de acordo com os dados do INE (Torres, 1995). Os dados do sexo feminino (em que dominou a categoria *Trabalhadores não qualificados*) não estão totalmente de acordo com os dados desse mesmo Instituto, indicando um nível profissional mais baixo. Os problemas de comportamento podem ser influenciados por vários fatores (e.g. económicos) (Assis et al., 2009). Dado que as pais/representantes legais da nossa amostra pertenciam a categorias profissionais relativamente baixas, podem auferir de rendimentos reduzidos, o que pode ter impacto nos comportamentos das crianças.

O número de irmãos, *Problemas externalizantes* e *Total de problemas de comportamento* mostraram-se associados. As fratrias grandes podem ser potenciais fatores para o desenvolvimento de problemas de comportamento. Nestes sistemas familiares o poder económico e educacional é mais repartido, aumentando o desgaste familiar e o défice no poder parental (Dubow e Luster, 1990 cit. in Silva, 1999; Lewis, 1995 cit. in Silva, 1999).

Discutindo, agora, dados centrais do estudo, não existiram diferenças significativas por sexo, nas subescalas do comportamento, dimensões globais e no *Total de Problemas do Comportamento*, o que não vai ao encontro da literatura. Anselmi e colaboradores (2004), Moura e colaboradores (2008) e Zwaanswojk e colaboradores (2003) verificaram que as crianças do sexo masculino tinham mais *Comportamentos externalizantes* e que as do sexo feminino tinham mais *Comportamentos internalizantes*. No nosso estudo apenas se encontrou uma associação entre o sexo feminino e as *Queixas somáticas* (subescala internalizante). Esta associação pareceu ir ao encontro da literatura, mas em faixas etárias maiores: prevalência maior de queixas somáticas nas mulheres vs. homens (Oliveira, 2010). Estes quadros somáticos associam-se a uma predisposição a fatores psicossociais e stress (Kroenke, 2003). As meninas no nosso estudo podem ter estado mais expostas a estes fatores.

Tendo como base um dos únicos estudos de que temos conhecimento que analisa o sono-vigília em crianças numa faixa etária equivalente à nossa, e porque utilizamos o instrumento desenvolvido pela autora deste estudo (Clemente, 1997), discutimos agora os resultados sobre as variáveis de sono. Segundo a autora as crianças portuguesas dormem em média 9 a 10 horas por noite em dias de semana, resultado semelhante ao nosso ( $M =$  cerca de 9 horas e meia). Porém, esta duração de sono é inferior, comparada com a de crianças de

outros países, que dormem uma média de 10 horas e 45 minutos (Mantz e Muzet, 1992, cit. in Clemente 1997). Ao fim de semana as crianças parecem dormir mais [no estudo de Clemente (1997) e no nosso], o que pode estar relacionado com os horários escolares (têm de acordar mais cedo durante este período). Para Clemente (1997), o facto de as crianças dormirem mais ao fim de semana pode sugerir que estas não estarão a dormir o suficiente durante a semana. Refere que as crianças que mais dormem aos fins de semana são as que apresentam maior irritabilidade. No nosso estudo, a única associação que se verificou em relação às horas de deitar/levantar foi que as crianças que se deitam mais tarde nos fins de semana, pontuam mais elevado nos *Problemas de pensamento* (relativa a obsessões, ideias estranhas, alucinações...) (subescala nem internalizante, nem externalizante), resultado relativamente difícil de interpretar. Quanto às horas de deitar/acordar e motivos para deitar/acordar, os nossos resultados são consonantes com os do estudo que tem vindo a ser citado. A maioria das crianças ia para a cama porque, na percepção dos pais, tinham de dormir o suficiente ou a hora de deitar estava relacionada com a rotina familiar. Estes dois fatores mostraram que existe a noção por parte dos pais/representantes legais de que o dormir bem e as horas suficientes são importantes para os filhos, comportamento parental que tem de ser enfatizado. Quanto ao acordar, este estava sobretudo a cargo dos pais ou membro da família. Para Clemente (1997) o facto dos pais despertarem as crianças pode relacionar-se com a privação do sono das mesmas, uma vez que se não fossem chamadas poderiam dormir por mais tempo. O ideal seria o acordar espontâneo que na nossa amostra, apresentou um valor baixo.

No nosso estudo, quanto às perturbações do sono (de acordo com a percepção parental, e sem avaliação clínica/médica) e quanto às dissónias, as crianças apresentaram com mais frequência as seguintes dificuldades (por ordem decrescente): *Precisa de luz para adormecer*; *Dorme sozinha na própria cama*; *Está disposto a ir para a cama*. Estes resultados são consonantes com os de Dollinger (1982), que afirmou que as maiores dificuldades das crianças são a resistência em ir para a cama e o dormir com a luz acesa. Segundo Clemente (1997), uma dificuldade importante no início e na manutenção do sono foi a presença de luz para adormecer. Quanto às parassónias, no nosso estudo, as mais apontadas pelos pais foram o bruxismo (ranger os dentes) e o sonilóquio (falar enquanto dorme), respetivamente. Para Dollinger (1982), os comportamentos incomuns mais frequentes nas crianças eram o sonilóquio e os pesadelos. Para Clemente (1997), as parassónias mais comum foram o sonilóquio e o bruxismo, sendo a mais comum o sonilóquio, ao contrário do nosso estudo.

Os problemas de comportamento são muito preocupantes pois podem provocar problemas nas diferentes áreas de vida dos mais pequenos (Roeser et al., 1998). Quanto à questão de quais os problemas (internalizantes ou externalizantes) que predominam nas crianças em idade escolar, esta é controversa pois alguns autores consideram que são os *internalizantes* e outros os *externalizantes*. No nosso estudo, os *Problemas internalizantes* prevaleceram sobre os *externalizantes*, em consonância com os estudos de Beyer e Furniss (2007), Keegstra e colaboradores (2010, cit. in Borsa et al., 2011) e Trapolini e colaboradores (2007). Quanto às subescalas analisadas, a que apresentou um valor médio maior no nosso estudo foi a subescala *Isolamento/depressão* seguindo-se a subescala *Ansiedade/depressão* com um valor muito próximo. Estes valores mostraram que, segundo a percepção dos pais, as crianças apresentam mais problemas depressivos, de isolamento e ansiedade. Estes resultados estão de acordo com a literatura: crianças com alterações na quantidade/qualidade do sono e comportamentos incomuns durante o mesmo estão mais vulneráveis ao aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos (Chorney et al., 2008).

À semelhança do constatado por outros autores (Stein et al., 2001), o nosso estudo verificou que as variáveis do sono estão fortemente relacionadas com os *Problemas internalizantes*, *Problemas externalizantes* e *Total de problemas de comportamento*, bem como com as subescalas do CBCL 6-18, com a maioria das crianças que apresentou problemas ou alterações do sono (eventuais dissónias e parassónias) a revelar, também, alterações do comportamento. O nosso estudo parece ser o primeiro a comprovar este dado.

Não havendo espaço para discutir todas as associações, apontamos aqui algumas das que nos pareceram mais relevantes. As crianças que necessitaram de luz para adormecer (dissónia, segundo Clemente, 1997) tiveram valor maior de *Total de problemas de comportamento* e de *Problemas de atenção*. A maioria das crianças que frequentemente não dormiam sozinhas na cama apresentaram mais *Problemas de pensamento, atenção* e pontuação maior nas dimensões *Problemas internalizantes, externalizantes* e *Total de problemas de comportamento*. As crianças com enurese noturna (eventual parassónia) tiveram valores mais elevados de *Problemas de atenção, Comportamentos delinquentes, Agressivos* e *Ansiedade/depressão*. Tal como no estudo de Stein e colaboradores (2001), as crianças que sofrem de enurese apresentam *Problemas de pensamento*. As dificuldades em voltar a adormecer durante a noite (eventual insónia intermédia) associaram-se a *Problemas Internalizantes* (como no estudo dos autores) mas também *Externalizantes*. No nosso estudo, a maioria das crianças que procurou um psicólogo por problemas do sono, apresentava

valores maiores de *Ansiedade/depressão*, *Problemas de atenção* e *Comportamentos agressivos*. Para Clemente (1997), a procura de um psicólogo por problemas de sono revela uma atitude positiva dos pais.

O nosso estudo pode ser considerado um estudo inovador, uma vez que, segundo sabemos, nunca foi realizado no nosso país um trabalho explorando associações entre problemas e hábitos/variáveis do sono e *Comportamentos internalizantes* e *externalizantes* de crianças em idade escolar. O estudo foi realizado utilizando um instrumento extremamente completo, que avalia pormenorizadamente os comportamentos das crianças (CBCL 6-18).

Porém, a nossa investigação foi pautada por limitações. O facto de ter sido usada uma amostra de conveniência poderia limitar a generalização dos resultados para além do grupo em estudo (Schutt, 1999, cit. in Coutinho, 2013). Ainda assim, a amostra apresenta características semelhantes às da população geral portuguesa, oferecendo boas indicações para estudos futuros. Outra limitação diz respeito à não avaliação clínica por um especialista dos problemas do sono e comportamento. A avaliação com base na percepção parental pode ter gerado enviesamentos. O facto de se tratar de um estudo transversal impede conclusões de causalidade (as variáveis/problemas de sono podem conduzir a problemas de comportamento, mas estes últimos podem, inversamente, explicar os problemas de sono). Um estudo longitudinal poderá explorar se o sono prediz os comportamentos das crianças a longo prazo.

Seria importante, futuramente, promover, por exemplo, no contexto escolar, programas de prevenção/psicoeducação nesta área, já que parece ser um tema pouco abordado junto das famílias. Existem programas de psicoeducação sobre sono em Portugal, mas não se destinam aos pais/representantes legais de crianças nesta faixa etária (Vieira, 2012). Psicoeducar os pais para as variáveis/problemas de sono e procurar prevenir os problemas de sono os pais poderia/á vir a surtir efeitos na prevenção das alterações do comportamento porque, como ficou perceptível com o nosso estudo, os hábitos e problemas do sono estão relacionados com problemas do comportamento. Nos caso em que estejam já presentes problemas do sono e/ou do comportamento seria importante desenvolver programas de intervenção. Apesar dos problemas do sono serem a quinta maior preocupação dos pais (Klein e Gonçalves, 2008), a maioria dos progenitores não os refere em consultas de saúde infantil, aumentando o risco do aparecimento de dificuldades comportamentais (Stein et al., 2001). O desenvolvimento e divulgação junto dos pais e adultos que contactam com as crianças de locais especializados na avaliação e intervenção nos problemas de sono, seria essencial para o tratamento dos mesmos e prevenção das dificuldades comportamentais.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M., e Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Alóe, F., Azevedo, A. P., e Hasan, R. (2005). Mecanismos do Ciclo Sono-Vigília. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (Supl. I), 33-39.
- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C., e Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 779-788.
- Antunes, N. L. (2012). *Mal-entendidos* (6ª ed.). Lisboa: Verso de Kapa.
- American Psychological Association, (2002). *DSV-IV-TR - Manual de estatística e diagnóstico das perturbações* (4ª ed. texto revisto). Lisboa: Climepsi.
- Aparas, T. D. (2008). *Sono-vigília em crianças com e sem perturbação do espectro do autismo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Educação, Aveiro.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., e Oliveira, R. C. (2009). Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Revista de Saúde Pública*, 43 (Supl. I), 92-100.
- Aunola, K., e Nurmi, J.-E. (2005). The Role of Parenting Styles in Children's Problem Behavior. *Child Development*, 76 (6), 1144 – 1159.
- Batista, B. H., e Nunes, M. L. (2006). Validação para a língua portuguesa de duas escalas para avaliação de hábitos e qualidade do sono em crianças. *Journal Epilepsy Clinical Neuropsychology*, 12 (3), 143-148.
- Beyer, T., e Furniss, T. (2007). Child psychiatric symptoms in primary school The second wave 4 years after preschool assessment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 753–758.
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., Pereira, V. A., e Manfrinato, J. W. (2006). Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento de Pré-Escolares: Comparando Avaliações de Mães e de Professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 460-469.
- Borges, T., Azevedo, M., Fonseca, P., Torres, P., e Costa, F. M. (2000). Hábitos de sono. *Saúde Infantil*, 61-68.
- Borsa, J. C., Souza, D. S., e Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13 (2), 15-29.
- Brás, S. L. (2009). *Famílias numerosas vs não-numerosas: Um olhar sobre os desafios parentais e familiares*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Busse, S. D., e Baldini, S. M. (1994). Distúrbios do Sono em Crianças. *Pediatria*, 16 (4), 161-166.
- Castro Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., e Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes - o Child Behaviour Checklist de Achenbach. *Psychologica*, 12, 55-78.
- Chen, M.-Y., Wang, E. K., e Jeng, Y.-J. (2006). Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. *BMC, Public Health*.
- Chokroverty, S. (2010). Overview of sleep and sleep disorders. *Indian Journal of Medical Research*, 131, 126-140.
- Chorney, D. B., Detweiler, M. F., Morris, T. L., e Kuhn, B. R. (2008). The interplay of sleep disturbance, anxiety and depression in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (4), 339-348.
- Clemente, I. F. (2008). *Autoconceito e problemas de comportamento em crianças com dificuldades de aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa, Portugal.
- Clemente, V. O. (1997). *Sono e vigília em crianças em idade escolar*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cole, D. A., e Carpentieri, S. (1990). Social Status and the Comorbidity of Child Depression and Conduct Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 748-775.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

- Cova, F., Maganto, C., e Melipillán, R. (2005). Género, Adversidad Familiar y Síntomas Emocionales en Preadolescentes. *Psyke*, 14, 227-232.
- Curcio, G., Ferrara, M., e Gennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 323-337.
- Dollinger, S. J. (1982). Varieties of childhood sleep disturbance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 107-115.
- Edelbrock, C., e Achenbach, T. M. (1984). The teacher version of the Child Behavior Profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (2), 207-217.
- Estatística, I. N. (2014). *Anuário Estatístico de Portugal*. Obtido em 26 de maio de 2014, de Instituto Nacional de Estatística: [www.ine.pt/](http://www.ine.pt/)
- Estatística, I. N. (2014). *Dia Internacional da Família*. Obtido em 31 de maio de 2014, de Instituto Nacional de Estatística: [www.ine.pt/](http://www.ine.pt/)
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., e Reisberg, D. (2009). *Psicologia* (8ª ed.). (D. R. Silva, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Greene, S. M., e Anderson, E. R. (1999). Observed Negativity in Large Family Systems: Incidents and Reactions. *Journal of Family Psychology*, 13 (3), pp. 372-392.
- Hoban, T. F. (2010). Sleep disorders in children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1-14.
- Januário, P. D. (2012). *Hábitos de sono das crianças e compreensão infantil do sono e das estratégias facilitadoras do adormecimento*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Klein, J. M., e Gonçalves, A. (2008). Problemas do sono-vigília em crianças: um estudo de prevalência. *Psico-USF*, 13, 51-58.
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal Methods in Psychiatric Research*, 12 (1), 34-43.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., e Hertzog, C. (1999). A Multivariate Model of Gender Differences in Adolescents' Internalizing and Externalizing Problems. *Developmental Psychology*, 35, 1268-1282.
- López-Soler, C., Sáez, M.C., López, M., Fernández, V., e Pina, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-358.
- Luiz, A. M., Gorayeb, R., e Liberatore Júnior, R. D. (2010). Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 27 (1), 41-48.
- Matwiyoff, G., e Chiong, T. L. (2010). Pasasomnias: an overview. *Indian Journal Medical Research*, 131, 333-337.
- Mendes, L. R., Fernandes, A., e Garcia, F. T. (2004). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 35, 341-347.
- Moura, C. B., Marinho-Casanova, M. L., Meurer, P. H., e Campana, C. (2008). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*, 1, 1-8.
- Muzzolon, S. R. (2008). *Avaliação do uso da lista de sintomas pediátricos como instrumento para a triagem de problemas emocionais e osicossociais em uma escola publica de Curitiba*. Dissertação Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Curitiba.
- Nunes, M. L. (2002). Distúrbios do Sono. *Jornal de Pediatria*, 78 (Supl. I), 63-72.
- Oliveira, M. R. (2010). *Depressão e o Género: semelhanças e diferenças*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto.
- Oliveira, O., e Anastácio, Z. (2011). *Influência da Qualidade do Sono na Saúde, no Comportamento e na Aprendizagem de Adolescentes de 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico Português*. Universidade do Minho, Centro de Investigação em Estudos da Criança. Minho: Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación.
- Paavonen, E. J., Raikonen, K., Lahti, J., Komsu, N., Heinonen, K., Pesonen, A.-K., et al. (2009). Short Sleep Duration and Behavioral Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Healthy 7- to 8-Year-Old Children. *Pediatrics*, 123, 857-64.
- Paiva, T. (2008). *Bom Sono, Boa Vida*. Lisboa: Oficina do Livro.

Pereira, M. M. (2008). *Desenvolvimento de Crianças em Centros de Acolhimento Temporário e Relação com os seus cuidadores*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Minho.

Pesenti-Gritti, P., Spatola, C. A., Fagnani, C., Ogliari, A., Patriarca, V., Stazi, M. A., et al. (2008). The cooccurrence between internalizing and externalizing behaviors: A general population twin study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 17, 82–92.

Pestana, M. H., e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5a Ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Profissional, I. d. (Ed.). (2001). Classificação Nacional de Profissões.

Pulga, A. C. (2012). *Avaliação da vinculação filial em famílias identificadas como negligentes e/ou abusivas numa amostra de CPCJs*. Universidade de Coimbra. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Rente, P., e Pimentel, T. (2003). *A Patologia do Sono*. Lisboa: Lindel.

Roeser, R. W., Eccles, J. S., e Strobels, K. R. (1998). Linking the study of schooling and mental health: Selected Issues and empirical illustrations at the level of the individual. *Educational Psychologist*, 33 (4), 153-176.

Sá, D. G., Curto, B. M., Bordin, I. A., e Paula, C. S. (2009). Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11, 179-188.

Salzarulo, P., e Chevalier, A. (1983). Sleep Problems in Children and Their Relationship with Early Disturbances of the Waking-Sleeping Rhythms. *Sleep*, 6, 47-51.

Seixas, M. P. (2009). *Avaliação da qualidade do sono na adolescência: Implicações para a saúde física e mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Silva, L. A. (1999). *Determinantes Psicossociais dos problemas de comportamento e do coeficiente intelectual (QI) de crianças Pré-escolares*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. Rio Grande do Sul: Dissertação de Pós-Graduação.

Silva, M. D., Farias, M. A., Silvares, E. F., e Arantes, M. C. (2008). Adversidade familiar e problemas comportamentais entre adolescentes infratores e não infratores. *Psicologia em Estudo*, 13, 791-798.

Smedje, H., Broman, J.-E., e Hetta, J. (2001). Associations between disturbed sleep and behavioural difficulties in 635 children aged six to eight years: a study based on parents' perceptions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 1-9.

Stein, M. A., Mendelsohn, J., Obermeyer, W. H., Amromin, J., e Benca, R. (2001). Sleep and Behavior Problems in School-Aged Children. *Pediatrics*, 107(4), 1-9.

Stewart-Brown, S. (2003). Research in Relation to Equity: Extending the Agenda. *Pediatrics*, 12, 763-765.

Torres, S. (1995). *Caracterização socioprofissional da região Norte*. Obtido em 26 de maio de 2014, de Instituto Nacional de Estatística: [www.ine.pt/](http://www.ine.pt/)

Trapolini, T., McMahon, C. A., e Ungerer, J. A. (2007). The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. *Journal compilation*, 33, 794–803.

Vicente, S. L. (2009). *Atenção e percepção: Estudo comparativo entre sujeitos com boa e má qualidade de sono*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, Portugal.

Vieira, A. F. (2012). *Implementação de um Programa de Educação do Sono em Universitários*. Universidade de Aveiro Dissertação de Mestrado, Departamento de educação, Aveiro.

Vitolo, Y. L., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., e Bordin, I. A. (2005). Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Revista de Saúde Pública*, 39, 716-724.

Zwaanswojk, M., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., Ende, J., e Verhulst, F. C. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 153-161.