

Rotinas da hora de dormir em idade escolar: Relação com problemas de comportamento e competências sociais

Jéssica Carina Silva Marques

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2^o ciclo de estudos)

Orientadora: Prof^a. Doutora Marta Sofia Lopes Pereira Alves
Co-orientadora: Prof^a. Doutora Sofia de Oliveira Major

junho de 2022

Dedicatória

Aos meus pais, avós e madrinha por toda a dedicação e amor ao longo destes anos.

Agradecimentos

A concretização desta Dissertação não teria sido possível sem o apoio direto ou indireto de diversas pessoas e entidades, às quais estou profundamente grata.

Em primeiro lugar, agradecer à Prof. Doutora Marta Pereira Alves enquanto orientadora da presente Dissertação, por toda a disponibilidade, atenção e paciência no decorrer de todo o processo. Agradeço por incentivar a contínua melhoria das minhas capacidades. Sem dúvida que este processo se tornou mais fácil com o seu auxílio.

À Professora Doutora Sofia de Oliveira Major pela sua astuta correção e exímia coorientação. Agradeço por me ter sempre incentivado a fazer mais e melhor, superando as expectativas que tinha de mim própria.

Aos meus pais, pelos sacrifícios que fizeram e fazem todos os dias por mim, para que eu possa ter um futuro risonho.

À minha família por compreenderem que existem dias bons e menos bons, por me incentivarem a nunca perder a esperança e por confiarem no meu potencial, por tudo aquilo que fazem por mim, obrigada.

A todos os meus amigos e amigas que me acompanharam neste desafio, um muito obrigado pela paciência e compreensão que mostraram. Fico muito agradecida por me acompanharem neste percurso académico, por terem um papel tão importante nestes anos que poderão ter sido os melhores da minha vida.

À Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior que me acolheu ao longo de todo o meu percurso académico, enquanto aluna de Licenciatura e Mestrado.

Ao Presidente do Agrupamento de Escolas de Estarreja por se ter mostrado desde logo disponível e autorizado a recolha dos protocolos nas suas instituições escolares.

Aos pais de todas as crianças envolvidas neste estudo, que pacientemente responderam aos questionários.

De coração cheio, um grande obrigado a todos!

Resumo

O sono tem um papel essencial no desenvolvimento e crescimento saudável das crianças, assumindo as rotinas da hora de dormir um papel de destaque no quotidiano das mesmas. Embora as rotinas tenham vindo a ser alvo de maior atenção por parte da comunidade científica, são poucos os estudos que se focam exclusivamente nas rotinas da hora de dormir. Este estudo tem como objetivo analisar em que medida as rotinas da hora de dormir de crianças em idade escolar estão relacionadas com as suas dificuldades ao nível comportamental e com as suas competências sociais.

Participaram neste estudo 126 mães/pais de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, que responderam às versões portuguesas do *Bedtime Routines Questionnaire* (BRQ) e do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ).

Os resultados das regressões múltiplas realizadas indicaram, por um lado, que quanto mais consistentes eram as rotinas da hora de dormir das crianças, menor era a frequência de Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento e Hiperatividade. Por outro lado, a maior reatividade da criança face a possíveis mudanças na rotina mostrou estar associada a mais dificuldades comportamentais. Acresce ainda que quanto mais consistentes e adaptativas forem as rotinas da hora de dormir, maior a frequência de comportamentos pró-sociais. São discutidas as implicações práticas para o desenvolvimento saudável das crianças do estabelecimento de rotinas adaptativas em contexto familiar, em particular as rotinas relacionadas com o sono.

Palavras-chave

Rotinas da criança; hora de dormir; idade escolar; problemas de comportamento; comportamento pró-social

Abstract

Sleep plays an essential role in the healthy development and growth of children, and bedtime routines play an important role in their daily lives. Although routines have come under considerable scientific scrutiny, there are few studies that focus exclusively on bedtime routines. This study aims to analyze to what extent bedtime routines of school-aged children are related to their behavioral difficulties and to their social competence.

In this study, 126 mothers/fathers of children aged 6 to 8 years old participated and completed the Portuguese versions of the Bedtime Routines Questionnaire (BRQ) and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

The results of the multiple regressions performed indicated, on the one hand, that the more consistent the children's bedtime routines were, the lower the frequency of Emotional Symptoms, Behavior Problems, and Hyperactivity. On the other hand, the child's greater reactivity towards possible changes in routine has been shown to be associated with more behavioral difficulties. In addition, the more consistent and adaptive bedtime routines are, the greater the frequency of pro-social behavior. The practical implications for children's healthy development of establishing adaptive routines in the family context, particularly sleep-related routines, are discussed.

Keywords

Child routines; bedtime; school age; behavior problems; pro-social behavior

Índice

Introdução	1
Capítulo I: Enquadramento Teórico	2
1.1. As rotinas na vida das crianças	2
1.1.1. Rotinas familiares	3
1.1.2. Rotinas das crianças em idade escolar	4
1.2. Rotinas da hora de dormir	7
1.2.1. Rotinas da hora de dormir em idade escolar	9
1.2.2. Avaliação das rotinas da hora de dormir	12
1.3. Rotinas da hora de dormir e os problemas de comportamento e competências sociais em idade escolar	14
Capítulo II: Metodologia	20
2.1. Apresentação do estudo e objetivos	20
2.1.1. Variáveis em estudo	22
2.1.2. Procedimentos	22
2.1.3. Caracterização dos Participantes	23
2.1.4. Medidas	25
2.1.5. Análises Estatísticas	28
Capítulo III: Apresentação dos Resultados	30
3.1. Análises preliminares	30
3.1.1. Análise descritiva de itens do BRQ-PT	30
3.1.2. Análise descritiva de itens do SDQ-Por	31
3.1.3. Covariáveis	32
3.2. Análises para o teste de hipóteses	33
3.2.1. Relação entre rotinas da hora de dormir e problemas de comportamento e competências sociais	33
3.2.2. Análise comparativa das escalas do BRQ-PT entre dois grupos de pais	38
Capítulo IV: Discussão dos Resultados	39
Capítulo V: Considerações Finais	46

Lista de Tabelas

Tabela 1	Dados sociodemográficos dos participantes
Tabela 2	Dados sociodemográficos das crianças
Tabela 3	Estatísticas descritivas dos itens das escalas do BRQ-PT
Tabela 4	Estatísticas descritivas dos itens das escalas do SDQ-Por
Tabela 5	Teste <i>t-student</i> de comparação dos resultados no BRQ-PT entre o sexo feminino e masculino
Tabela 6	Matriz de correlações de Pearson entre os resultados do BRQ-PT, do SDQ-Por e a idade da criança
Tabela 7	Matriz de correlações de Pearson entre o BRQ-PT e o SDQ-Por
Tabela 8	Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras dos Sintomas Emocionais
Tabela 9	Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras dos Problemas de Comportamento
Tabela 10	Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras da Hiperatividade
Tabela 11	Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras dos Problemas de Relacionamento entre Pares
Tabela 12	Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras do Total de Dificuldades
Tabela 13	Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras do Comportamento Pró-Social
Tabela 14	Teste <i>t-student</i> de comparação das escalas do BRQ-PT entre o grupo de pais que identifica dificuldades nos filhos e aquele que não identifica dificuldades

Lista de Acrónimos

BRQ	<i>Bedtime Routines Questionnaire</i>
BRQ-PT	<i>Bedtime Routines Questionnaire – Versão Portuguesa</i>
BTR	<i>Bedtime Routines</i>
CATL	Centro de Atividades de Tempos Livres
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CSHQ	<i>Children Sleep Habits Questionnaire</i>
CRI	<i>Children Routines Inventory</i>
FRI	<i>Family Routines Inventory</i>
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
SCAS	<i>Spence Children’s Anxiety Scale</i>
SDQ	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SDQ-Por	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire – Versão Portuguesa</i>
TCRS	<i>Teacher-Child Rating Scale</i>
TPC	Trabalhos para Casa
TRF	<i>Teacher’s Report Form</i>

Introdução

A transição do pré-escolar para a idade escolar constitui um importante marco na vida das crianças e dos pais, muitas vezes, gerador de medo, preocupações e grandes ansiedades. Trata-se de uma mudança que implica deixar algo conhecido e, simultaneamente, integrar um novo contexto, aprender comportamentos e atitudes adequados ao mesmo e, sobretudo, o abandono ou a reestruturação das rotinas já estabelecidas (Sim-Sim, 2010). Não existem dúvidas de que as famílias se confrontam com diversas exigências com a entrada das crianças na escola, pelo que o estabelecimento de rotinas familiares nesta fase proporciona uma estrutura que orienta o comportamento e o clima emocional da família, oferecendo um contexto propício ao desenvolvimento da criança (Spagnola & Fiese, 2007).

O estabelecimento e manutenção de rotinas da hora de dormir consistentes em idade escolar é importante para a criança, na medida em que o sono não representa um momento de inatividade cerebral, aliás este desempenha um papel fundamental no processamento, consolidação e retenção de novas aprendizagens, memórias e competências (Paiva, 2015; Sadeh, 2007) e, por tal, devem ser criadas todas as condições necessárias para que este decorra de forma mais tranquila.

Além da importância das rotinas da hora de dormir no contexto das aprendizagens escolares, as rotinas da hora de dormir nesta faixa etária também têm sido associadas a benefícios para a saúde que vão além dos resultados no sono. Vários estudos encontraram uma associação entre rotinas da hora de dormir e melhor regulação comportamental e emocional das crianças (e.g., Mindell & Williamson, 2018).

O presente estudo visa analisar em que medida as rotinas da hora de dormir das crianças em idade escolar estão relacionadas com os seus problemas de comportamento e competências sociais. Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro refere-se ao enquadramento teórico, onde é abordado o conceito de rotina e de rotinas da hora de dormir, a sua importância no desenvolvimento e quotidiano das crianças em idade escolar, as principais formas de avaliar as rotinas da hora de dormir e, por último, uma revisão de estudos já realizados acerca da relação entre as rotinas da hora de dormir e os problemas de comportamento e competências sociais. O segundo capítulo apresenta a metodologia, com a apresentação do estudo e objetivos, variáveis, procedimentos, caracterização da amostra, descrição dos instrumentos utilizados e, por fim, as análises estatísticas realizadas. O terceiro capítulo inclui a apresentação dos resultados e o quarto compreende a discussão dos mesmos. Por último, o quinto capítulo, é destinado às considerações finais acerca do estudo (limitações, direções futuras, implicações e conclusões).

Capítulo I: Enquadramento Teórico

1.1. As rotinas na vida das crianças

Historicamente, o interesse pelo estudo das rotinas não é recente e teve o seu início com a investigação qualitativa de Bossard e Boll (1950, cit. por Fiese et al., 2002) acerca dos rituais familiares que lhes permitiu concluir que estes constituem importantes organizadores da vida familiar. Mais tarde, nos anos 80, membros do *Center for Family Research* da Universidade George Washington lideraram um estudo empírico, também acerca dos rituais familiares, focado na tentativa de compreender o funcionamento interno familiar. Desde então, a forma de organização familiar tem sido alvo de grande interesse por parte dos investigadores.

De acordo com a literatura, o conceito de rotina remete para um conjunto de atividades que ocorrem na mesma ordem e, geralmente, à mesma hora todos os dias (Sytsma et al., 2001), que organizam a vida quotidiana, permitindo que a família expresse as suas convicções e identidade (Migliorini et al., 2011). Relativamente à sua natureza, as rotinas são fenómenos que implicam uma comunicação direta e instrumental, com o objetivo de que determinada tarefa seja cumprida, sendo algo diretamente observável com continuidade ao longo do tempo e cujo compromisso se centra na tarefa (Fiese, 2006). No entanto, estas podem sofrer alterações ao longo do tempo consoante as necessidades atuais da família (Fiese, 2007).

As rotinas diárias funcionam como estruturas organizadoras do quotidiano e, sobretudo em famílias com crianças, tornam-se imprescindíveis. O estabelecimento de rotinas fornece uma sensação de previsibilidade, estabilidade e segurança à criança (Jiang, 2020) mas, para além disso, tem um grande impacto no desenvolvimento da autonomia, autoestima, autoconceito, na capacidade de lidar com novas situações e contextos, na capacidade de autocontrolo e no aumento da conformidade face ao cumprimento de regras (Sytsma et al., 2001).

A literatura tem enfatizado que a ausência de planificação do dia-a-dia impede a existência de um ambiente promotor de bem-estar e qualidade de vida das crianças e promove comportamentos imprevisíveis (Meltzer & Moore, 2008; Sytsma et al., 2001). Além disso, a existência de rotinas é um meio para melhorar e formalizar os padrões interativos da família, concedendo-lhes um papel único no desenvolvimento psicológico do indivíduo (Fiese et al., 2002; Steinglass, 1987). Consequentemente, o estudo das rotinas oferece uma janela aberta para analisar o seu impacto no desenvolvimento das crianças.

1.1.1. Rotinas familiares

Nas últimas décadas, com as transformações ocorridas na organização familiar (e.g., entrada da mulher no mercado de trabalho, crescente número de divórcios, aumento das famílias reconstituídas e monoparentais, partilha das tarefas domésticas entre homem e mulher), as rotinas neste contexto têm adquirido especial relevância na investigação sobretudo como indicador do funcionamento familiar. De acordo com Fiese e colaboradores (2002), destacam-se várias razões pelas quais o estudo das rotinas familiares é importante: a) foca-se no processo familiar como um todo e não nas suas partes constituintes; b) permite explorar o contexto cultural e ecológico da vida familiar em que as rotinas se inserem; e c) dá destaque à interseção entre a vida familiar e individual, na medida em que permite, por um lado, a análise de como a vida familiar pode afetar a adaptação e o ajustamento do indivíduo e, por outro lado, a análise de como as perspetivas e características individuais podem afetar a família como um todo.

As rotinas familiares, definidas como “comportamentos observáveis, repetitivos que envolvem dois ou mais membros da família e que ocorrem com regularidade previsível no curso de vida familiar” (Boyce et al., 1983, p. 198), permitem às famílias a organização do seu dia-a-dia, sendo que cada família apresenta a sua própria rotina que define o que cada membro deve fazer, como, quando e com que frequência. As rotinas em contexto familiar envolvem interações familiares, repetidas com frequência, que podem acontecer de forma diária ou semanal. São, por isso, episódicas, ou seja, têm um início e um fim relativamente claros e definidos e podem também ser cíclicas (Howe, 2002). Para além disso, são caracterizadas por uma certa regularidade interna em que apresentam o mesmo padrão, ou um padrão semelhante sempre que são executadas, e são atividades dirigidas por objetivos (Howe, 2002). Estas podem incluir as rotinas da hora de dormir, da hora das refeições, de higiene, da realização dos trabalhos de casa, entre outras.

A implementação de rotinas na vida familiar varia de acordo com as crenças de cada família, pelo que o seu estudo permite compreender a forma única como cada uma atribui diferentes expectativas em relação aos seus membros, bem como o significado que confere ao contexto e à sua relação com o mesmo (Migliorini, 2011). Ao definirem as regras internas e comportamentos de cada membro, as rotinas familiares configuram-se como um elemento protetor do bem-estar e coesão familiar (Jensen, 1983; Migliorini, 2011).

Numa revisão qualitativa, Fiese e colaboradores (2002) encontraram alguns aspetos que caracterizam as práticas de rotina familiar, designadamente: a) as rotinas diárias e semanais incluem a hora de dormir e das refeições, tarefas domésticas, contacto

telefónico regular com os familiares e ver televisão, b) rotinas regulares e previsíveis aliviam o stresse em famílias monoparentais e promovem um melhor ajustamento dos filhos em situação de divórcio, c) as práticas de rotina seguem um curso de desenvolvimento de frequência crescente durante a primeira infância e os anos escolares e, por fim, d) rotinas previsíveis estão associadas à competência parental, saúde da criança, harmonia entre pais e filhos e desempenho escolar.

Um dos primeiros inventários a ser desenvolvido para avaliar as rotinas familiares foi o *Family Routines Inventory* (FRI; Boyce et al., 1983), partindo do pressuposto teórico de que as rotinas familiares são vistas como comportamentos que podem proteger a saúde e o bem-estar dos seus membros, proporcionando estabilidade e continuidade em períodos de mudanças stressantes. Trata-se de um instrumento desenvolvido com o objetivo de medir a extensão da previsibilidade ou rotina na vida diária de uma família (Boyce et al., 1983). Este inventário, em formato de autorrelato, avalia a coesão familiar, solidariedade, ordem e satisfação geral com a vida familiar (Jensen et al., 1983; Sytsma et al., 2001) através de 28 itens selecionados a partir de uma extensa lista de 104 rotinas obtidas com base na realização de entrevistas semiestruturadas a 52 famílias. Os 28 itens encontram-se divididos em 10 domínios: Rotinas do Dia de Trabalho, Fins-de-semana e Tempo de Lazer, Rotinas das Crianças, Rotinas dos Pais, Hora de Dormir, Refeições, Família Alargada, Saídas e Regressos a Casa, Rotinas Disciplinares e, por fim, Tarefas Domésticas (Jensen et al., 1983).

As rotinas no seio familiar orientam o comportamento dos seus membros e o clima emocional da família, contribuindo para o desenvolvimento ajustado de todos, mas sobretudo dos mais pequenos (Leitão, 2014; Spagnola & Fiese, 2007).

1.1.2. Rotinas das crianças em idade escolar

A entrada na escola constitui um importante ponto de transição no desenvolvimento das crianças, pelo que é importante que os pais alterem e adequem as rotinas familiares a esta nova realidade que tantas exigências acarreta para a criança e sua família (Fiese et al., 2006). Nesta fase, uma das principais mudanças na vida das crianças é a introdução dos trabalhos para casa (TPC) que constituem um importante componente do processo ensino-aprendizagem, ajudando na consolidação dos conteúdos abordados nas aulas (Teixeira, 2015). No decorrer dos primeiros anos escolares, os objetivos da implementação destas atividades para casa focam-se essencialmente na promoção de competências de gestão do tempo, responsabilidade pessoal, autonomia, organização e, sobretudo, o estabelecimento de rotinas diárias de estudo (Antunes, 2012). No entanto, trata-se de um processo complexo que envolve vários agentes (escola, aluno e a família), na medida em que os professores prescrevem

as atividades, os alunos realizam e à família compete o suporte e supervisão no processo de realização das mesmas (Teixeira, 2015), passando assim os TPC a assumir uma parte importante da rotina diária das crianças em idade escolar e de suas famílias (Duarte, 2015).

Com a transição do ensino pré-escolar para a escolaridade básica, as rotinas tendem a tornarem-se mais regulares e organizadas, estando associadas nos primeiros anos ao bom desempenho escolar (Fiese, 2000). Neste sentido, Fiese (2002, citada por Spagnola & Fiese, 2007) desenvolveu um estudo longitudinal que se iniciou quando as crianças tinham 4 anos de idade, acompanhando-as até aos 9 anos. Os resultados do estudo evidenciaram que, nas famílias que demonstraram maior envolvimento nas suas rotinas ao longo destes 5 anos, as crianças tiveram melhores resultados ao nível do desempenho escolar, comparativamente com crianças de famílias com menor envolvimento nas rotinas. Além disso, as rotinas estão também relacionadas com o desenvolvimento da comunicação, socialização e resolução dos problemas nas crianças (Woods et al., 2004); e a nível familiar, ao incremento de relacionamentos saudáveis entre familiares permitindo que a criança se desenvolva num ambiente familiar positivo (Crespo et al., 2008).

Durante a idade escolar, as rotinas continuam a ser impostas pelos pais, embora sejam definidas de acordo com uma negociação entre estes e as crianças, especialmente em relação às atividades que as compõem. Assim, nesta fase, as rotinas subentendem uma negociação e uma resolução conjunta dos problemas entre pais e filhos (Fiese et al., 2006). As crianças tornam-se participantes mais ativos no desenrolar do quotidiano familiar (Spagnola & Fiese, 2007), adquirindo gradualmente maior autonomia bem como maior responsabilidade em relação às rotinas, sobretudo em relação às de autocuidado em que vão perdendo, inclusive, a supervisão dos pais (Grusec et al., 1996).

De acordo com Christophersen (1982, cit. por Sytsma et al., 2001) existem algumas diretrizes sobre as quais deve recair o desenvolvimento de rotinas na infância, como o desenvolvimento de uma sequência definida para a conclusão da tarefa, o estabelecimento de regras específicas relativas a cada tarefa e o fornecimento de consequências consistentes para a conformidade ou não conformidade com a tarefa, incluindo elogios por tentativas de etapas. Cumprindo estas etapas, consegue-se alcançar um quotidiano previsível com importantes efeitos na autonomia das crianças em idade escolar.

Como forma de avaliar as rotinas das crianças, Sytsma e colaboradores (2001) desenvolveram o *Child Routines Inventory* (CRI), cujo desenvolvimento inicial teve por base três estudos distintos. O primeiro estudo teve como objetivo principal definir um extenso conjunto de rotinas diárias comuns às crianças, do qual posteriormente seria

apenas selecionado um subgrupo para formar o conjunto inicial de itens do CRI e baseou-se na recolha de informação junto de 38 mães acerca das rotinas de vida diária dos seus filhos, resultando num conjunto inicial de 80 itens. O segundo, a partir de uma amostra de 363 mães, visou reduzir os 80 itens para constituir um inventário que representasse as rotinas infantis mais comuns, resultando na eliminação de 24 itens. Por fim, o terceiro estudo teve como objetivo reduzir ainda mais o conjunto de itens e avaliar as suas propriedades psicométricas ($N = 216$ mães), resultando num inventário constituído por 36 itens. Os itens são cotados numa escala de *likert* de 5 pontos (0 = *Nunca*; 1 = *Raramente*; 2 = *Às vezes*; 3 = *Muitas vezes*; 4 = *Quase sempre*) indicando com que frequência cada criança se envolve num determinado tipo de rotina segundo a percepção do adulto.

Os estudos de análise fatorial exploratória resultaram na identificação de quatro escalas que integram o CRI: Rotinas de Vida Diária (Fator 1) constituído por 11 itens relativos às rotinas centradas em atividades de vida diária, como a rotina da manhã, de dormir, refeições e interação social familiar; Responsabilidades do Lar (Fator 2) inclui nove itens relacionados com as responsabilidades pessoais, tarefas domésticas e higiene; Rotinas Disciplinares (Fator 3) integra 11 itens referentes a regras, métodos de disciplina e atividades familiares estruturadas; e, por último, Rotinas de Trabalhos de Casa (Fator 4) com cinco itens referentes à realização dos trabalhos de casa e supervisão dos adultos. No que respeita à interpretação dos resultados, quanto maior for a pontuação obtida em cada uma das escalas, mais frequente será o comportamento da criança em relação a cada uma destas rotinas (Sytsma et al., 2001). Desde a sua conceção, o CRI tem vindo a ser alvo de mais estudos que levaram ao desenvolvimento de novas versões pelo que, atualmente, existe uma versão para crianças do pré-escolar (Wittig, 2005; Versão portuguesa: Cunha et al., 2021), uma versão para adolescentes e pais (Meyer, 2008) e, mais recentemente, uma versão de autorrelato para crianças (Stabler, 2012).

Apesar da existência de alguns instrumentos de avaliação das rotinas, existe ainda uma escassez daqueles que se propõem avaliar esta componente da organização familiar. Para além disso, é difícil encontrar, na literatura existente acerca desta temática, instrumentos que se mostrem sensíveis a especificidades contextuais, que avaliem atividades de rotina fora de casa ou em idades mais precoces (Silva et al., 2010). Uma vez que as rotinas de vida diária constituem uma parte fundamental da educação infantil, na medida em que compreendem uma dimensão educativa que estimula os sentimentos de responsabilidade, compromisso e autonomia, características essenciais para a vida adulta, é importante a existência de mais estudos e instrumentos que se foquem nas rotinas em idade escolar.

1.2. Rotinas da hora de dormir

O sono assume-se como um fenómeno universal, vital para a sobrevivência do indivíduo, que desempenha um papel importante para o ótimo funcionamento do ser humano e para a saúde em todas as suas dimensões (Paiva, 2015). O sono é relevante no desenvolvimento infantil saudável, não só ao nível do crescimento físico, mas também do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, uma vez que, de acordo com Mignot (2008), o sono é um importante: a) meio de conservação de energia, b) facilitador da aprendizagem e memória através de mudanças na plasticidade cerebral e na sinaptogénese e, por fim, c) processo restaurador de componentes celulares-chave da biossíntese de macromoléculas.

No decorrer do sono, todos os processos cerebrais inerentes ao mesmo vão afetar o desempenho cognitivo e o bem-estar físico e emocional (Dewald et al., 2010), pelo que o sono insuficiente pode afetar negativamente o funcionamento cognitivo e comportamental da criança. Segundo Sadeh (2007) existem dois mecanismos subjacentes a esse facto. O primeiro refere-se ao papel ativo do sono na maturação cerebral, processamento da informação, regulação emocional e consolidação da memória e aprendizagem, na medida em que, a existência de sono insuficiente vai impedir ou reduzir as atividades cerebrais necessárias para que estes processos ocorram. Por outro lado, o segundo mecanismo encontra-se associado ao papel revigorante do sono e, quando este é insuficiente, provoca sonolência diurna, um estado de alerta reduzido e comprometimento em várias áreas cerebrais que, conseqüentemente, levam ao prejuízo de funções cognitivas e emocionais na criança.

É comum, em praticamente todas as famílias, a existência de qualquer tipo de rotina antes das crianças se irem deitar, comumente designadas de rotinas da hora de dormir. As rotinas da hora de dormir constituem comportamentos observáveis, repetitivos, regulares e previsíveis que envolvem diretamente a criança e pelo menos um adulto (habitualmente a mãe ou o pai) num papel interativo e de supervisão, que ocorrem num ambiente consistente, de preferência calmo, nos momentos que antecedem o deitar. Usualmente, estas rotinas, envolvem o tomar banho, vestir o pijama, lavar os dentes, dizer boa noite, ir para a cama (Henderson & Jordan, 2010; Sytsma et al., 2001) e outras rotinas como, por exemplo, ouvir música ou ler um livro, antes do horário de ir dormir (Galland & Mitchell, 2010; Halal & Nunes, 2014). No fundo, as rotinas da hora de dormir funcionam como pistas externas para que a criança se aperceba de que o momento de deitar se aproxima, ajudando assim a prepará-la mentalmente para o sono (Jiang, 2020).

Segundo Fiese e colaboradores (2021), as rotinas da hora de dormir são constituídas por dois componentes-chave: a sua consistência e as atividades que as

compõem. O primeiro componente está diretamente relacionado com a base comportamental do sono e tem que ver com o facto de qualquer tipo de rotina necessitar de ser consistente ao nível das atividades que integra, com a ordem dessas mesmas atividades e a hora em que a rotina começa e termina, assim como no que respeita aos dias úteis e fins de semana. Por outro lado, e em referência ao segundo componente, as rotinas podem ser compostas por atividades adaptativas (e.g., ler um livro, dar ou receber carinhos, lavar os dentes, rezar, tomar banho) que contribuem para um adormecer mais rápido e para uma melhor noite de sono; ou por atividades desadaptativas (e.g., ver televisão, jogar videojogos) que envolvem uma maior ativação fisiológica e que, conseqüentemente, prejudicam o sono e fazem com que a criança adormeça mais tarde (Henderson & Jordan, 2010). As atividades antes da hora de dormir devem ser o mais relaxantes possível para que permitam à criança fazer a transição de um ambiente estimulante para um ambiente promotor do sono. No entanto, a natureza adaptativa ou desadaptativa de uma atividade dependerá da criança e do impacto que esta terá no seu sono (Mindell & Williamson, 2018).

A literatura revela que este conceito de rotinas da hora de dormir é frequentemente confundido com outras duas noções, a higiene do sono e os hábitos de sono. A higiene do sono refere-se às atividades realizadas ao longo do dia que podem impactar a qualidade do sono como, por exemplo, a redução das sestas, evitar substâncias estimulantes, restringir o quarto e a cama apenas a atividades relacionadas ao sono, entre outras (Ellis et al., 2002; Gruber et al., 2011). Por sua vez, os hábitos de sono referem-se a um “padrão habitual de horários, de duração do sono e de comportamentos associados ao mesmo” (Silva, 2014, p. 27), que se modifica ao longo do desenvolvimento da criança e por influência de fatores internos, culturais e socioeconómicos (Maia & Pinto, 2008, cit. por Silva, 2014).

As rotinas da hora de dormir são dinâmicas, estando sujeitas às influências ambientais, sociais e pessoais e, como tal diferem entre as várias culturas e dentro de cada cultura, apresentando assim uma enorme diversidade, associada ao desenvolvimento da criança, sexo e idade (Kitsaras et al., 2021b; Silva, 2014). No que respeita ao sexo, foi demonstrado que meninos entre os 2 e os 8 anos têm mais atividades desadaptativas (Henderson & Jordan, 2010) e que as meninas têm mais atividades de rotina e, por isso, têm rotinas da hora de dormir mais longas (Prokasky et al., 2019). Em relação à idade, tem sido sugerido que à medida que a criança cresce, as suas rotinas vão sendo cada vez menos consistentes, apresentando menor reatividade face a mudanças na rotina e uma maior frequência de atividades desadaptativas (Cohen, 2013; Henderson & Jordan, 2010). A implementação e a consistência das rotinas da hora de dormir dependem não só das características da criança, mas também de características da

família. Assim, tem sido sugerida a presença de um menor número e consistência de rotinas da hora de dormir e uma maior frequência de atividades desadaptativas em famílias com baixo nível socioeconómico (Henderson & Jordan, 2010).

A relevância do estudo das rotinas da hora de dormir tem sido demonstrada na sua relação com a saúde, bem-estar e desenvolvimento das crianças e pais. Neste sentido, diversos estudos empíricos têm salientado a importância das rotinas da hora de dormir na duração e qualidade do sono (Mindell et al., 2015), na saúde oral (Kitsaras et al., 2018), no desempenho escolar (Kitsaras et al., 2021c) e cognitivo (Kelly et al., 2013a; Kitsaras et al., 2018), no desenvolvimento socioemocional (Ren & Hu, 2019) e no funcionamento familiar (Mindell & Williamson, 2018).

1.2.1. Rotinas da hora de dormir em idade escolar

O início da atividade escolar representa uma fase muito importante na vida das crianças, mas pode acarretar consequências ao nível do sono, sobretudo no que respeita à sua duração. Após os 6 anos de idade, é comum existir uma diminuição do tempo de sono, que se deve sobretudo ao facto de as crianças deixarem de fazer sesta, passarem a deitar-se mais tarde, muitas vezes por força da realização dos trabalhos de casa ou atividades extracurriculares, mantendo-se, no entanto, a hora de levantar fixa por imperativo do início das aulas (Mendes, 2008). Tal como demonstraram Silva e colaboradores (2013), a duração do sono nas crianças desta idade é fortemente influenciada pelo horário de início das aulas, uma vez que verificaram que a hora de deitar e de acordar ao fim-de-semana é bastante mais tardia quando comparada com a do resto da semana.

A redução ou alteração do sono das crianças encontra-se associada, segundo a literatura, a alterações no comportamento da criança, hiperatividade, depressão, défice de atenção (Stein et al., 2001), irritabilidade e agressividade (Rafih-Ferreira et al., 2016), insegurança, timidez e insucesso escolar (Estivill, 2004). Estas consequências nas crianças são ainda agravadas pelo forte impacto causado nos seus pais, podendo resultar em fadiga diária (Bauer & Blunder, 2008; Boergers et al., 2007; Estivill, 2004; Owens, 2004), perturbações no humor (Owens, 2004), perturbações no sono (Palmstierna et al., 2008), discórdia parental (Kerr et al., 1994), alterações no desempenho parental (Owens, 2004), depressão materna (Bauer & Blunder, 2008; Boergers et al., 2007), sentimentos de culpa, insegurança e frustração, acusações mútuas no casal, mudanças radicais na vida do casal, reações agressivas (Estivill, 2004), entre outras consequências nefastas ao bem-estar e equilíbrio da família e, conseqüentemente, da criança.

As rotinas da hora de dormir em idade escolar incluem, habitualmente, um momento de leitura, fundamental para o desenvolvimento da linguagem (Hale et al.,

2011; Mindell & Williamson, 2018), enriquecimento do vocabulário (Hale et al., 2011; Spagnola & Fiese, 2007) e, conseqüentemente, adoção de uma atitude saudável em relação à escola. Crianças que leem regularmente com os pais como parte da rotina da hora de dormir, apresentam melhorias na linguagem, leitura e alfabetização, bem como, melhor preparação escolar (Kitsaras et al., 2018). Para além disso, a implementação de rotinas está ligada ao incremento da independência, confiança e segurança (Shimm & Ballen, 1995). Numa revisão da literatura, Mindell e Williamson (2018) encontraram, associados à implementação de uma rotina da hora de dormir, o deitar mais cedo, a redução da latência do início do sono e dos despertares noturnos, o aumento da duração do sono e o menor número de problemas de sono. Mas, o impacto do estabelecimento de uma rotina da hora de dormir não se manifesta somente nas crianças, pois a nível familiar também parece apresentar efeitos positivos, nomeadamente na diminuição do stress e no aumento das interações positivas entre pais e filhos.

As rotinas da hora de dormir, podendo ser encaradas como momentos em que pais e filhos se encontram no final do dia, requerem esforço e energia por parte dos pais para a sua implementação e, sobretudo, para a sua manutenção (Fernandes et al., 2011). Kitsaras e colaboradores (2021a) realizaram um estudo qualitativo com o propósito de identificar quais os facilitadores e barreiras existentes à definição, implementação e manutenção das rotinas da hora de dormir por parte dos pais e identificaram, como principais barreiras: a falta de conhecimento e fontes de informação apropriadas (e.g., acerca da importância do estabelecimento de rotinas na hora de deitar, das conseqüências do uso do telemóvel antes de dormir), influências sociais negativas (e.g., pressão dos pares para a adoção de comportamentos desadaptativos na hora de deitar), sobrecarga cognitiva e/ou cansaço e a falta de motivação para realizar mudanças positivas nas rotinas da hora de dormir dos seus filhos. Por outro lado, como facilitadores, identificaram: o acesso aos recursos necessários para alcançar uma boa rotina na hora de dormir (e.g., livros, quartos com um ambiente confortável e acolhedor), a existência de intenções positivas para alcançar e manter rotinas positivas, crenças sobre as conseqüências nefastas de comportamentos problemáticos na hora de deitar e o reforço positivo que os pais recebem no final de cada noite em que a rotina da hora de dormir foi cumprida com sucesso.

Embora as rotinas da hora de dormir sejam ainda nesta fase determinadas pelas práticas parentais de sono (Guimarães, 2013), o envolvimento excessivo dos pais durante a rotina tende a resultar em despertares noturnos frequentes em que a criança é incapaz de se acalmar de forma autónoma e voltar a adormecer (Ribeiro et al., 2015). Assim, é importante que a rotina da hora de dormir termine com a criança sonolenta, mas não a

dormir, para que ela sozinha aprenda a adormecer e não se dê uma associação entre a presença dos pais e o ato de adormecer (Staples & LaLonde, 2018).

Em resultado do crescente aumento do “tempo de tela”, entenda-se o tempo total em que a criança permanece exposta a telas como sejam a televisão ou dispositivos portáteis (Strasburger et al., 2013), as crianças em idade escolar atualmente são diariamente expostas a estímulos que retardam ou substituem o sono (Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017). As novas tecnologias têm constituído um grave problema para o sono das crianças, uma vez que estas adquiriram novos interesses antes da hora de dormir (e.g., elegem as novas tecnologias ao invés da leitura), passando esta a ser cada vez mais tardia como consequência do manuseamento de dispositivos eletrónicos antes de deitar (Paiva, 2015). Embora o acesso a estes dispositivos possa ter os seus benefícios, apresentam graves consequências na duração e qualidade do sono (Kelly et al., 2013a). Para além disso, muitas crianças estão habituadas a ter televisão no seu quarto e utilizam-na nos momentos antes de dormir, tratando-se de uma prática desadequada que interfere substancialmente com o sono (Gupta, 1994).

Neste contexto, o uso da televisão ou qualquer outro dispositivo eletrónico imediatamente antes da hora de dormir é prejudicial ao sono da criança essencialmente por dois motivos. Em primeiro lugar, a luz emitida por estes reduz ou suprime a libertação de melatonina endógena (Cajochen, 2007) e, em segundo lugar, o conteúdo impróprio, como programas ou jogos violentos para a idade da criança, têm impacto negativo no comportamento e inibem o relaxamento necessário para induzir o sono, contribuindo para o despertar psicológico (Garrison et al., 2011; Paavonen et al., 2006). Segundo um estudo realizado por Owens e colaboradores (1999), com o objetivo de avaliar as consequências de ver televisão como estratégia de adormecimento, verificou-se que o uso da televisão antes de ir para a cama em idade escolar está relacionado com a resistência ao deitar, medos na hora de deitar, bem como, com o atraso no início do sono.

Todas estas más práticas antes da hora de deitar resultam em sono insuficiente e, por sua vez, em consequências negativas na saúde física, mental e social da criança (Fallone et al., 2001). O sono insuficiente afeta o funcionamento diurno da criança manifestando-se em diversos problemas de comportamento (Carvalho et al., 2009; Sadeh, 2007; Touchette et al., 2007), níveis elevados de fadiga (Sadeh, 2007), sonolência diurna (Sadeh, 2007), diminuição do tempo de reação (Li et al., 2007), desempenho escolar mais fraco (Sadeh, 2007), entre outros. Assim, os pais das crianças em idade escolar devem definir limites claros e consistentes relativamente ao uso da televisão e outras tecnologias (Blunden, 2012), evitando um estado de excitação antes do momento

de deitar e, conseqüentemente, promovendo um melhor desempenho nas tarefas do cotidiano.

O cumprimento do padrão ideal de sono que, nas crianças em idade escolar, é de 9 a 11 horas diárias (*National Sleep Foundation, 2020*), é essencial para o crescimento saudável da criança. Uma boa noite de sono ajuda na regulação hormonal, nomeadamente, através da produção de hormonas catabolizantes e anabolizantes (e.g., hormona do crescimento), na renovação das sinapses e, através dos sonhos, na regulação emocional, oferecendo assim estabilidade psicológica e emocional à criança. Todos estes processos contribuem para o fortalecimento do sistema imunitário e, sobretudo, para a homeostasia do organismo, entenda-se o ponto de equilíbrio interno. Em idade escolar, o sono desempenha ainda um importante papel sobre os processos de aprendizagem, especialmente, na consolidação das novas aprendizagens (Paiva, 2015). Por sua vez, o comprometimento do sono da criança provocará sonolência, aumentando as dificuldades sentidas em realizar as tarefas do cotidiano, em particular, as suas exigências escolares. Para além disso, importa salientar que a existência de noites de sono pobres regulares na infância poderá ter um impacto a longo prazo, originando uma saúde física também ela pobre em adulto, resultado de um funcionamento imunológico comprometido (Vgontzas, 2008).

1.2.2. Avaliação das rotinas da hora de dormir

Os primeiros estudos realizados acerca das rotinas da hora de dormir utilizavam, essencialmente, a observação e os diários de sono, nos quais, durante um certo período de tempo, pais ou cuidadores da criança registavam informações acerca de horários de sono, número de despertares noturnos, tipo, frequência e duração das atividades da rotina da hora de dormir (Sadeh, 2015). No entanto, estes métodos carecem de definições operacionais consistentes para a avaliação das rotinas da hora de dormir (Henderson & Jordan, 2010). Hoje em dia, as rotinas da hora de dormir podem ser avaliadas de diversas formas (Prokasky et al., 2019), todavia, a diversidade de recursos de avaliação faz com que a escolha de um método de avaliação em detrimento de outro deva ter em conta a) os objetivos da avaliação, b) a idade da criança, c) os recursos disponíveis e, sobretudo, d) a dimensão do sono que se pretende estudar (duração, qualidade, padrões de atividade cerebral ou aspetos circadianos). É importante também não esquecer que cada método tem as suas vantagens e desvantagens e que a escolha de um em detrimento de outro irá afetar os resultados da avaliação (Sadeh, 2015).

De entre os métodos mais utilizados para avaliação do sono em crianças de idade escolar encontramos a polissonografia, a actigrafia, os diários e questionários do sono (Sadeh, 2015). A medida de referência para a avaliação do sono continua a ser a

polissonografia (Sadeh, 2015). A polissonografia fornece uma compreensão mais profunda sobre os processos subjacentes ao sono e inclui a detecção de estádios eletrofisiologicamente diferentes de atividade cerebral durante o período de sono através do eletroencefalograma, atividade muscular a partir do eletromiograma, movimentos oculares pelo eletrooculograma, esforços respiratórios e fluxo, bem como, sensores de saturação de oxigénio (oximetria) (Sadeh, 2015; Salavessa & Vilariça, 2009). Este método permite a identificação de diferentes fases do sono, qualidade do sono, despertares noturnos, padrões de respiração, saturação do oxigénio, atividade elétrica cerebral e os movimentos dos olhos e pernas durante o sono. Trata-se de um método dispendioso, permitindo habitualmente apenas o estudo de uma ou duas noites, e que exige um ambiente de sono não natural e, por isso, geralmente é invasivo (Sadeh, 2015).

A actigrafia constitui uma medida objetiva não invasiva do sono baseada num dispositivo portátil semelhante a um relógio de pulso que monitoriza continuamente períodos de repouso e atividade do corpo e fornece informações sobre os padrões sono-vigília por longos períodos de tempo no ambiente natural da criança (Prokasky et al., 2019; Sadeh, 2015). Este dispositivo tem como vantagens a monitorização prolongada no tempo e a sua fácil implementação, no entanto, apenas mede a atividade (Sadeh, 2015). Para além disso, o dispositivo pode apresentar falhas e as crianças podem recusar a sua utilização (Sadeh & Acebo, 2002). Geralmente, a actigrafia é acompanhada por um diário de sono (Prokasky et al., 2019).

Os diários de sono exigem que durante um período de tempo os pais ou a própria criança (dependendo da idade da mesma) registem informações sobre os horários de sono, despertares noturnos, tipo, frequência e duração das atividades da rotina da hora de dormir (Sadeh, 2015). Nestes diários, podem ainda ser registados acontecimentos pontuais que ocorram no momento de ir para a cama (Prokasky et al., 2019). Este método também é frequentemente utilizado para documentar efeitos de uma intervenção (Sadeh, 2015) e apresenta uma maior precisão face a uma avaliação global dos pais da criança (Prokasky et al., 2019). A sua principal limitação prende-se com o facto de a validade dos seus resultados poder ser comprometida quando utilizada durante longos períodos de tempo, uma vez que as perceções dos pais podem ser enviesadas, até pelo seu próprio cansaço associado à realização do registo (Sadeh, 1994).

Nas últimas décadas, com o crescente interesse na investigação do sono das crianças, têm sido desenvolvidas várias escalas de avaliação e questionários estandardizados. Embora existam muitos instrumentos que se propõem avaliar aspetos relacionados com o sono das crianças, são poucos aqueles que se focam exclusivamente nas rotinas da hora de dormir. Foi com o objetivo de colmatar esta lacuna que Henderson

e Jordan (2010) desenvolveram o *Bedtime Routines Questionnaire* (BRQ), cuja sua versão portuguesa será objeto de estudo deste trabalho.

Diversos estudos têm utilizado o BRQ com diferentes grupos especiais, nomeadamente, crianças em idade escolar com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Crianças com PEA apresentaram rotinas da hora de dormir menos consistentes (Henderson et al., 2011), maior reatividade face a mudanças na rotina e maior frequência de atividades desadaptativas (Fletcher et al., 2017). Por sua vez, crianças com PHDA demonstraram ter rotinas da hora de dormir mais problemáticas devido à maior prevalência de atividades desadaptativas, especialmente os rapazes, e crianças mais velhas tinham rotinas da hora de dormir menos consistentes e com poucas atividades adaptativas (Cohen, 2013).

Mais recentemente, foi apresentada uma nova abordagem na avaliação das rotinas da hora de dormir em crianças, o *Bedtime Routines – Index* (BTR; Kitsaras et al., 2021b), um instrumento que pretende avaliar rotinas da hora de dormir através de medidas de avaliação estáticas e dinâmicas, que correspondem, respetivamente, às suas duas versões BTR-Index(S) e BTR-Index(D). O BTR-Index(S) apresenta diversas atividades, cada uma com uma pontuação específica dependendo da sua importância para a rotina da hora de dormir, em que as atividades mais importantes apresentam valores mais elevados e cuja soma total de atividades praticadas, pode atingir o valor máximo de 100. As atividades incluem: lavar os dentes (35 pontos), hora consistente para ir para a cama (20 pontos), ler uma história (15 pontos), evitar comer ou beber (10 pontos), evitar o uso de dispositivos eletrónicos (10 pontos) e atividades calmas (10 pontos). Por outro lado, o BTR-Index(D) analisa o número de noites em que determinada atividade é realizada. O desenvolvimento muito recente deste novo instrumento vem reforçar a necessidade de estudar e avaliar as rotinas da hora de dormir das crianças, ao demonstrar que, apesar dos avanços notórios nesta área de investigação, esta é uma temática que continua a despertar o interesse da comunidade científica.

1.3. Rotinas da hora de dormir e os problemas de comportamento e competências sociais em idade escolar

Nas últimas décadas, o impacto das dinâmicas estabelecidas no seio familiar sobre o ajustamento das crianças tem constituído um campo de investigação crescente (Pereira et al., 2020). De acordo com Waller e colaboradores (2015), os primeiros anos da vida escolar, em particular entre os 6 e os 10 anos, constituem um período crítico para o surgimento de problemas de ajustamento psicológico. Trata-se de um período do

desenvolvimento que exige às crianças capacidades que podem ou não ter sido fomentadas na primeira infância e o facto de estarem ou não suficientemente bem desenvolvidas irão refletir-se na capacidade de adaptação da criança a esta nova fase de entrada na escola. É neste sentido que se torna importante, durante o período da infância, a conceção e manutenção de rotinas familiares consistentes como forma de garantir o desenvolvimento das competências sociais e o funcionamento adaptativo nas crianças (Fiese et al., 2002; Migliorini, 2011).

Especificamente no que às rotinas da hora de dormir diz respeito, comportamentos como resistência ao deitar são comuns em crianças de idade escolar (Blader et al., 1997, cit. por Lehto & Uusitalo-Malmivaara, 2013) e parecem estar intimamente relacionados com os problemas de comportamento. Neste sentido, Biggs e colaboradores (2011) realizaram um estudo transversal onde analisaram a relação entre a curta duração de sono, a inconsistência do horário de dormir e problemas de comportamento numa amostra não clínica de crianças australianas com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos de idade. Utilizaram um questionário para avaliar o comportamento sono-vigília através do relato dos pais e o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997). Os autores concluíram que a duração total de sono inferior a 10 horas, um intervalo de tempo entre o deitar e o adormecer superior a 1 hora e a variabilidade no tempo de deitar e acordar superior a 1 hora aumentaram significativamente a probabilidade de pontuar no percentil 95 em escalas que avaliam problemas de comportamento.

Num estudo longitudinal, Kelly e colaboradores (2013b) avaliaram os horários de dormir de 10.230 crianças de 7 anos do Reino Unido cujos dados relativos aos horários de dormir foram recolhidos aos 3, 5 e 7 anos e cujos problemas de comportamento foram avaliados pelas mães e professores com recurso ao SDQ (Goodman, 1997). Os autores verificaram que crianças com horários de dormir mais inconsistentes apresentavam mais problemas de comportamento (e.g., nas escalas de Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamento com os Pares do SDQ). Além disso, neste estudo foi possível verificar que existia um significativo agravamento das pontuações dos problemas de comportamento à medida que aumentava o número de vezes que as crianças não tinham um horário consistente para dormir, bem como, uma melhoria significativa nessas pontuações quando as crianças não tinham horários consistentes de dormir aos 3 ou 5 anos e passaram a ter aos 7 anos.

Tem-se verificado um aumento de estudos que relacionam o sono com os sintomas internalizados e externalizados em crianças de idade escolar, em que as crianças que manifestam mais sintomas têm, por norma, mais problemas no sono (Aronen et al., 2000; Becker, 2014; Paavonen et al., 2002; Rubens et al., 2017; Stein et

al., 2001). Os problemas internalizados caracterizam-se por comportamentos emocionais (e.g., choro, preocupação, evitamento) que se assumem como mais intensos para a criança do que para as pessoas que a rodeiam. Por sua vez, os problemas externalizados referem-se à dificuldade no cumprimento das regras sociais e a comportamentos disruptivos que resultam da dificuldade da criança em autocontrolar-se (e.g., bater, desobediência) (Carr, 2014).

No estudo correlacional realizado por Aronen e colaboradores (2000) pretendeu-se analisar a relação entre a duração e a qualidade do sono com o ajustamento psicológico de 49 crianças com idades entre os 7 e os 12 anos, recorrendo-se à actigrafia, ao *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991a) e ao *Teacher's Report Form* (TRF; Achenbach, 1991b). Neste estudo, encontrou-se uma associação negativa fraca entre o tempo de sono e sintomas externalizados (comportamento agressivo e delinquente, problemas de atenção e sociais), reportados pelos professores, e associações positivas moderadas entre o período de tempo entre o deitar e o adormecer e o comportamento agressivo, delinquente e problemas de atenção, conforme avaliados pelos pais.

Pesonen e colaboradores (2010) realizaram um estudo com o objetivo de explorar a associação entre a duração e consistência do sono com os problemas de comportamento e emocionais em crianças de 8 anos de idade. Os resultados demonstraram que crianças com curta duração de sono apresentaram um risco aumentado de problemas de comportamento, de pensamento e de hiperatividade e défice de atenção, de acordo com as avaliações das mães. Com base nas avaliações paternas, a curta duração do sono foi associada a mais sintomas externalizados e a irregularidade na duração do sono entre os dias de semana e os fins de semana foi associada a um risco aumentado de sintomas especificamente internalizados.

Num estudo mais recente, Rubens e colaboradores (2017) procuraram examinar a relação entre a duração de sono autorrelatada e a qualidade de sono com os problemas internalizados (ansiedade, depressão, irritabilidade e regulação emocional) e os problemas externalizados (delinquência, agressão proativa e reativa) numa amostra de 285 crianças em idade escolar. Os resultados revelam associações negativas moderadas entre a qualidade de sono, a ansiedade e a depressão. Além disso, foram encontradas associações negativas fracas entre a qualidade do sono e a irritabilidade, delinquência e agressão reativa, bem como, uma associação negativa fraca entre a duração de sono e a delinquência.

Alguns estudos têm-se debruçado sobre o impacto de comportamentos desadaptativos na hora de dormir no sono das crianças em idade escolar. À hora de deitar, é cada vez mais frequente a exposição a dispositivos eletrónicos em crianças de idade escolar, sendo esta a principal responsável pela redução da duração do sono e pelo

atraso na ida para a cama (Cain & Gradisar, 2010; Dworak et al., 2007). Num estudo recente, Li e colaboradores (2020) procuraram identificar a relação entre o tempo de ecrã e indicadores de saúde em crianças até aos 7 anos e concluíram que tempo de ecrã excessivo está associado à diminuição do tempo total de sono. Oka e colaboradores (2008) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a relação entre as atividades na hora de dormir e os padrões de sono/vigília em crianças japonesas com idades entre os 6 e os 12 anos, verificando que ver televisão, jogar e/ou navegar na Internet teve um impacto negativo nos parâmetros de sono/vigília. Além disso, a presença de dispositivos eletrónicos no quarto da criança aumenta a sua atividade antes de dormir e a frequência de atividades extracurriculares, que atrasem a hora de regresso a casa depois das 20h, também teve um impacto negativo nos padrões de sono/vigília da criança.

Mindell e colaboradores (2009) realizaram um estudo com 637 crianças em idade escolar, cujo objetivo era analisar a associação entre a higiene e os padrões de sono, concluindo que: a) crianças cujos cuidadores relataram a prática de uma rotina da hora de dormir dormiam quase 1 hora a mais durante a noite do que aqueles que não têm, b) crianças com hora de dormir tardia apresentaram maior latência de início do sono e dormiram 1 hora a menos à noite, c) se um dos pais estava presente na hora de dormir, as crianças eram mais propensas a acordar à noite, d) quando a leitura fazia parte da rotina de dormir, houve uma tendência de as crianças dormirem 15 minutos a mais durante a noite e, por fim, e) crianças com televisão no quarto dormiram quase 20 minutos a menos do que crianças sem televisão no quarto.

No âmbito da análise do impacto das alterações no sono de crianças em idade escolar, têm surgido alguns estudos a associar problemas de sono com a desregulação emocional e baixa autoestima em crianças de idade escolar. A investigação existente revela uma sobreposição significativa de sintomas entre depressão, ansiedade e sono (Chorney et al., 2008). Vários estudos têm vindo a analisar a associação entre problemas de sono e sintomatologia combinada de ansiedade e depressão. A título ilustrativo, no estudo realizado por Schredl e colaboradores (2009) com uma amostra com idades entre os 8 e os 11 anos, as crianças com pesadelos crónicos apresentaram mais dificuldades emocionais, avaliadas com o SDQ (Goodman, 1997). Noutro estudo, os problemas para dormir foram associados a sintomas combinados de ansiedade e depressão, conforme relatado pelos pais em crianças aos 6 anos e novamente aos 11 anos, sendo que os problemas de sono aos 6 anos não foram preditivos de ansiedade/depressão aos 11 anos (Johnson et al., 2000).

No entanto, outros estudos têm explorado a ansiedade e a depressão com o sono de forma independente. Fredriksen e colaboradores (2004) realizaram um estudo longitudinal com crianças em idade escolar e concluíram que a curta duração de sono

precede o surgimento de problemas emocionais, nomeadamente, níveis elevados de sintomas depressivos e baixa autoestima. Num estudo realizado com 439 crianças finlandesas com 11 anos de idade, cujo objetivo incidiu na exploração das relações entre a duração do sono das crianças, o comportamento na hora de dormir, a sonolência diurna, a atenção e os sintomas de depressão, sugere que a fraca duração do tempo de sono, a sonolência diurna e os comportamentos adversos na hora de dormir são preditores de sintomas depressivos significativos (Lehto & Uusitalo-Malmivaara, 2013). Fletcher e colaboradores (2016) realizaram um estudo transversal com o objetivo de avaliar a associação entre os sintomas de ansiedade e o sono em 90 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, para tal recorreram ao *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ; Owens et al., 2000), a 14 noites de actigrafia para avaliar o sono e à *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1997) para avaliar a ansiedade. Foi encontrada uma associação positiva entre os sintomas de ansiedade, relatados pelos pais, e os problemas de sono atuais da criança, bem como, uma associação positiva entre a ansiedade e a variabilidade nos horários de sono, derivados da actigrafia. Além disso, numa amostra de 88 crianças com idades entre os 6 e os 11 anos, também foi encontrada uma associação positiva moderada entre sintomas de ansiedade e problemas sono (Alfano et al., 2009).

Mais recentemente, têm surgido alguns estudos com o objetivo de explorar a relação entre o sono e as competências sociais de crianças em idade escolar. A competência social pode ser definida como um comportamento bem ajustado, flexível, emocionalmente maduro e geralmente pró-social (Lemola et al., 2011). Na China, Ren e Hu (2019) realizaram um estudo envolvendo 228 crianças em idade escolar, cujo objetivo era investigar a relação entre a duração do sono e as rotinas da hora de dormir com as competências sociais e os problemas de comportamento, cujos resultados indicaram que: a) a consistência das rotinas da hora de dormir contribuiu para níveis mais elevados de competências sociais das crianças, b) a duração do sono estava negativamente associada a problemas de comportamento, c) o sexo das crianças desempenhou um papel moderador na relação entre o sono (viz. rotinas da hora de dormir e duração do sono) e as competências sociais e, por fim, d) a relação entre a duração do sono e as competências sociais foi mais evidente para o sexo feminino, enquanto a relação entre as rotinas da hora de dormir e as competências sociais foi mais significativa para o sexo masculino. Assim, estes autores concluíram que uma rotina da hora de dormir consistente tem impacto positivo nas competências sociais em ambos os sexos, mas principalmente nos rapazes. No entanto, a duração de sono nem sempre parece estar associada às competências sociais, como é exemplo o estudo realizado por Lemola e colaboradores

(2011), que não encontraram no seu estudo, com crianças de 8 anos, uma relação linear significativa entre as duas variáveis.

Em Portugal, Rodrigues (2018) realizou um estudo com o objetivo de analisar a relação entre o sono e os problemas de aprendizagem, a assertividade social, o desempenho escolar/orientação para tarefas e as competências sociais com os pares reportados pelos pais e professores de 38 alunos, da região de Lisboa, com idades compreendidas entre os 6 e os 9 anos. Como instrumentos para avaliar o sono, foi usada a actigrafia e o CSHQ (Owens et al., 2000) e as competências e problemas foram avaliados através da *Teacher-Child Rating Scale* (TCRS; Hightower et al., 1986), tendo-se verificado que: a) quanto mais tardia a hora de deitar menor a assertividade social, b) quanto mais tardia a hora de levantar ao fim de semana maiores os problemas de aprendizagem e menor o desempenho escolar/orientação para tarefas e, por fim, c) quanto mais despertares noturnos, reportados pelos pais, menor assertividade social e competências sociais com os pares.

De acordo com estes resultados, é de salientar que a implementação de rotinas da hora de dormir pode promover resultados positivos a curto e a longo prazo, nomeadamente ao nível da duração e qualidade do sono e do desenvolvimento da criança, na medida em que promove a regulação emocional e comportamental, o desenvolvimento de competências sociais e a redução de sintomas psicopatológicos. Além disso, as rotinas da hora de dormir contribuem para a harmonia e regulação familiar, proporcionando momentos de afeto e cumplicidade entre a criança e os seus cuidadores (Mindell & Williamson, 2018; Spagnola & Fiese, 2007).

Capítulo II: Metodologia

2.1. Apresentação do estudo e objetivos

O presente estudo enquadra-se num projeto de investigação mais amplo intitulado de “*Preditores psicossociais de ajustamento infantil e familiar*” desenvolvido no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, em parceria com a Universidade dos Açores, que apresenta como objetivo geral analisar a relação entre diferentes variáveis de natureza psicossocial (e.g., rotinas da criança e da família, funcionamento familiar, parentalidade), comportamento e ajustamento infantil.

Em particular, este estudo tem como principal objetivo analisar em que medida as rotinas da hora de dormir de crianças em idade escolar estão relacionadas com os seus problemas de comportamento e competências sociais, na perspetiva de mães e pais de crianças portuguesas. Desta forma, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar e descrever as rotinas da hora de dormir de crianças em idade escolar, avaliadas através da perceção de um dos pais;
- Analisar e descrever os problemas de comportamento e competências sociais de crianças em idade escolar, avaliadas através da perceção de um dos pais;
- Verificar se existe uma associação entre as rotinas da hora de dormir (avaliadas através do BRQ-PT) e os problemas de comportamento e competências sociais das crianças (avaliadas com recurso ao SDQ-Por);
- Comparar os resultados nas rotinas da hora de dormir em dois grupos de pais (com base na resposta à primeira questão do Suplemento de Impacto).

De acordo com os objetivos do estudo foram definidas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existe uma associação entre as rotinas da hora de dormir e os problemas de comportamento.

Hipótese 1a: Existe uma associação negativa entre a consistência das rotinas da hora de dormir e os problemas de comportamento (Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento entre Pares e Total de Dificuldades).

Hipótese 1b: Existe uma associação positiva entre a reatividade face a mudanças nas rotinas da hora de dormir e os problemas de comportamento (Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento entre Pares e Total de Dificuldades).

Hipótese 1c: Existe uma associação negativa entre as atividades adaptativas na hora de dormir e os problemas de comportamento (Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento entre Pares e Total de Dificuldades).

Hipótese 1d: Existe uma associação positiva entre as atividades desadaptativas na hora de dormir e os problemas de comportamento (Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento entre Pares e Total de Dificuldades).

Hipótese 2: Existe uma associação entre as rotinas da hora de dormir e o comportamento pró-social.

Hipótese 2a: Existe uma associação positiva entre a consistência das rotinas da hora de dormir e o comportamento pró-social.

Hipótese 2b: Existe uma associação negativa entre a reatividade às mudanças nas rotinas da hora de dormir e o comportamento pró-social.

Hipótese 2c: Existe uma associação positiva entre as atividades adaptativas na hora de dormir e o comportamento pró-social.

Hipótese 2d: Existe uma associação negativa entre as atividades desadaptativas na hora de dormir e o comportamento pró-social.

Hipótese 3: Existem diferenças na percepção das rotinas da hora de dormir entre os pais que identificam problemas/dificuldades nos filhos e os que não identificam, na medida em que os pais que identificam mais problemas/dificuldades percebem menor regularidade de rotinas do que os pais que não identificam problemas/dificuldades.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com recurso a técnicas estatísticas de tratamento dos dados, bem como, de natureza descritiva, uma vez que nos fornece informações sobre a população em estudo sem ocorrência de manipulação das variáveis. É também um estudo correlacional na medida em que possibilita analisar as relações que possam existir entre as diferentes variáveis, apresentando ainda um *design* temporal *cross-seccional* ou transversal pois envolve uma abordagem a uma amostra de sujeitos apenas uma vez. É importante referir ainda que não apresenta qualquer tipo de carácter interventivo.

2.1.1. Variáveis em estudo

Com base nos objetivos definidos, foram operacionalizadas as seguintes variáveis para estudo:

- **Rotinas da hora de dormir:** avaliadas através do preenchimento da versão portuguesa do *Bedtime Routines Questionnaire* (Questionário das Rotinas da Hora de Dormir), no qual os pais das crianças têm de responder a 31 itens, numa escala de resposta que varia de 0 (“Quase nunca” ou “Nada”) a 5 (“Quase sempre” ou “Extremamente”).
- **Problemas de Comportamento e Competências Sociais:** avaliados através do preenchimento da versão portuguesa do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Questionário de Forças e Dificuldades), que integra um total de 25 itens. Cada item é respondido numa escala *likert* de três pontos, cujos valores variam de 0 (“Não é verdade”) a 2 (“É muito verdade”). Para além destes 25 itens, ainda existe uma questão de resposta aberta (“Tem algum comentário ou preocupação? Descreva, por favor”) e um suplemento de avaliação de impacto que inclui mais cinco questões de resposta fechada.

2.1.2. Procedimentos

O projeto de investigação no qual se integra o presente estudo foi alvo de aprovação pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2021-053:ID1059). Após esta aprovação, foram contactados via e-mail diretores de instituições públicas do ensino básico e Centros de Atividades de Tempos Livres (CATL) tendo sido apresentado o projeto de investigação junto das respetivas direções e solicitada a sua colaboração. O recrutamento dos participantes foi efetuado depois de obtidas as respetivas autorizações por parte das instituições. Neste âmbito, foram recolhidos 216 protocolos. Destes, 90 não foram tidos em consideração no presente estudo por se encontrarem fora da faixa etária definida para os critérios de inclusão.

A recolha dos dados foi efetuada com o auxílio dos professores e auxiliares de ação educativa das instituições de ensino, que ficaram responsáveis pela entrega dos protocolos de investigação aos pais das crianças (em mãos ou nas mochilas das mesmas). Aquando da entrega dos protocolos nas instituições aos professores responsáveis por estabelecer o contacto com os pais, foi-lhes explicado o objetivo do estudo com o intuito de facilitar a adesão dos pais aquando da receção do protocolo.

No envelope entregue aos pais constava o documento de consentimento informado, com a apresentação dos objetivos do estudo e informação dos contactos para

eventuais esclarecimentos e os questionários. Solicitou-se ainda que o envelope fosse devolvido fechado aos professores/auxiliares de ação educativa ou à investigadora, como forma de garantir a confidencialidade das respostas dadas pelos participantes. A entrega dos envelopes de forma direta à investigadora foi processada através da articulação de um horário para recolha dos mesmos. Para além dos dados recolhidos junto das instituições, alguns protocolos foram recolhidos através da rede de contactos pessoais, de forma direta junto dos pais de crianças que cumpriam os critérios de inclusão no estudo e que não frequentavam nenhuma das instituições anteriormente mencionadas.

Importa reforçar que foram respeitados todos os princípios éticos da investigação em Psicologia, sendo asseguradas as condições para o consentimento livre informado, na medida em que todos os participantes tiveram conhecimento dos objetivos da investigação e concordaram em participar e em ceder os seus dados unicamente para os objetivos da investigação, confidencialidade e anonimato. Os investigadores garantiram que não seria possível aceder a quaisquer informações pessoais, sendo a base de dados final mantida em anonimato. Além disso, foi respeitado o princípio da participação voluntária.

A amostra foi recolhida por conveniência (ou seja, recorreu-se à amostra da população que é acessível), entre novembro de 2021 e fevereiro de 2022, em instituições públicas de ensino básico, mais especificamente em turmas do 1º ciclo do ensino básico do 1º ao 4º ano de escolaridade, e CATL, após se ter obtido a respetiva autorização por parte dos responsáveis da instituição. Deste modo, obteve-se as respostas relativas ao preenchimento dos questionários pelos encarregados de educação (i.e., um dos pais) das crianças alvo do estudo em relação às rotinas da hora de dormir, problemas de comportamento e competências sociais. Como critérios base de inclusão dos participantes foram estabelecidos os seguintes: ser pai/mãe de crianças em idade escolar (dos 6 aos 8 anos), ter mais de 18 anos e ter assinado o consentimento informado para participar no estudo.

2.1.3. Caracterização dos Participantes

A amostra total é constituída por 126 participantes, maioritariamente recolhida em Aveiro. Tal como podemos observar na Tabela 1, os participantes que responderam aos questionários foram maioritariamente mães (84,9%), tendo os pais respondido em 11,9% dos casos. Houve ainda situações em que o preenchimento do protocolo foi efetuado conjuntamente pela mãe e pelo pai, correspondendo essas situações a 3,2% dos casos. As mães das crianças apresentam idades compreendidas entre os 26 e os 51 anos ($M = 38.64$ anos, $DP = 5.06$). No que respeita ao seu estado civil, são maioritariamente casadas ou vivem em união de facto (79,4%). Quanto à escolaridade, a maior parte das

mães frequentou o ensino secundário ou superior (72,2%) e encontram-se profissionalmente ativas (85,7%).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes

	Variáveis	N	%
Respondente	Mãe	107	84.9
	Pai	15	11.9
	Outro	4	3.2
Idade Mãe	25 – 34 anos	25	19.8
	35 – 44 anos	83	65.9
	45 – 54 anos	17	13.5
	Missing	1	0.8
		<i>M</i> = 38.64	<i>DP</i> = 5.06
Idade Pai	25 – 34 anos	15	11.9
	35 – 44 anos	72	57.1
	45 – 54 anos	29	23.0
	55 – 64 anos	3	2.4
	Missings	7	5.6
	<i>M</i> = 41.26	<i>DP</i> = 6.09	
Estado Civil Mãe	Solteira	9	7.1
	Casada/União de facto	100	79.4
	Divorciada/Separada	12	9.5
	Viúva	3	2.4
	Missings	2	1.6
Estado Civil Pai	Solteiro	8	6.3
	Casado/União de facto	96	76.2
	Divorciado/Separado	11	8.7
	Missings	11	91.3
Escolaridade Mãe	Até ao 9º ano	33	26.2
	Até ao 12º ano	45	35.7
	Ensino Superior	46	36.5
	Missings	2	1.6
Escolaridade Pai	Até ao 9º ano	45	35.7
	Até ao 12º ano	43	34.1
	Ensino Superior	26	20.6
	Missings	12	9.5
Situação profissional mãe	Profissionalmente ativa	108	85.7
	Dona de casa	9	7.1
	Procura de trabalho	5	4.0
	Outra situação	2	1.6
	Missings	2	1.6
Situação profissional pai	Profissionalmente ativo	111	88.1
	Procura de Trabalho	3	2.4
	Outra situação	1	0.8
	Missings	11	8.7

Em relação aos pais, as suas idades encontram-se compreendidas entre os 27 e os 61 anos (*M* = 41.26 anos, *DP* = 6.09). São na sua maioria casados ou vivem em união de facto (76,2%) e, no que respeita à sua escolaridade, a maioria apenas concluiu o ensino básico ou secundário (69,8%). Quanto à situação profissional, a maioria dos pais encontra-se profissionalmente ativos (88,1%).

No que refere às crianças, e tal como se pode observar na Tabela 2, existe uma distribuição muito equilibrada para a variável sexo com 50% de rapazes e 49.2% de raparigas. As suas idades oscilam entre os 6 e os 8 anos, sendo a média de 7.02 anos ($DP = 0.81$). As crianças frequentam na sua maioria (36,5%) o 2º ano de escolaridade. Relativamente à fratria, a maioria das crianças (71,4%) tem irmãos e, destas, a maioria tem apenas um irmão (52,4%). Os agregados familiares são maioritariamente (56,3%) constituídos pela criança a residir com ambos os pais e com o(s) irmão(s).

Tabela 2 - Dados sociodemográficos das crianças

	Variáveis	N	%
Sexo	Feminino	62	49.2
	Masculino	63	50.0
	<i>Missing</i>	1	0.8
Idade	6	40	31.7
	7	44	34.9
	8	42	33.3
		$M = 7.02$	$DP = 0.81$
Ano de Escolaridade	1º ano	42	33.3
	2º ano	46	36.5
	3º ano	36	28.6
	4º ano	2	1.6
Com quem reside	Mãe + Pai	29	23.0
	Mãe + Pai + Irmãos	71	56.3
	Mãe + Irmãos	4	3.2
	Mãe/Pai + parceiro	3	2.4
	Mãe/Pai + parceiro + irmãos	2	1.6
	Outro	13	10.3
	<i>Missings</i>	4	3.2
Número de Irmãos	0	33	26.2
	1	66	52.4
	2	20	15.9
	3	2	1.6
	4	1	0.8
	<i>Missings</i>	4	3.1

2.1.4. Medidas

Para a concretização da presente investigação, foi elaborado um protocolo de avaliação composto por vários instrumentos de medida, sendo eles: um Questionário Sociodemográfico e de Informação Familiar, a versão portuguesa do *Bedtime Routines Questionnaire* (BRQ; Henderson & Jordan, 2010) e a versão portuguesa do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997).

Questionário Sociodemográfico e de Informação Familiar

O presente questionário foi construído originalmente para o projeto e tem o intuito de recolher informação que permita caracterizar os participantes do estudo. É

composto por 11 questões relacionadas com características pessoais dos participantes, sendo seis delas relativas às crianças (e.g., sexo, data de nascimento, número de irmãos, ano de escolaridade, agregado familiar e local de residência) e as outras cinco relativas aos seus pais (e.g., idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional/ocupacional e nível socioeconómico).

Bedtime Routines Questionnaire – Versão Portuguesa (BRQ-PT)

O BRQ-PT corresponde à versão traduzida para português do BRQ (Henderson & Jordan, 2010; versão portuguesa de Cunha et al., 2019), um questionário desenvolvido para avaliar as rotinas da hora de dormir da criança através do relato dos pais. A tradução e adaptação do BRQ para a população portuguesa concretizou-se através de um processo que se iniciou com o pedido de autorização às autoras da versão original para traduzir o questionário para português. Os itens do questionário foram traduzidos de forma independente por duas investigadoras do projeto, e depois revistos por uma terceira investigadora para se chegar a uma versão consensual e única da versão portuguesa do BRQ-PT. Seguidamente procedeu-se à retroversão independente da versão portuguesa para inglês, por um professor com formação em filologia germânica.

O BRQ-PT é um questionário composto por 31 itens que avaliam a consistência, a reatividade, as atividades adaptativas e desadaptativas associadas à hora de dormir. O questionário é constituído por quatro escalas independentes. A escala de Consistência (10 itens) que avalia o grau de consistência das rotinas da hora de dormir durante a semana e ao fim-de-semana, analisando se as atividades da rotina são sempre as mesmas, ocorrem sempre na mesma ordem, no mesmo local, à mesma hora e se são praticadas com a mesma pessoa, e é constituída por duas subescalas: Comportamento da Rotina (quatro itens) que avalia as atividades da rotina e a sua ordem; e Ambiente da Rotina (seis itens) que inclui o local e o tempo da rotina e a pessoa que participa neste com a criança. A escala de Reatividade (cinco itens) avalia as respostas emocionais negativas face a possíveis mudanças na rotina, referentes às atividades, ordem, local, pessoa e tempo. Por último, as escalas Atividades Adaptativas (10 itens) e Atividades Desadaptativas (seis itens) que avaliam as atividades praticadas na hora de dormir, em referência ao último mês (Henderson & Jordan, 2010).

No que refere à cotação, não existe um resultado total da escala, mas sim pontuações relativas a cada uma das escalas. Os itens das escalas de Consistência, Atividades Adaptativas e Atividades Desadaptativas são cotados numa escala de tipo *likert* de cinco pontos de 1 (“*Quase nunca*”) a 5 (“*Quase sempre*”). Por outro lado, os itens da escala de Reatividade são pontuados de 1 (“*Nada*”) a 5 (“*Extremamente*”). Pontuações mais altas indicam consistência na rotina, maior reatividade da criança face às mudanças

nas rotinas e maior frequência de atividades adaptativas e/ou desadaptativas na rotina (Henderson & Jordan, 2010).

Relativamente às propriedades psicométricas, Henderson e Jordan (2010) obtiveram para a consistência interna valores de coeficiente alfa de Cronbach de aceitável a excelente: .88 para a escala de Consistência (.90 para a subescala de Comportamento da Rotina e .83 para o Ambiente da Rotina), .76 para a escala de Reatividade, .74 para a escala de Atividades Adaptativas e .69 para a escala de Atividades Desadaptativas. No presente estudo foram obtidos os seguintes valores de coeficiente alfa de Cronbach: .89 para a Consistência (.90 para a subescala de Comportamento da Rotina e .82 para o Ambiente da Rotina), .92 para a escala Reatividade, .60 para a escala de Atividades Adaptativas e .73 para a escala de Atividades Desadaptativas.

Strengths and Difficulties Questionnaire – Versão portuguesa (SDQ-Por)

O SDQ-Por corresponde à versão traduzida para português do SDQ (Goodman, 1997; versão portuguesa de Fleitlich et al., 2004). Trata-se de um questionário breve de rastreio comportamental de crianças dos 3 aos 17 anos, constituído por 25 itens distribuídos por cinco escalas, cada uma com cinco itens: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento entre Pares (estas quatro encontram-se agrupadas numa escala designada de Total de Dificuldades) e Comportamento Pró-Social (que avalia as capacidades de adaptação da criança ao meio envolvente). Estes itens são cotados numa escala tipo *likert*, 0 (“Não é verdade”), 1 (“É um pouco verdade”) e 2 (“É muito verdade”). Para além dos 25 itens, existe ainda um Suplemento de Impacto constituído por cinco questões, sendo que a primeira questiona o respondente se considera que a criança tem dificuldades ao nível das emoções, concentração, comportamento e/ou em relacionar-se com os outros. Se o respondente identificar dificuldades na criança ao responder positivamente a esta questão, então deve responder a diversas questões acerca da cronicidade, sofrimento para o próprio, impacto ao nível da família, amigos, escola e lazer e acerca da sobrecarga para o próprio ou para a família.

No que respeita às propriedades psicométricas, Goodman (2001) encontrou níveis adequados de consistência interna: .67 Sintomas Emocionais, .63 Problemas de Comportamento, .77 Hiperatividade, .57 Problemas de Relacionamento entre Pares, .82 Total de Dificuldades e .65 Comportamento Pró-Social. No presente estudo obtiveram-se os seguintes valores de coeficiente da alfa de Cronbach: .67 Sintomas Emocionais, .61 Problemas de Comportamento, .75 Hiperatividade, .52 Problemas de Relacionamento entre Pares, .81 Total de Dificuldades e .64 Comportamento Pró-Social.

2.1.5. Análises Estatísticas

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através da versão 26.0 (2019) do Statistical Package for the Sciences (IBM SPSS Statistics®) para Windows.

Procedeu-se à análise dos valores omissos (*missing values*) sendo que não foi necessário excluir nenhum participante uma vez que não se identificaram 10% ou mais de respostas em branco numa mesma escala (Bennett, 2001). Seguidamente, foi feita a substituição dos valores omissos pela média da amostra total obtida nesse item, seguindo as orientações de Hair e colaboradores (2019).

A caracterização da amostra foi efetuada com recurso a estatísticas descritivas, nomeadamente, médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas (e.g., idade da mãe e idade do pai) e frequências simples (absolutas e relativas) para variáveis categoriais (e.g., estado civil e escolaridade).

No âmbito das análises descritivas dos itens do BRQ-PT e do SDQ-Por, foram realizados cálculos de estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mínimos e máximos). A respetiva consistência interna foi analisada com recurso ao cálculo de coeficientes alfa de Cronbach. Segundo Pereira e Patrício (2016), os valores de alfa de Cronbach devem ser interpretados de acordo com os seguintes critérios: < .50 (consistência interna inaceitável); .50-.60 (consistência interna fraca); .60-.70 (consistência interna aceitável); .70-.90 (consistência interna boa) e .90- 1 (consistência interna muito boa).

De forma a estimar o grau de associação entre as escalas do BRQ-PT e as escalas do SDQ-Por foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson, bem como estabelecidos seis modelos de regressão linear múltipla hierárquica para examinar o efeito preditor das escalas do BRQ-PT nas escalas do SDQ-Por. Consideraram-se como covariáveis a idade e o sexo apenas nos modelos em que essas variáveis se relacionaram significativamente com pelo menos uma variável em estudo.

Finalmente, foi realizado um teste *t-student* para amostras independentes para comparar os resultados obtidos no BRQ-PT entre dois grupos de pais. Ao analisar a taxa de resposta ao Suplemento de Impacto, verificou-se a existência de um número aproximado entre os pais que responderam afirmativamente e os que responderam negativamente à primeira questão do Suplemento de Impacto (“Em geral, parece-lhe que o seu filho/a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com as outras pessoas?”) constituída por quatro alternativas de resposta “Não”, “Sim, dificuldades pequenas”, “Sim, dificuldades grandes” ou “Sim, dificuldades muito grandes”. Esta primeira questão determina a continuidade ou não do preenchimento do Suplemento de Impacto, uma vez que quando

os respondentes assinalam “Não”, termina o preenchimento do Suplemento do Impacto. Deste modo, foram criados dois grupos de pais. O primeiro grupo de pais corresponde aos que responderam “Não” à primeira questão do Suplemento de Impacto ($n = 62$) e o segundo àqueles que identificaram dificuldades nos seus filhos ($n = 64$). Este último grupo engloba os pais cujas crianças apresentaram um Resultado Total do Suplemento do Impacto (resultante da soma dos itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais) *anormal* ($n = 22$), *limítrofe* ($n = 14$) e *normal* ($n = 28$). Este resultado pode variar entre 0 e 10, sendo que uma pontuação igual ou superior a 2 é anormal, uma pontuação de 1 é limítrofe e uma pontuação igual a 0 é normal.

Capítulo III: Apresentação dos Resultados

No presente capítulo encontram-se apresentados os resultados relativos às estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos) do BRQ-PT e do SDQ-Por. Posteriormente, são apresentados os valores de correlação entre as escalas do BRQ-PT e SDQ-Por, os modelos de regressão linear múltipla hierárquica e ainda a análise comparativa dos resultados do BRQ-PT entre dois grupos de pais considerados para o presente estudo.

3.1. Análises preliminares

3.1.1. Análise descritiva de itens do BRQ-PT

Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos itens das escalas do BRQ-PT

	Itens	M	DP	Mínimo	Máximo
Consistência	1	4.44	0.83	1	5
	2	4.22	0.94	1	5
	3	4.64	0.67	2	5
	4	4.34	0.83	1	5
	5	4.25	0.88	1	5
	6	4.18	0.93	1	5
	7	3.98	0.98	1	5
	8	4.46	0.85	1	5
	9	3.82	0.96	1	5
	10	4.15	0.97	1	5
Total Consistência		42.48	6.34	15	50
Reatividade	11	2.14	1.20	1	5
	12	2.13	1.26	1	5
	13	2.36	1.35	1	5
	14	2.46	1.32	1	5
	15	2.26	1.34	1	5
Total Reatividade		11.35	5.65	5	25
Atividades Adaptativas	16	3.03	1.35	1	5
	23	3.76	1.34	1	5
	24	4.70	0.51	3	5
	25	4.80	0.40	4	5
	26	4.80	0.54	1	5
	27	4.80	0.46	3	5
	28	4.74	0.54	3	5
	29	4.70	0.71	1	5
	30	2.36	1.47	1	5
	31	4.62	0.68	1	5
	Total Atividades Adaptativas		42.31	4.14	31
Atividades Desadaptativas	17	3.32	1.16	1	5
	18	2.94	1.38	1	5
	19	3.70	1.12	1	5
	20	2.98	1.29	1	5
	21	2.61	1.23	1	5
	22	3.37	1.36	1	5
Total Atividades Desadaptativas		18.82	4.95	7	30

Na Tabela 3 encontra-se apresentada a análise descritiva dos 31 itens do BRQ-PT quanto à média, desvio padrão, valores mínimos e máximos. Os itens que apresentam uma média mais elevada são o 25 ($M = 4.80$; $DP = 0.40$), o 26 ($M = 4.80$; $DP = 0.54$) e o 27 ($M = 4.80$; $DP = 0.46$) e, por sua vez, os que apresentam média mais baixa são o 12 ($M = 2.13$; $DP = 1.26$) e o 11 ($M = 2.14$; $DP = 1.20$). Quanto à escala de cotação, a maioria dos itens abrange a totalidade de escala de cotação possível, excetuando os itens 3, 24, 25, 27 e 28.

3.1.2. Análise descritiva de itens do SDQ-Por

Tabela 4 - Estatísticas descritivas dos itens das escalas do SDQ-Por

	Itens	M	DP	Mínimo	Máximo
Sintomas Emocionais	3	0.29	0.55	0	2
	8	0.58	0.72	0	2
	13	0.28	0.55	0	2
	16	1.06	0.68	0	2
	24	0.62	0.68	0	2
Total Sintomas Emocionais		2.84	2.10	0	9
Problemas de Comportamento	5	0.80	0.70	0	2
	7	0.60	0.66	0	2
	12	0.11	0.36	0	2
	18	0.33	0.57	0	2
	22	0.05	0.25	0	2
Total Problemas de Comportamento		1.91	1.68	0	7
Hiperatividade	2	1.18	0.76	0	2
	10	0.87	0.80	0	2
	15	1.03	0.76	0	2
	21	0.90	0.65	0	2
	25	0.70	0.64	0	2
Total Hiperatividade		4.68	2.57	0	10
Problemas de Relacionamento Pares	6	0.37	0.63	0	2
	11	0.14	0.39	0	2
	14	0.17	0.38	0	1
	19	0.49	0.66	0	2
	23	0.52	0.70	0	2
Total Problemas de Relacionamento Pares		1.70	1.67	0	7
Comportamento Pró-Social	1	1.86	0.39	0	2
	4	1.63	0.53	0	2
	9	1.79	0.47	0	2
	17	1.84	0.43	0	2
	20	1.73	0.50	0	2
Total Comportamento Pró-Social		8.84	1.49	2	10

Com objetivo de analisar os itens da versão portuguesa do SDQ, procedeu-se à respetiva análise descritiva, considerando a estrutura fatorial original de Goodman (1997) uma vez que, até ao momento, não há qualquer estudo publicado referente à estrutura fatorial da versão portuguesa do SDQ. Tal como se pode observar na Tabela 4,

é possível verificar que na escala Sintomas Emocionais, o item 16 ($M = 1.06$, $DP = 0.68$) apresenta a média mais elevada e os itens 13 ($M = 0.28$, $DP = 0.55$) e 3 ($M = 0.29$, $DP = 0.55$) as médias mais baixas. No que diz respeito à escala Problemas de Comportamento, o item 5 ($M = 0.80$, $DP = 0.70$) apresenta a média mais elevada, sendo o item 22 ($M = 0.05$, $DP = 0.25$) o que apresenta a média mais baixa. Relativamente à escala Hiperatividade, os itens 2 ($M = 1.18$, $DP = 0.76$) e 15 ($M = 1.03$, $DP = 0.76$) são os únicos itens com média superior a 1. Já o item com a média mais baixa é o 25 ($M = 0.70$, $DP = 0.64$). No que refere à escala Problemas de Relacionamento entre Pares, o item 23 ($M = 0.52$, $DP = 0.70$) apresenta a média mais elevada e o item 11 ($M = 0.14$, $DP = 0.39$) a de menor valor. Por fim, na escala Comportamento Pró-Social, todos os itens apresentam médias superiores a 1, sendo o item 1 aquele que apresenta a média mais elevada ($M = 1.86$, $DP = 0.39$).

Da análise item a item da tendência de resposta aos vários itens do SDQ-Port, pode verificar-se que as respostas dadas se distribuem por todas as alternativas de resposta (de 0 a 2) para todos os itens, com exceção do item 14. Os valores relativos às médias encontram-se entre 0.05 (item 22) e 1.86 (item 1).

3.1.3. Covariáveis

Da análise das Tabelas 5 e 6, verifica-se que a Consistência alcança o limiar de significância estatística $t(123) = -2.45$, $p = .016$, bem como, as Atividades Desadaptativas $t(123) = 2.22$, $p = .028$, o que significa que existem diferenças entre as crianças do sexo feminino e masculino na Consistência das suas rotinas da hora de dormir, bem como, na quantidade de Atividades Desadaptativas que as compõem. Relativamente à idade, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas apenas na escala Sintomas Emocionais do BRQ-PT ($r = .19$, $p < .05$). Assim, a variável idade será considerada como covariável apenas no modelo correspondente aos Sintomas Emocionais como variável critério e a variável sexo será considerada como covariável em todos os modelos de regressão por estar correlacionada significativamente com duas das variáveis preditoras dos modelos.

Tabela 5 - Teste *t-student* de comparação dos resultados no BRQ-PT entre o sexo feminino e masculino

Resultados	Sexo Feminino		Sexo Masculino		<i>t</i> (123)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Consistência	43.89	4.33	41.16	7.65	-2.45*	.016
Reatividade	11.38	5.66	11.42	5.67	.05	.963
Atividades Adaptativas	43.01	3.80	41.73	4.32	-1.76	.081
Atividades Desadaptativas	17.85	5.30	19.79	4.45	2.22*	.028

$p < .05$

Tabela 6 – Matriz de correlações de Pearson entre os resultados do BRQ-PT, do SDQ-Por e a idade da criança

Variáveis	Idade
Consistência	.08
Reatividade	-.08
Atividades Adaptativas	-.08
Atividades Desadaptativas	-.13
Sintomas Emocionais	.19*
Problemas de Comportamento	-.06
Hiperatividade	.05
Problemas de Relacionamento entre Pares	.01
Total de Dificuldades	.08
Comportamento Pró-Social	-.03

* $p < .05$

3.2. Análises para o teste de hipóteses

3.2.1. Relação entre rotinas da hora de dormir e problemas de comportamento e competências sociais

De acordo com a análise feita através dos coeficientes de correlação de Pearson, foi possível observar que a maioria dos resultados foram estatisticamente significativos, $p < .01$. Os resultados indicam que a Consistência apresentou uma correlação positiva moderada com as Atividades Adaptativas e com o Comportamento Pró-Social ($r = .38$ e $r = .49$, $p < .01$, respetivamente). Além disso, encontrou-se uma correlação negativa fraca entre a Consistência e os Sintomas Emocionais ($r = -.23$, $p < .05$), bem como, correlações negativas moderadas entre a Consistência e os Problemas de Comportamento ($r = -.38$, $p < .01$), Hiperatividade ($r = -.32$, $p < .01$) e Total de Dificuldades ($r = -.37$, $p < .01$).

Relativamente à Reatividade face a mudanças nas rotinas da hora de dormir, os resultados demonstram correlações positivas fracas com as Atividades Desadaptativas ($r = .26$, $p < .01$), Sintomas Emocionais ($r = .26$, $p < .01$), Problemas de Comportamento ($r = .29$, $p < .01$), Hiperatividade ($r = .18$, $p < .05$) e com os Problemas de Relacionamento entre Pares ($r = .28$, $p < .01$). Observou-se ainda uma relação positiva moderada com a escala Total de Dificuldades ($r = .34$, $p < .01$).

As Atividades Adaptativas correlacionaram-se negativamente com uma intensidade fraca com os Problemas de Comportamento ($r = -.27$, $p < .01$), Hiperatividade ($r = -.22$, $p < .05$) e Total de Dificuldades ($r = -.26$, $p < .01$). Além disso, as Atividades Adaptativas apresentam uma correlação positiva moderada com o Comportamento Pró-Social ($r = .32$, $p < .01$).

As Atividades Desadaptativas não se correlacionam de forma estatisticamente significativa com nenhuma das escalas do SDQ-For.

Tabela 7 - Matriz de correlações de Pearson entre o BRQ-PT e o SDQ-For ($N = 126$)

Variáveis	C	R	AA	AD	SE	PC	H	PRP	TD
C	-								
R	.00	-							
AA	.38**	.03	-						
AD	-.15	.26**	.06	-					
SE	-.23*	.26**	-.10	.12	-				
PC	-.38**	.29**	-.27**	.11	.27**	-			
H	-.32**	.18*	-.22*	.04	.17*	.60**	-		
PRP	-.13	.28**	-.16	.10	.41**	.38**	.35**	-	
TD	-.37**	.34**	-.26**	.12	.63**	.76**	.78**	.70**	-
CP	.49**	-.11	.32**	-.10	-.10	-.48**	-.39**	-.21*	-.41**

Nota. C= Consistência, R= Reatividade, AA= Atividades Adaptativas, AD= Atividades Desadaptativas, SE= Sintomas Emocionais, PC= Problemas de Comportamento, H= Hiperatividade, PRP= Problemas de Relacionamento entre Pares, TD= Total de Dificuldades, CP= Comportamento Pró-Social.

* $p < .05$ ** $p < .01$

Para conhecer a influência das rotinas da hora de dormir (Consistência, Reatividade, Atividades Adaptativas e Atividades Desadaptativas) nos problemas de comportamento e competências sociais das crianças, procedeu-se ao cálculo de seis modelos de regressão linear múltipla hierárquica (ou seja, um para cada escala do SDQ-For) (cf. Tabelas 8-13), tendo sido garantidos todos os pressupostos para a análise de regressão múltipla.

Em primeiro lugar, foi calculada uma regressão linear múltipla hierárquica para avaliar em que medida as rotinas da hora de dormir são preditoras dos Sintomas Emocionais das crianças em idade escolar. A Tabela 8 mostra que a Consistência previu negativamente ($p < .01$) os Sintomas Emocionais. Já a Reatividade previu positivamente ($p < .01$) a mesma variável. As pontuações das quatro escalas do BRQ-PT explicam 19% da variância das pontuações da escala Sintomas Emocionais, considerada como critério neste modelo de regressão, $F(6, 118) = 4.77, p < .001$.

Em segundo lugar, pretendeu-se avaliar o valor preditivo das rotinas da hora de dormir nos Problemas de Comportamento das crianças em idade escolar. Os Problemas de Comportamento foram explicados negativamente pela Consistência ($p < .001$) e positivamente pela Reatividade ($p < .01$). Segundo este modelo, 25% da variância das

pontuações da escala Problemas de Comportamento é explicada pelas pontuações das quatro escalas do BRQ-PT, $F(5, 119) = 7.95$, $p < .001$, tal como consta na Tabela 9.

Tabela 8 - Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras dos Sintomas Emocionais

Variáveis	Modelo I			Modelo II		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Idade	.44	.23	.17	.54	.22	.21*
Sexo	.37	.38	.09	.65	.37	.16
Consistência				-.09	.03	-.26**
Reatividade				.10	.03	.27**
At. Adaptativas				-.01	.05	-.02
At. Desadaptativas				.03	.04	.07
R²		.04			.19	
F		2.69			4.77***	
ΔR^2			.15			
ΔF			5.61***			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabela 9 - Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras dos Problemas de Comportamento

Variáveis	Modelo I			Modelo II		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Sexo	-.24	.30	-.07	.09	.28	.03
Consistência				-.09	.02	-.32***
Reatividade				.08	.02	.28**
At. Adaptativas				-.07	.04	-.17
At. Desadaptativas				.00	.03	.00
R²		.01			.25	
F		.64			7.95***	
ΔR^2			.24			
ΔF			9.73***			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

A Tabela 10 apresenta os resultados obtidos no modelo que analisa o efeito preditor das rotinas da hora de dormir na Hiperatividade. A Hiperatividade é explicada negativamente pela Consistência ($p < .01$) e positivamente pela Reatividade ($p < .05$). As pontuações das quatro escalas do BRQ-PT explicam 15% da variância das pontuações da escala Hiperatividade, $F(5, 119) = 4.01$, $p < .01$.

Tabela 10 - Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como predictoras da Hiperatividade

Variáveis	Modelo I			Modelo II		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Sexo	-.39	.46	-.08	-.04	.46	-.01
Consistência				-.11	.04	-.28**
Reatividade				.09	.04	.20*
At. Adaptativas				-.07	.06	-.11
At. Desadaptativas				-.02	.05	-.05
R²		.01			.15	
F		.73			4.01**	
ΔR^2			.14			
ΔF			4.81**			

* $p < .05$ ** $p < .01$

De seguida, avaliou-se o valor preditivo das rotinas da hora de dormir nos Problemas de Relacionamento entre Pares de crianças em idade escolar. Os Problemas de Relacionamento entre Pares foram explicados positivamente pela Reatividade ($p < .01$). De acordo com este modelo, 12% da variância das pontuações da escala Problemas de Relacionamento entre Pares foi explicada pelas pontuações das quatro escalas do BRQ-PT, $F(5, 119) = 3.15$, $p < .05$, como consta da Tabela 11.

Na Tabela 12, é possível observar os resultados da análise do valor preditivo das Rotinas da Hora de Dormir na escala Total de Dificuldades do SDQ-*Por*. A Consistência prediz negativamente ($p < .001$) e a Reatividade positivamente ($p < .001$) a escala Total de Dificuldades. As pontuações das quatro escalas do BRQ-PT explicam 28% da variância das pontuações da escala Total de Dificuldades, considerada como critério neste modelo de regressão, $F(5, 119) = 9.14$, $p < .001$.

Tabela 11 - Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras dos Problemas de Relacionamento entre Pares

Variáveis	Modelo I			Modelo II		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Sexo	.08	.30	.02	.23	.30	.07
Consistência				-.02	.03	-.08
Reatividade				.08	.03	.28**
At. Adaptativas				-.05	.04	-.13
At. Desadaptativas				.01	.03	.03
R²		.00			.12	
F		.07			3.15*	
ΔR^2						.12
ΔF						3.92**

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tabela 12 – Resultados do Modelo Hierárquico de Regressão Linear Múltipla: Rotinas da Hora de Dormir como preditoras do Total de Dificuldades

Variáveis	Modelo I			Modelo II		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Sexo	-.06	1.04	-.01	1.06	.94	.09
Consistência				-.30	.08	-.33***
Reatividade				.35	.08	.34***
At. Adaptativas				-.21	.12	-.15
At. Desadaptativas				.01	.10	.01
R²		.00			.28	
F		.00			9.14***	
ΔR^2						.28
ΔF						11.43***

*** $p < .001$

Finalmente, tal como se pode verificar na Tabela 13, em relação ao Comportamento Pró-Social como variável critério, os resultados indicam que tanto a Consistência ($p < .001$) como as Atividades Adaptativas ($p < .05$) predizem positivamente o Comportamento Pró-Social. As quatro escalas do BRQ-PT explicam 29% da variância das pontuações da escala Comportamento Pró-Social, $F(5, 119) = 9.40$, $p < .001$.

Tabela 13 - Modelo de Regressão Linear Múltipla Hierárquica: Rotinas da Hora de Dormir como predictoras do Comportamento Pró-Social

Variáveis	Modelo I			Modelo II		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Sexo	.39	.27	.13	.02	.24	.01
Consistência				.10	.02	.42***
Reatividade				-.03	.02	-.09
At. Adaptativas				.07	.03	.18*
At. Desadaptativas				-.01	.03	-.02
R²		.02			.29	
F		2.18			9.40***	
ΔR^2			.27			
ΔF			11.02***			

*** $p < .001$

3.2.2. Análise comparativa das escalas do BRQ-PT entre dois grupos de pais

Os resultados da Tabela 14 permitem concluir que apenas a Consistência alcança o limiar de significância estatística $t(124) = 3.54, p = .001$, sendo que o grupo de pais que não identifica problemas/dificuldades nos filhos percebe maiores níveis de Consistência nas rotinas da hora de dormir das crianças ($M = 44.42$) quando comparado com o grupo que identifica problemas/dificuldades nos filhos ($M = 40.59$). As restantes escalas (Reatividade, Atividades Adaptativas e Atividades Desadaptativas) não alcançaram o limiar de significância estatística.

Tabela 14 - Teste *t-student* de comparação das escalas do BRQ-PT entre o grupo de pais que identifica dificuldades nos filhos e aquele que não identifica dificuldades

Resultados	Pais que identificam dificuldades		Pais que não identificam dificuldades		$t(124)$	p
	M	DP	M	DP		
Consistência	40.59	7.58	44.42	3.94	3.54**	.001
Reatividade	11.96	5.58	10.72	5.69	-1.24	.218
Atividades Adaptativas	42.16	4.51	42.46	3.75	0.41	.684
Atividades Desadaptativas	19.14	5.20	18.49	4.69	-0.73	.465

** $p < .01$

Capítulo IV: Discussão dos Resultados

Diversos estudos empíricos têm comprovado as vantagens da inclusão de hábitos e atividades de rotina diária no quotidiano das crianças em idade escolar, revelando-se essenciais ao fornecerem a sensação de previsibilidade e estabilidade e, ainda, sentimentos de segurança e autonomia à criança (Jiang, 2020; Kase, 1999, cit. em Sytsma et al., 2001). No entanto, poucos são os estudos que se focam exclusivamente nas rotinas da hora de dormir. Neste sentido, o presente estudo teve como principal objetivo analisar em que medida as rotinas da hora de dormir das crianças em idade escolar estão relacionadas com os seus problemas de comportamento e competências sociais.

Os participantes deste estudo são, como expectável, maioritariamente mães (84.9%), podendo este resultado indicar a existência de alguns estereótipos culturais associados ao género, nomeadamente, relacionados com o papel mais ativo da mulher na prestação de cuidados e envolvimento na vida escolar e atividades diárias dos filhos (Martins, 2014; Rolfsen & Martinez, 2008). No que concerne à idade parental, esta varia entre os 26 e os 61 anos, incluindo-se a maior parte das mães e dos pais na faixa etária dos 35 aos 44 anos. Atendendo à idade das crianças, isto poderá ir ao encontro de uma tendência atual para uma maternidade mais tardia, como aliás sugerem os dados do Pordata (2022), segundo os quais em 2021 a idade média das mães aquando do nascimento do primeiro filho era de 30.9 anos.

Da análise descritiva dos itens do BRQ-PT, destacaram-se três com médias mais elevadas, que traduzem as rotinas de ir à casa de banho, abraçar/beijar o cuidador e dizer boa noite aos membros da família demonstrando ser, na perspetiva dos pais, as atividades mais praticadas pelas crianças em idade escolar na hora de ir para a cama. De forma semelhante, Guimarães (2013) verificou que as rotinas da hora de dormir, que são partilhadas pela maioria das crianças em idade escolar, são o lavar os dentes, a procura de aconchego/companhia, a ida à casa de banho e o vestir o pijama. Por outro lado, os itens com médias mais baixas relacionam-se com a reatividade face a mudanças das atividades da rotina da hora de dormir e na ordem das mesmas, o que pode sugerir que, na perspetiva destes pais, há uma baixa perturbação da criança com o facto de não fazer as mesmas atividades ou em fazê-las noutra ordem. No estudo de Santos (2021), realizado com crianças portuguesas em idade pré-escolar utilizando o BRQ-PT, verificou-se, por um lado, dois itens com médias mais elevadas, que traduzem as rotinas de ser aconchegado na cama e abraçar/beijar o cuidador (este último comum com o presente estudo), demonstrando ser, na perspetiva dos pais, as atividades mais praticadas com as crianças em idade pré-escolar na hora de ir para a cama. Por outro lado, os dois itens com médias mais baixas dizem respeito às atividades religiosas, como

dizer orações ou rezar antes de ir para a cama, e à reatividade face a mudanças na ordem das atividades da rotina da hora de dormir (este último comum com o presente estudo).

No que diz respeito à análise descritiva dos itens do SDQ-Por, merece destaque o facto de todos os itens que apresentam uma média mais elevada pertencerem à escala do Comportamento Pró-Social como, por exemplo, “É sensível aos sentimentos dos outros” ou “É simpático/a e amável com crianças mais pequenas”. Este resultado pode dever-se ao facto de se tratar de comportamentos positivos e, numa amostra de crianças da comunidade (não clínica), são expectáveis níveis elevados de competência social e reduzidos de problemas de comportamento, por serem crianças com um desenvolvimento dito normativo. Além disso, através de uma análise comparativa entre os dois grupos de pais criados com base na resposta à primeira questão do Suplemento de Impacto, metade dos pais não identificou dificuldades nos filhos e, daqueles que identificaram dificuldades a maioria obteve resultados considerados normais ou limítrofes, sendo reduzida a percentagem de crianças com um resultado anormal no Suplemento do Impacto. Salienta-se ainda o item 22 (“Rouba em casa, na escola ou em outros sítios”), pertencente à escala Problemas de Comportamento, por ser o item com a média mais baixa (dos 25 itens analisados), o que poderá estar associado ao facto de este tipo de comportamento não ser comum em crianças de 6-8 anos. Analisando, em termos globais, os resultados das estatísticas descritivas do SDQ-Por, pode concluir-se que a maioria dos itens obteve uma média das pontuações inferiores a 1 (exceto no Comportamento Pró-Social), o que pode indicar que, de acordo com a perceção dos pais, as crianças desta amostra tendem a manifestar um nível reduzido de problemas de comportamento.

Alguns estudos têm relacionado as rotinas diárias das crianças com os seus problemas de comportamento, sugerindo que as rotinas podem atuar como fator protetor contra o desenvolvimento de problemas de comportamento (Lanza & Drabick, 2011; Sytsma et al., 2001). Além disso, diversos estudos referem que o estabelecimento de rotinas da hora de dormir contribui para a redução de problemas de comportamento (e.g., Biggs et al., 2011; Mindell et al., 2015). No seguimento destes estudos, estabeleceu-se a **Hipótese 1**.

Os resultados obtidos confirmam parcialmente a **Hipótese 1a**. Foram obtidas associações negativas significativas com uma intensidade fraca a moderada entre a Consistência e os Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Total de Dificuldades, sendo que estes foram explicados negativamente pela Consistência. No entanto, a Consistência das rotinas da hora de dormir não se mostrou associada de forma significativa aos Problemas de Relacionamento entre Pares, nem foi um preditor significativo destes.

Relativamente ao efeito preditor negativo da Consistência das rotinas da hora de dormir sobre os Sintomas Emocionais, Palmer e Alfano (2017) referem que a má qualidade do sono está relacionada com emoções negativas e com maior dificuldade em controlá-las, interferindo negativamente no bem-estar físico, psicológico e social. Da mesma forma, a desregulação do sono pode desencadear problemas emocionais nas crianças, como o aparecimento de sintomas ansiógenos (Chorney et al., 2008; Gregory & Eley, 2005; Iwadare et al., 2015) e depressivos (Chorney et al., 2008; Serrão et al., 2007). A regulação emocional contribui para o desenvolvimento saudável da criança, melhora a capacidade de se relacionar no quotidiano, otimiza as capacidades escolares e potencia o desenvolvimento cognitivo (Callear et al., 2018). Nesse sentido, importa manter rotinas da hora de dormir consistentes aumentando a qualidade do sono e, consequentemente, prevenindo o aparecimento de sintomas emocionais.

De acordo com o presente estudo, a Consistência das rotinas da hora de dormir prediz negativamente os problemas de comportamento. Segundo Biggs e colaboradores (2011), horários de sono inconsistentes estão relacionados com a manifestação de mais comportamentos problemáticos nas crianças em idade escolar. Além disso, os resultados de alguns estudos confirmam existir uma associação entre problemas de sono e a presença de mais dificuldades, problemas comportamentais e sintomas de hiperatividade (Pesonen et al., 2010; Sebastião, 2019). Paavonen e colaboradores (2002) confirmam também que problemas comportamentais estão associados à menor duração e qualidade do sono em crianças de idade escolar.

No que respeita à associação entre a Consistência das rotinas da hora de dormir e os Problemas de Relacionamento entre Pares, estudos anteriores referem que as alterações no sono, como a sua curta duração, levam a respostas exageradas a estímulos emocionais negativos (Yoo et al., 2007), bem como, a um maior afeto negativo, como o aumento da raiva (Selvi et al., 2007). Além disso, o sono insuficiente está também associado à redução da empatia e do reconhecimento emocional (Helm et al., 2010; Killgore et al., 2008). Assim, uma má qualidade do sono pode impedir o entendimento entre pares, criando mais oportunidades para a existência de conflitos. A título ilustrativo, crianças em idade escolar com baixa qualidade de sono (curta duração do sono e/ou despertares noturnos frequentes) apresentam níveis elevados de problemas com colegas e outras dificuldades sociais quando comparadas com crianças que apresentam uma boa qualidade de sono (Waiter et al., 2005). No entanto, contrariamente ao esperado, no presente estudo a Consistência das rotinas da hora de dormir não contribuiu significativamente para explicar os Problemas de Relacionamento entre Pares. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de os pais muitas vezes não terem a real perceção do relacionamento do filho com os seus pares (frequentemente

apenas baseadas nos comentários dos filhos), sendo que as respostas a estes itens podem estar enviesadas, explicando os valores muito baixos das médias dos itens desta escala.

A **Hipótese 1b**, de acordo com a qual existe uma associação positiva entre a Reatividade face a mudanças nas rotinas da hora de dormir e os problemas de comportamento (Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento entre Pares e Total de Dificuldades), foi confirmada pelos resultados obtidos.

As rotinas das crianças, nomeadamente as rotinas da hora de dormir, promovem um sentido geral de segurança e estabilidade à criança (Greenman, 2005, cit. por Henderson & Jordan, 2010). No entanto, é importante reconhecer que mudanças nas rotinas em resposta a novas circunstâncias e exigências são comuns e fazem parte da normalidade do funcionamento familiar (Howe, 2002). Por exemplo, as crianças são mais propensas a acordar durante a noite se existir mudança na rotina da hora de dormir (Strunk et al., 2002, cit. por Fiese, 2007). De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, a Reatividade face a mudanças nas rotinas da hora de dormir prediz positivamente os Sintomas Emocionais nas crianças. Num estudo realizado por El-Sheik e colaboradores (2010), cujo objetivo consistia em analisar as relações entre o sono das crianças e os seus sintomas externalizados e internalizados, concluíram que a variabilidade no horário de dormir encontrava-se positivamente associada a mais sintomas internalizados (depressão, ansiedade, medo, preocupação e problemas psicossomáticos).

Da mesma forma, neste estudo, os resultados demonstram que a Reatividade prediz positivamente os problemas de comportamento. Este resultado vai ao encontro do estudo de Henderson e Jordan (2010) onde referiram existir uma relação positiva com magnitude modesta, mas significativa, entre a Reatividade e os problemas externalizados de comportamento. De igual modo, Henderson (2009) refere que a Reatividade face a mudanças nas rotinas pode estar relacionada com maus resultados comportamentais e interferir no potencial benefício de participar numa rotina.

As **Hipóteses 1c e 1d** foram rejeitadas com base nos resultados do presente estudo, uma vez que as Atividades Adaptativas e Desadaptativas não contribuíram significativamente para explicar os problemas de comportamento (Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento entre Pares e Total de Dificuldades). Neste estudo foi utilizada a estrutura fatorial original do BRQ, no entanto, segundo um estudo realizado com crianças portuguesas em idade pré-escolar (Santos, 2021) e onde se procedeu à análise da estrutura fatorial do BRQ-PT os resultados indicaram que existiu uma correspondência exata dos itens incluídos na versão original para as escalas da

Consistência e Reatividade, contudo, as escalas que avaliam as atividades praticadas na hora de dormir, Atividades Adaptativas e Atividades Desadaptativas, apresentaram ligeiras diferenças relativamente à estrutura fatorial da versão original do BRQ. Acresce ainda que, de acordo com a análise descritiva dos itens do BRQ-PT, a maioria dos itens dos problemas de comportamento (Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento entre Pares e Total de Dificuldades) obteve uma média de pontuações inferiores a 1. Além disso, este resultado também poderá ser explicado pelo facto de os pais de crianças em idade escolar serem mais suscetíveis a negociar as atividades de rotina com as próprias crianças (Nucci & Smetana, 1996, cit. por Fiese, 2006) e, segundo Sytsma e colaboradores (2001), o facto de as rotinas da vida diária destas crianças subentenderem uma negociação e uma resolução conjunta de problemas aumenta os sentimentos de responsabilidade, compromisso e autonomia, assim como a capacidade de autocontrolo e a conformidade face ao cumprimento de regras das crianças.

Estudos empíricos com crianças em idade escolar apoiam o papel do sono no normal funcionamento em domínios de funcionamento socioemocional (Astill et al., 2012; Chorney et al., 2008; El-Sheikh et al., 2010). Nesse sentido, estipulou-se a **Hipótese 2**.

A **Hipótese 2a** foi confirmada, uma vez que foi obtida uma associação positiva significativa com uma intensidade moderada entre a Consistência das rotinas da hora de dormir e o Comportamento Pró-Social, sendo a Consistência preditora significativa deste último. Estes resultados corroboram os resultados obtidos por Ren e Hu (2019) ao referirem que as rotinas da hora de dormir contribuem positivamente para as competências sociais das crianças em idade escolar na medida em que as crianças com rotinas da hora de dormir consistentes mostram melhores competências sociais quando comparadas a crianças com rotinas da hora de dormir inconsistentes.

Já a **Hipótese 2b** foi rejeitada uma vez que os resultados não demonstraram existir associações negativas significativas entre a Reatividade e o Comportamento Pró-Social nem a Reatividade foi preditora significativo do Comportamento Pró-Social. Este resultado poderá ser justificado pelo facto da Reatividade ser a escala cujos itens têm as médias mais baixas. A reatividade face a mudanças nas rotinas está associada à perda da previsibilidade e do controlo sobre a situação. A pandemia, resultante do Covid-19, veio trazer imprevisibilidade à vida das crianças que viram as suas rotinas alteradas de forma significativa e inesperada por força das medidas de contenção adotadas (e.g., distanciamento, escolas fechadas, suspensão do ensino presencial) (Coelho, 2021; Neumann et al., 2021). Estas alterações exigiram uma rápida adaptação podendo ter incrementado a flexibilização das crianças face a mudanças no seu quotidiano,

justificando assim os valores muito baixos das médias dos itens desta escala. Além disso, este resultado pode também estar relacionado às diferenças de idade na manifestação da Reatividade e do Comportamento Pró-Social uma vez que, segundo Henderson e Jordan (2010), com o aumento da idade da criança, a Reatividade tende a diminuir, ao passo que, o Comportamento Pró-Social tende a ser mais prevalente em crianças mais velhas.

Os resultados obtidos confirmam a **Hipótese 2c**, tendo-se verificado que as Atividades Adaptativas são preditoras significativas do Comportamento Pró-Social. Atividades como ler ou ouvir uma história, tomar banho, lavar os dentes, ir à casa de banho, trocar maminhos com o cuidador são consideradas adaptativas pois contribuem para um adormecer mais rápido e para uma melhor noite de sono (Henderson & Jordan, 2010), na medida em que constituem momentos de tranquilidade e de relaxamento. O desenvolvimento de rotinas da hora de dormir também pode influenciar positivamente o funcionamento familiar, na medida em que oferecem momentos de partilha e de ligação entre pais e filhos, fortalecendo a relação entre ambos (Mindell & Williamson, 2018; Spagnola & Fiese, 2007) e fazendo com que as crianças se sintam amadas e seguras. Nesse sentido, desenvolvem na criança uma atitude positiva em relação aos outros, podendo contribuir para incrementar o Comportamento Pró-Social. Segundo Blandon e Scrimgeour (2015), o Comportamento Pró-Social é relacional e emerge das interações com os pais e cuidadores, muitas vezes proporcionadas pelos momentos que antecedem o deitar, permitindo a incorporação e a extensão do repertório infantil, em termos de comportamentos, atitudes e emoções, que futuramente será utilizado na interação com os outros. A sensibilidade parental caracterizada por comportamentos de afeto, suporte e respostas contingentes às necessidades da criança possibilita à mesma aprender a agir pró-socialmente por meio da observação e da modelagem (Newton et al., 2014).

Tal como a Hipótese 2b, também a **Hipótese 2d** foi rejeitada, uma vez que não foram encontradas associações negativas significativas entre as Atividades Desadaptativas e o Comportamento Pró-Social, nem as Atividades Desadaptativas foram preditoras significativas do Comportamento Pró-Social. Este resultado poderá dever-se ao facto de, neste estudo, as médias dos itens das Atividades Desadaptativas terem-se apresentado muito baixas, talvez justificadas pelo facto de a escolaridade das mães ser elevada e, por isso, terem mais acesso à informação sobre os efeitos prejudiciais de atividades ativadoras antes da hora de dormir. Algumas características da família e dos pais ou cuidadores parecem ter um impacto negativo nas rotinas da hora de dormir das crianças. Assim, tem sido sugerida a presença de um menor número e consistência de rotinas e uma maior frequência de atividades desadaptativas em famílias com baixo nível socioeconómico (Henderson & Jordan, 2010) e em famílias com pais/cuidadores com

baixo nível de escolaridade (Hale et al., 2009), uma vez que pais que tenham mais do que o ensino secundário estão mais motivados e conscientes das necessidades de desenvolvimento da criança do que pais como menor grau de escolaridade (Cabrera et al., 2007).

Existe evidência na literatura de que, durante a infância, o comportamento das crianças é mais autorregulado quando existem rotinas previsíveis na família (Fiese et al., 2002). Vários estudos baseados na percepção parental têm demonstrado existir uma associação entre a regularidade das rotinas das crianças e os seus problemas/dificuldades socioemocionais, comportamentais e/ou ao nível das suas capacidades de aprendizagem (e.g., Komada et al., 2011; Rijlaarsdam et al., 2016; Spagnola & Fiese, 2007). Nesse sentido, avançou-se com a formulação da **Hipótese 3**.

A análise comparativa das escalas do BRQ-PT entre o grupo de pais que identificou dificuldades nos filhos e aquele que não identificou veio confirmar parcialmente a **Hipótese 3**. Em particular, os pais que identificam problemas/dificuldades nos filhos percebem menor regularidade de rotinas da hora de dormir das crianças em idade escolar. No entanto, ao comparar as escalas do BRQ-PT apenas foram encontradas diferenças significativas no nível de Consistência das rotinas da hora de dormir, sendo que o grupo de pais que não identificou dificuldades nos filhos percebe maiores níveis de Consistência nas rotinas da hora de dormir das crianças do que o grupo que reconhece dificuldades nos filhos. Este resultado vem mais uma vez reforçar a importância das rotinas para a autorregulação comportamental, na medida em que fornecem estrutura, previsibilidade e limites, permitindo às crianças terem conhecimento sobre aquilo que vão realizar e o tipo de comportamentos esperados (Taylor, 2011). As rotinas em contexto familiar permitem que, à medida que vão realizando as atividades do dia-a-dia, as crianças possam praticar e desenvolver as suas competências autorregulatórias (Ren & Fan, 2019; Ren & Xu, 2019). Os pais, através da implementação de rotinas consistentes e previsíveis, fornecem aos filhos estímulos ambientais que promovem a conformidade das crianças e asseguram que as mesmas realizem as tarefas diárias, em consonância com as expectativas parentais (Sytsma et al., 2001; Urcuioli, 2005), contribuindo para a menor prevalência de problemas/dificuldades nas crianças em idade escolar.

Ao longo deste trabalho ficou evidente a importância que as rotinas da hora de dormir têm na vida das famílias com crianças em idade escolar. Neste sentido, a existência de rotinas da hora de dormir consistentes está relacionada com o ajustamento psicológico das crianças, enquanto fator protetor contra o desenvolvimento de problemas de comportamento e na promoção de competências sociais.

Capítulo V: Considerações Finais

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser mencionadas. Primeiramente, algumas características da amostra (e.g., dimensão reduzida, circunscrita maioritariamente a um único distrito do país e composta maioritariamente por mães) limitam a generalização dos resultados. Acresce que os participantes pertenciam sobretudo a famílias nucleares intactas, o que poderá não ser representativo da realidade de outras configurações familiares. Assim, será importante que estudos futuros envolvam amostras de maior dimensão, atendendo-se a outras variáveis aquando do processo de recolha de dados (e.g., tipologia de estabelecimentos de ensino escolar, outras regiões do país). A inclusão/aumento da participação da figura paterna será também algo a considerar em estudos futuros, não só com objetivo de obter a perspetiva dos pais (homens), mas também de a comparar com a perspetiva das mães, para que possam trazer novos contributos nesta área de investigação, nomeadamente através da realização de estudos de acordo entre informadores. A exploração das rotinas da hora de dormir no contexto de diferentes tipologias familiares (e.g., famílias monoparentais, famílias homossexuais) e grupos específicos de crianças (e.g. crianças com problemas de sono, PEA, PHDA, entre outras perturbações) também poderá trazer contributos relevantes. Dado que ficou demonstrado neste estudo que as rotinas da hora de dormir têm impacto nos problemas de comportamento e competências sociais das crianças em idade escolar seria, igualmente, importante prosseguir com o foco numa abordagem longitudinal para compreender e clarificar esta relação ao longo do tempo.

Outra limitação prende-se com os valores de consistência interna do SDQ-Por encontrados na presente amostra, nomeadamente o valor mais baixo para a escala Problemas de Relacionamento entre Pares. Não obstante o valor abaixo de .60, este é equivalente aos obtidos noutras amostras internacionais (cf. Goodman, 2001).

A carência de estudos, realizados com a versão portuguesa dos instrumentos utilizados neste trabalho, pode também ser considerada uma limitação uma vez que não possibilita a comparação dos resultados obtidos neste estudo com outros realizados na população portuguesa. Além disso, observou-se uma maior incidência da literatura no contexto das rotinas da hora de dormir de famílias com crianças em idade pré-escolar, pois é onde existe maior envolvimento dos pais nas rotinas dos filhos, comparativamente à idade escolar.

Outro aspeto a referir é a subjetividade inerente à perceção parental das rotinas da hora de dormir e dos problemas de comportamento e competências sociais das crianças, podendo ser enviesada pela desejabilidade social das respostas, particularmente se os pais estiverem desportos para as recomendações de especialistas

em relação às necessidades das crianças ou por dificuldades na compreensão dos itens. Para além disso, está sujeito a erros no relato retrospectivo, ou seja, o relato irá depender daquilo que é recordado e, muitas vezes, podem existir falhas na recuperação da informação (Prokasky et al., 2019).

Como principais sugestões para estudos futuros, apontamos a realização de um estudo de validação do BRQ-PT, nomeadamente a realização de estudos de análise fatorial confirmatória, a realização de mais estudos sobre a influência das atividades adaptativas e desadaptativas antes de hora de dormir nos problemas de comportamento e acerca da relação entre as atividades desadaptativas e as competências sociais das crianças.

Considerando a escassez de estudos sobre este tema e apesar das suas limitações, o presente estudo permitiu obter um retrato, ainda que exploratório e limitado geograficamente, das rotinas da hora de dormir das crianças portuguesas dos 6-8 anos e contribuiu para o aumento do conhecimento sobre as rotinas da hora de dormir e da sua relação com os problemas de comportamento e competências sociais de crianças em idade escolar. Em termos de implicações, ressalta-se a importância do reconhecimento do impacto do estabelecimento e manutenção de rotinas da hora de dormir consistentes em diversas áreas do desenvolvimento infantil. Os problemas de sono têm um impacto negativo no desenvolvimento e bem-estar das crianças (Silva et al., 2013; Wang et al., 2013) e também no bem-estar dos pais ou cuidadores e de toda a família (Meltzer & Montgomery-Downs, 2011; Silva et al., 2014), pelo que a identificação e intervenção precoce destes problemas é de extrema importância. Na medida em que as rotinas da hora de dormir contribuem para a diminuição dos problemas de sono (Mindell et al., 2015; Newton et al., 2020), estas podem ser implementadas junto de crianças como método de intervenção para estes problemas, e avaliadas com recurso ao BRQ-PT. Além disso, como vimos através do presente estudo, o estabelecimento de rotinas da hora de dormir influencia as respostas comportamentais e socioemocionais das crianças em idade escolar, pelo que devem ser implementadas o mais precocemente no quotidiano das mesmas. Nesse sentido, sugere-se que os programas de educação ou reeducação parental que trabalham estas questões das rotinas das crianças deem maior ênfase à importância das rotinas da hora de dormir, prevenindo o aparecimento de problemas de sono, comportamentais e/ou emocionais, mas também de dificuldades de aprendizagem nas crianças em idade escolar.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alfano, C. A., Zakem, A. H., Costa, N. M., Taylor, L. K., & Weems, C. F. (2009). Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents. *Depression and Anxiety*, 26(6), 503-512. <https://doi.org/10.1002/da.20443>
- Antunes, C. (2012). *Os trabalhos para casa numa escola do 1º Ciclo do Ensino Básico* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1264>
- Aronen, E. T., Paavonen, E. J., Fjofilberg, M., Soininen, M., & Torronen, J. (2000). Sleep and psychiatric symptoms in school-age children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4), 502-508. <https://doi.org/10.1097/00004583-200004000-00020>
- Bauer, K., & Blunden, S. (2008). How accurate is subjective reporting of childhood sleep patterns? A review of the literature and implications for practice. *Current Pediatric Reviews*, 4, 132-142. <https://doi.org/10.2174/157339608784462025>
- Becker, S. P. (2014). External validity of children's self-reported sleep functioning: associations with academic, social, and behavioral adjustment. *Sleep Medicine*, 15(9), 1094-1100. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.06.001>
- Bennett, D. A. (2001). How can I deal with missing data in my study?. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(5), 464-469. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x>
- Biggs, S. N., Lushington, K., Van den Heuvel, C. J., Martin, A. J., & Kennedy, J. D. (2011). Inconsistent sleep schedules and daytime behavioral difficulties in school-aged children. *Sleep Medicine*, 12(8), 780-786. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.017>

- Blandon, A. Y., & Scrimgeour, M. B. (2015). Child, parenting, and situational characteristics associated with toddlers' prosocial behaviour. *Infant and Child Development*, 24(6), 643-660. <https://doi.org/10.1002/icd.1910>
- Blunden, S. (2012). Behavioural sleep disorders across the developmental age span: an overview of causes, consequences and treatment modalities. *Psychology*, 3(3), 249-256. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.33035>
- Boergers, J., Hart, C., Owens, J., Streisand, R. & Spirito, A. (2007). Child sleep disorders: associations with parental sleep duration and daytime sleepiness. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 88-94. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.88>
- Boyce, W. T., Jensen, E. W., James, S. A., & Peacock, J. L. (1983). The family routines inventory: theoretical origins. *Social Science & Medicine*, 17(4), 193-200. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90116-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90116-8)
- Cabrera, N. J., Shannon, J. D., & Tamis-LeMonda, C. S. (2007). Fathers' influence on their children's cognitive and emotional development: from toddlers to Pre-K. *Applied Developmental Science*, 11(4), 208-213. <https://doi.org/10.1080/10888690701762100>
- Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: a review. *Sleep Medicine*, 11(8), 735-742. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.02.006>
- Cajochen, C. (2007). Alerting effects of light. *Sleep Medicine Reviews*, 11(6), 453-64. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2007.07.009>
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma abordagem contextual* (1ª edição). Psiquilíbrios Edições.
- Carvalho, S., Gomes A., Clemente V., Marques M., Pereira A., Maia B., Soares, M., Cabral, A., Macedo, A., Gozal, D., & Azevedo, M. (2009). Sleep and behavioral/emotional problems in children: a population-based study. *Sleep Medicine*, 10(1), 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.10.020>
- Chorney, D. B., Detweiler, M. F., Morris, T. L., & Kuhn, B. R. (2008). The interplay of sleep disturbance, anxiety, and depression in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(4), 339-348. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm105>

- Coelho, J. F. S. (2021). *Impacto da COVID-19 no dia a dia das crianças e seus cuidadores* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/19772>
- Cohen, R. (2013). *The relationship of sleep problems, bedtime routine, and hours of sleep to ADHD among elementary school aged children*. [Doctoral Dissertation, Northeastern University]. Northeastern University Library. <https://doi.org/10.17760/d20003236>
- Crespo, C., Davide, I. N., Costa, M. E., & Fletcher, G. J. O. (2008). Family rituals in married couples: Links with attachment, relationship quality, and closeness. *Personal Relationships*, 15(2), 191-203. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2008.00193.x>
- Cunha, A. I., Major, S., Alves, M. P., & Coroado, M. (2021). Assessing preschool child routines in the family: a preliminary study of the Portuguese version of the Child Routines Questionnaire - Preschool. *Journal of Research in Childhood Education*, 36(2), 310-326. <https://doi.org/10.1080/02568543.2021.1955053>
- Dewald, J., Meijer, A., Oort, F., Kerkhof, G., & Bögels, S. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: a meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14(3), 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.004>
- Duarte, V. A. (2015). *Os trabalhos para casa no 1.º ciclo do ensino básico—conceções de alunos e professor* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/5331>
- Dworak, M., Schierl, T., Bruns, T., & Strüder, H. K. (2007). Impact of singular excessive computer game and television exposure on sleep patterns and memory performance of school-aged children. *Pediatrics*, 120(5), 978-985. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0476>
- Ellis, J., Hampson, S., & Cropley, M. (2002). Sleep hygiene or compensatory sleep practices: an examination of behaviours affecting sleep in older adults. *Psychology, Health & Medicine*, 7(2), 157-161. <https://doi.org/10.1080/13548500120116094>
- Estivill, E. (2004). *Método Estivill: um guia rápido para os pais ensinarem os filhos a dormir*. Dom Quixote.

- Fallone, G., Acebo C., Arnedt, J., Seifer, R., & Carskadon, M. (2001). Effects of acute sleep restriction on behavior, sustained attention, and response inhibition in children. *Perceptual and Motor Skills*, 93, 213-229. <https://doi.org/10.2466/pms.2001.93.1.213>
- Fernandes, G., Boehs, A., & Rumor, P. (2011). Rotinas e rituais familiares: implicações para o cuidado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4), 866-871. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v10i4.18334>
- Fiese, B. H. (2000). Family matters: a systems view of family effects on children's cognitive health. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Environmental effects on cognitive abilities* (pp. 39-57). Lawrence Erlbaum Associates.
- Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 16(4), 381-390. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.4.381>
- Fiese, B.H. (2006). *Family routines and rituals*. Yale University Press.
- Fiese, B. H. (2007). Routines and rituals: opportunities for participation in family health. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(1), 41-49. <https://doi.org/10.1177/15394492070270S106>
- Fiese, B., Cai, T., Sutter, C., & Bost, K. (2021). Bedtimes, bedtime routines, and children's sleep across the first 2 years of life. *Sleep*, 44(8),1-9 <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab045>
- Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2004). Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa. <http://www.sdqinfo.org>
- Fletcher, F. E., Conduit, R., Foster-Owens, M. D., Rinehart, N. J., Rajaratnam, S. M., & Cornish, K. M. (2016). The association between anxiety symptoms and sleep in school-aged children: a combined insight from the children's sleep habits questionnaire and actigraphy. *Behavioral Sleep Medicine*, 16(2), 1-16 <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1180522>
- Fletcher, F. E., Foster-Owens, M. D., Conduit, R., Rinehart, N. J., Riby, D. M., & Cornish, K. M. (2017). The development trajectory of parent-report and objective sleep profiles in autism spectrum disorder: associations with anxiety and bedtime routines. *Autism*, 21(4), 493-503. <https://doi.org/10.1177/1362361316653365>

- Fredriksen, K., Rhodes, J., Reddy, R., & Way, N. (2004). Sleepless in Chicago: tracking the effects of adolescent sleep loss during the middle school years. *Child Development*, 75(1), 84-95. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00655.x>
- Galland, B. & Mitchell, E. (2010). Helping children sleep. *Archives of Disease in Childhood*, 95(10), 850-853. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2009.162974>
- Garrison, M., Liekweg, K. & Christakis, D. (2011). Media use and child sleep: the impact of content, timing, and environment. *Pediatrics*, 128(1), 29-35. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3304>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2005). Sleep problems, anxiety and cognitive style in school-aged children. *Infant and Child Development*, 14(5), 435-444. <https://doi.org/10.1002/icd.409>
- Gruber, R., Cassoff, J. & Knäuper, B. (2011). Sleep health education in pediatric community settings: rationale and practical suggestions for incorporating healthy sleep education into pediatric practice. *Pediatric Clinics*, 58(3), 735-754. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.006>
- Grusec, J. E., Goodnow, J. J., & Cohen, L. (1996). Household work and the development of 44 concern for others. *Developmental Psychology*, 32(6), 999-1007. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.6.999>
- Guimarães, A. C. (2013). *Identificação de hábitos de sono, compreensão do sono e rotinas de sono em crianças de idade escolar: estudo com crianças e pais* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/10415>
- Gupta, R., Saini, D., Acharya, U., & Miglani, N. (1994). Impact of television on children. *Indian Journal of Pediatrics*, 61, 153-159. <https://doi.org/10.1007/BF02843606>

- Halal, C. & Nunes L. (2014). Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90(5),449-456. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.05.001>
- Hale, L., Berger, L., LeBourgeois, M., & Brooks-Gunn, J. (2009). Social and demographic predictors of preschoolers' bedtime routines. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(6), 394-402. <https://doi.org/10.1097/DBP.ob013e3181cc076e>
- Hale, L., Berger, L., LeBourgeois, M., & Brooks-Gunn, J. (2011). A longitudinal study of preschoolers' language-based bedtime routines, sleep duration, and well-being. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 423-433. <https://doi.org/10.1037/a0023564>
- Hair, J. F. J., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Helm, E., Gujar, N., & Walker, M. P. (2010). Sleep deprivation impairs the accurate recognition of human emotions. *Sleep*, 33(3), 335-342. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.3.335>
- Henderson, J. & Jordan, S. (2010). Development and preliminary evaluation of the bedtime routines questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 271-280. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9143-3>
- Henderson, J., Barry, T., Bader, S., & Jordan, S. (2011). The relation among sleep, routines, and externalizing behavior in children with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(2), 758-767. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.09.003>
- Howe, G. W. (2002). Integrating family routines and rituals with other family research paradigms: Comment on the special section. *Journal of Family Psychology*, 16(4), 437-440. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.4.437>
- Iwadare, Y., Kamei, Y., Usami, M., Ushijima, H., Tanaka, T., Watanabe, K., Kodaira, M. & Saito, K. (2015). Behavioral symptoms and sleep problems in children with anxiety disorder. *Pediatrics International*, 57(4), 690-693. <https://doi.org/10.1111/ped.12620>
- Jensen, E. W., James, S. A., Boyce, W. T., & Hartnett, S. A. (1983). The family routines inventory: Development and validation. *Social Science & Medicine*, 17(4), 201-211. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90117-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90117-X)

- Jiang, F. (2020). Sleep and early brain development. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 75(suppl.1), 44-54. <https://doi.org/10.1159/000508055>
- Johnson, E., Chilcoat, H., & Breslau, N. (2000). Trouble sleeping and anxiety/depression in childhood. *Psychiatry Research*, 94(2), 93-102. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00145-1](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00145-1)
- Kelly, Y., Kelly, J. & Sacker, A. (2013a). Time for bed: associations with cognitive performance in 7-year-old children: a longitudinal population-based study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67(11), 926-931. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2012-202024>
- Kelly, Y., Kelly, J., & Sacker, A. (2013b). Changes in bedtime schedules and behavioral difficulties in 7 year old children. *Pediatrics*, 132(5), 1184-1193. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1906>
- Kerr, S. & Jowett, S. (1994). Sleep problems in pre-school children: a review of the literature. *Child: Care, Health and Development*, 20(6), 379-391. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1994.tb00400.x>
- Killgore, W. D. S., Kahn-Greene, E. T., Lipizzi, E. L., Newman, R. A., Kamimori, G. H., & Balkin, T. J. (2008). Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills. *Sleep Medicine*, 9(5), 517-526. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.07.003>
- Kitsaras, G., Goodwin, M., Allan, J., Kelly, M. P., & Pretty, I. A. (2018). Bedtime routines child wellbeing & development. *BMC Public Health*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5290-3>
- Kitsaras, G., Goodwin, M., Kelly, M., Pretty, I., & Allan, J. (2021a). Perceived barriers and facilitators for bedtime routines in families with young children. *Children*, 8(1), 1-15. <https://doi.org/10.3390/children8010050>
- Kitsaras, G., Goodwin, M., Allan, J., & Pretty, I. (2021b). Defining and measuring bedtime routines in families with young children – a DELPHI process for reaching wider consensus. *Plos One*, 16(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247490>
- Kitsaras, G., Goodwin, M., Allan, J., Kelly, M. P., & Pretty, I. A. (2021c). Bedtime Routine Characteristics and Activities in Families with Young Children in the North of England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178983>

- Komada, Y., Abe, T., Okajima, I., Asaoka, S., Matsuura, N., Usui, A., Shirakawa, S. & Inoue, Y. (2011). Short sleep duration and irregular bedtime are associated with increased behavioral problems among Japanese preschool-age children. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 224(2), 127-136. <https://doi.org/10.1620/tjem.224.127>
- Lanza, H. I., & Drabick, D. A. G. (2011). Family routine moderates the relation between child impulsivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 83-94. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9447-5>
- Lehto, J. E., & Uusitalo-Malmivaara, L. (2013). Sleep-related factors: associations with poor attention and depressive symptoms. *Child: Care, Health and Development*, 40(3), 419-425. <https://doi.org/10.1111/cch.12063>
- Leitão, I. C. (2014). *Coparentalidade em situação de divórcio: regras, rituais e rotinas de crianças em idade pré-escolar e escolar* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15157>
- Lemola, S., Räikkönen, K., Scheier, M. F., Matthews, K. A., Pesonen, A., Heinonen, K., Lahti, J., Komsu, N., Paavonen, J. E., Kajantie, E. (2011). Sleep quantity, quality and optimism in children. *Journal of Sleep Research*, 20(1), 12-20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2010.00856.x>
- Li, S., Jin, X., Wu, S., Jiang, F., Yan, C., & Shen, X. (2007). The impact of media use on sleep patterns and sleep disorders among school-aged children in China. *Sleep*, 30(3), 361-367. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.3.361>
- Li, C., Cheng, G., Sha, T., Cheng, W., & Yan, Y. (2020). The relationships between screen use and health indicators among infants, toddlers, and preschoolers: a meta-analysis and systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197324>
- Martins, S. S. B. N. (2014). *Envolvimento escolar parental na perspetiva de pais adolescentes – Um estudo exploratório* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa] não publicada]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/24557>

- Marzocchi, G. M., Capron, C., Pietro, M. D., Tauleria, E. D., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M. F., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A., & Thérond, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *13*(suppl.2), 40-46. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-2007-1>
- Meltzer, L. J., & Moore, M. (2008). Sleep disruptions in parents of children and adolescents with chronic illnesses: prevalence, causes and consequences. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*(3), 279-291. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm118>
- Meltzer, L. J., & Montgomery-Downs, H. E. (2011). Sleep in the family. *Pediatric Clinics*, *58*(3), 765-774. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.010>
- Mendes, R. (2008). A criança, o sono e a escola. *Referência*, *2*(7), 7-19. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239954001.pdf>
- Meyer, K. J. (2008). *Development and validation of the adolescent routines questionnaire: parent and self-report* [Doctoral Dissertation, Louisiana State University]. https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/4052/
- Migliorini, L., Cardinali, P., & Rania, N. (2011). La cotidianidad de lo familiar y las habilidades de los niños. *Psicoperspectivas*, *10*(2), 183-201. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-165>
- Mignot, E. (2008). Why we sleep: The temporal organization of recovery. *Plos Biology*, *6*(4), 0661-0669. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0060106>
- Mindell, J. A., Meltzer, L. J., Carskadon, M. A., & Chervin, R. D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Medicine*, *10*(7), 771-779. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.07.016>
- Mindell, J. A., Li, A. M., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. Y. (2015). Bedtime routines for young children: a dose-dependent association with sleep outcomes. *Sleep*, *38*(5), 717-722. <https://doi.org/10.5665/sleep.4662>
- Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, *40*, 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.10.007>

- Muñoz-Quintero, A., & Bianchi, S. (2017). Hábitos de sueño, desempeño académico y comportamiento em niños de básica primaria. *Pensando Psicología*, 13(21), 5-17. <https://doi.org/10.16925/pe.v13i21.1710>
- National Sleep Foundation. (2020, novembro 12). *What Are the Sleep Stages?* <https://www.thensf.org/what-are-the-sleep-stages/>
- Neumann, A., Kalfels, F., Schmalz, F., Rosa, R. & Pinto, L. (2021). Impacto da pandemia por covid-19 sobre a saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. In W. Cavalcanti (Ed.), *Pandemias: Impactos na sociedade* (pp. 56-66). Synapse Editora.
- Newton, E. K., Laible, D., Carlo, G., Steele, J. S., & McGinley, M. (2014). Do sensitive parents foster kind children, or vice versa? Bidirectional influences between children's prosocial behavior and parental sensitivity. *Developmental Psychology*, 50(6), 1808-1816. <https://doi.org/10.1037/a0036495>
- Newton, A. T., Honaker, S. M., & Reid, G. J. (2020). Risk and protective factors and processes for behavioral sleep problems among preschool and early school-aged children: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 52, 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101203>
- Oka, Y., Suzuki, S., & Inoue, Y. (2008). Bedtime activities, sleep environment, and sleep/wake patterns of Japanese elementary school children. *Behavioral Sleep Medicine*, 6(4), 220-233. <https://doi.org/10.1080/15402000802371338>
- Owens, J. (2004). Sleep disorders. In R. Behrman, R. Kliegman, & H. Jenson (Eds.), *Textbook of pediatrics* (17th ed., pp. 91-100). WB Saunders.
- Owens, J., Maxim, R., McGuinn, M., Nobile, C., Msall, M. & Alario, A. (1999). Television-viewing habits and sleep disturbance in school children. *Pediatrics*, 104(3), 1-8. <https://doi.org/10.1542/peds.104.3.e27>
- Owens, J., Maxim, R., Nobile, C., McGuinn, M. & Msall, M. (2000). Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(6), 549-555. <http://doi.org/10.1001/archpedi.154.6.549>
- Paavonen, E. J., Almqvist, F., Moilanen, I., Piha, J., Rasanen, E., & Tamminen, T. (2002). Poor sleep and psychiatric symptoms at school: an epidemiological study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(1), 10-17. <https://doi.org/10.1007/s007870200002>

- Paavonen, E. J., Pennonen, M., Roine, M., Valkonen, S., & Lahikainen, A. R. (2006). TV exposure associated with sleep disturbances in 5-to 6-year-old children. *Journal of Sleep Research*, 15(2), 154-161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2006.00525.x>
- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida*. (7.^a edição). Oficina do Livro.
- Palmstierna, P., Sepa, A., & Ludvigsson, J. (2008). Parent perceptions of child sleep: a study of 10 000 Swedish children. *Acta Pediátrica*, 97(12), 1631-1639. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00967.x>
- Pereira, A., & Patrício, T. (2016). *Guia prático de utilização - Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Edições Sílabo.
- Pereira, L. P., Zanatta, B., Pereira, C. S., & Grzybowski, L. S. (2020). Relações entre parentalidade e ajustamento psicológico infantil: Uma revisão sistemática da literatura. *Psychologica*, 63(1), 7-26. https://doi.org/10.14195/1647-8606_63-1_1
- Pesonen, A., Räikkönen, K., Paavonen, E., Heinonen, K., Komsu, N., Lahti, J., Kajantie, E., Järvenpää, A., & Strandberg, T. (2010). Sleep duration and regularity are associated with behavioral problems in 8-year-old children. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(4), 298-305. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9065-1>
- Pordata. (2022, junho 10). *Idade da mãe ao nascimento do primeiro filho*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Prokasky, A., Fritz, M., Molfese, V., & Bates, J. (2019). Night-to-night variability in the bedtime routine predicts sleep in toddlers. *Early Childhood Research Quarterly*, 49, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.05.004>
- Rafih-Ferreira, R., Silveiras, E., Pires, M., Junior, F., & Moura, C. (2016). Sono e comportamento em crianças atendidas em um serviço de Psicologia. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 18(2), 159-172. <https://doi.org/10.15348/1980-6906>
- Ren, L., & Fan, J. (2019). Chinese preschoolers' daily routine and its associations with parent-child relationships and child self-regulation. *International Journal of Behavioral Development*, 43(2), 179-184. <https://doi.org/10.1177/0165025418811126>

- Ren, L., & Xu, W. (2019). Coparenting and chinese preschoolers' social-emotional development: Child routines as a mediator. *Children and Youth Services Review*, 107, 1-36. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104549>
- Ren, L., & Hu, B. (2019). The relative importance of sleep duration and bedtime routines for the social-emotional functioning of chinese children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(8), 597-605. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000693>
- Ribeiro, A., Liddon, C., Gadaire, D., & Kelley, M. (2015). Sleep, elimination, and noncompliance in children. In Henry, R., Joel, R., & Terry, F. (Eds.) *Clinical and Organizational Applications of Applied Behavior Analysis* (pp. 247-272). Elsevier.
- Rijlaarsdam, J., Tiemeier, H., Ringoot, A. P., Ivanova, M. Y., Jaddoe, V. W., Verhulst, F. C., & Roza, S. J. (2016). Early family regularity protects against later disruptive behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(7), 781-789. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0797-y>
- Rodrigues, I. B. (2018). *Sono, competências e problemas em crianças em idade escolar*. [Dissertação de Mestrado, ISPA]. Repositório do ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6851>
- Rolfen, A., & Martinez, C. (2008). Intervention program for parents of children with learning disabilities: an preliminary study. *Paidéia*, 18(39), 175-188. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000100016>
- Rubens, S. L., Evans, S. C., Becker, S. P., Fite, P. J., & Tountas, A. M. (2017). Self-reported time in bed and sleep quality in association with internalizing and externalizing symptoms in school-age youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(3), 455-467. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0672-1>
- Sadeh, A. (1994). Assessment of intervention for infant night waking: Parental reports and activity-based home monitoring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 63-68. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.63>
- Sadeh, A., & Acebo, C. (2002). The role of actigraphy in sleep medicine. *Sleep medicine reviews*, 6(2), 113-124. <https://doi.org/10.1053/smr.2001.0182>
- Sadeh, A. (2007). Consequences of sleep loss or sleep disruptions in children. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 513-520. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.05.012>

- Sadeh, A. (2015). III Sleep assessment methods. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80, 33-48. <https://doi.org/10.1111/mono.12143>
- Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 584-591. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>
- Santos, A. (2021). *Rotinas da hora de dormir de crianças em idade pré-escolar: Estudo exploratório de validação da versão portuguesa do Bedtime Routines Questionnaire* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/11896>
- Schredl, M., Fricke-Oerkermann, L., Mitschke, A., Wiater, A., & Lehmkuhl, G. (2009). Longitudinal study of nightmares in children: stability and effect of emotional symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 439-449. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0136-y>
- Selvi, Y., Gulec, M., Agargun, M. Y., & Besiroglu, L. (2007). Mood changes after sleep deprivation in morningness–eveningness chronotypes in healthy individuals. *Journal of Sleep Research*, 16(3), 241–244. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2007.00596.x>
- Serrão, F., Klein, J. M., & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, 12(2), 257-268. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000200014>
- Shimm, P. H., & Ballen, K. (1995). *Parenting your toddler: The expert's guide to the tough and tender years*. Perseus Books.
- Silva, S. S., Pontes, F. A., Santos, T. M., Maluschke, J. B., Mendes, L. S., Reis, D. C., & Silva, S. D. (2010). Rotinas familiares de ribeirinhos amazônicos: Uma possibilidade de investigação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 341-350. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200016>
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., & Neto, A. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196-202. <https://doi.org/0873-9781/13/44-5/196>
- Silva, F. (2014). *Hábitos e problemas do sono das crianças dos 2 a 10 anos* [Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/14234>

- Sim-Sim, I. (2010). Pontes, desníveis e sustos na transição entre a educação pré-escolar e o 1º ciclo da educação básica. *Exedra*, 1, 111-118.
- Spagnola, M., & Fiese, B. (2007). Family routines and rituals: a context for development in the lives of young children. *Infants & Young Children*, 20(4), 284–99. <https://doi.org/10.1097/01.IYC.0000290352.32170.5a>
- Stabler, C. B. (2012). *Further validation of the child routines questionnaire: child self-report* [Tese de Doutoramento, University of Southern Mississippi]. The Aquila Digital Community. <https://aquila.usm.edu/dissertations/591/>
- Staples, A. D., & LaLonde, L. (2018). Sleep in early childhood: the role of bedtime routines. *International Journal of Birth and Parent Education*, 6(1), 17-21. <https://ijbpe.com/journals/volume-6/38-vol-6-issue-1>
- Stein, M. A., Mendelsohn, J., Obermeyer, W. H., Amromin, J., & Benca, R. (2001). Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics*, 107(4), 1-9. <https://doi.org/10.1542/peds.107.4.e60>
- Steinglass, P. (1987). A system view of family interaction and psychopathology. In T. Jacobs (Ed.), *Family interaction and psychopathology: Theories, methods, and findings* (pp. 25-65). Plenum Press
- Strasburger, V. C., Hogan, M. J., Mulligan, D. A., Ameenuddin, N., Christakis, D. A., Cross, C., ... & Swanson, W. S. L. (2013). Children, adolescents, and the media. *Pediatrics*, 132(5), 958-961. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2656>
- Sytsma, S. E., Kelley, M. L., & Wymer, J. H. (2001). Development and initial validation of the child routines inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 241-251. <https://doi.org/10.1023/A:1012727419873>
- Taylor, C. L. (2011). *Scaffolding the development of early self-regulation: The role of structure and routine in children's daily activities* [Master's thesis, Portland State University]. <https://doi.org/10.15760/etd.287>
- Teixeira, T. M. F. (2015). *Em que medida os alunos, cujos pais acompanham os tpc, têm melhor desempenho escolar?* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24995/1/RELAT%C3%93RIO%20FINAL%20T%C3%82NIA.pdf>

- Touchette, E., Petit, D., Séguin, J., Boivin, M., Tremblay, R., & Montplaisir, J. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, *30*(9), 1213-1219. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.9.1213>
- Urcuioli, P. J. (2005). Behavioral and associative effects of differential outcomes in discrimination learning. *Learning and Behavior*, *33*(1), 1-21. <https://doi.org/10.3758/bf03196047>
- Vgontzas, A. N., Papaliaga, H.-M., Calhoun, M., S. Calhoun, Vela-Bueno, A., Chrousos, G. P., & Bixler, E. O. (2008). Short sleep duration and obesity: the role of emotional stress and sleep disturbances. *International Journal of Obesity*, *32*, 801-809. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.4>
- Waiter, A. H., Mitschke, A. R., Widdern, S. V., Fricke, L., Breuer, U., & Lehmkuhl, G. (2005). Sleep disorders and behavioural problems among 8- to 11-year-old children. *Somnologie*, *9*, 210-214. <https://doi.org/10.1111/j.1439-054X.2005.00073.x>
- Waller, R., Gardner, F., Dishion, T., Sitnick, S. L., Shaw, D. S., Winter, C. E., & Wilson, M. (2015). Early parental positive behavior support and childhood adjustment: addressing enduring questions with new methods. *Social Development*, *24*(2), 304-322. <https://doi.org/10.1111/sode.12103>
- Wang, G., Xu, G., Liu, Z., Lu, N., Ma, R., & Zhang, E. (2013). Sleep patterns and sleep disturbances among chinese school-aged children: prevalence and associated factors. *Sleep Medicine*, *14*(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.09.022>
- Wittig, M. M. (2005). *Development and validation of Child Routines Questionnaire: Preschool* [Doctoral Dissertation, Louisiana State University]. https://doi.org/10.31390/gradschool_dissertations.1152
- Woods, J., Kashinath, S., & Goldstein, H. (2004). Effects of embedding caregiver-implemented teaching strategies in daily routines on children's communication outcomes. *Journal of Early Intervention*, *26*(3), 175-193. <https://doi.org/10.1177/105381510402600302>
- Yoo, S.-S., Gujar, N., Hu, P., Jolesz, F. A., & Walker, M. P. (2007). The human emotional brain without sleep: a prefrontal amygdala disconnect. *Current Biology*, *17*(20), 7723-7728. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.08.007>