

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO ENTRE O TEMPERAMENTO DA CRIANÇA E DA MÃE E OS
PROBLEMAS DE SONO E DE SOMATIZAÇÃO
EM CRIANÇAS DOS 3 AOS 5 ANOS**

Cláudia Sofia Calado Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia da Saúde e
da Doença)**

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO ENTRE O TEMPERAMENTO DA CRIANÇA E DA MÃE E OS
PROBLEMAS DE SONO E DE SOMATIZAÇÃO
EM CRIANÇAS DOS 3 AOS 5 ANOS**

Cláudia Sofia Calado Gonçalves

Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia da Saúde e
da Doença)**

2016

*The battles that count aren't the ones for gold medals.
The struggles within yourself – the invisible, inevitable battles inside all of us –
That's where it's at.*

Jesse Owens

Agradecimentos

Relativamente à realização desta dissertação começo por agradecer à Professora Doutora Luísa Barros, minha orientadora, pela dedicação, disponibilidade, encorajamento e paciência em todos os momentos.

Agradeço também à Doutora Ana Rita Goes, também orientadora deste projeto, pelo apoio e dedicação no início do estudo. À Dra. Teresa Marques pela dedicação aos questionários e pela ajuda prestada na construção da base de dados. Agradeço também à Professora Doutora Ana Isabel Pereira pela ajuda ao nível do tratamento estatístico.

Às instituições que colaboraram neste estudo, às educadoras pela disponibilidade e a todas as mães que aceitaram participar neste trabalho.

Não posso deixar de agradecer às minhas três famílias. Começo, claro, por agradecer aos meus pais que me deram a possibilidade de estudar e que sempre me incentivaram e apoiaram. Obrigada por me ajudarem a crescer. Aos meus irmãos: porque quem tem irmãos tem tudo e eu tenho os melhores. À minha avó Maria do Rosário pela constante demonstração de amor e de orgulho.

À família que se escolhe: às *Filhas* por serem as melhores amigas que tenho a sorte de ter desde que me conheço. Obrigada pela amizade e apoio incondicional. Aos que conheci durante o meu percurso académico e que vou manter para a vida: Simone, Cristina e João. Foram fundamentais nestes últimos anos e em especial durante a realização deste trabalho. Com vocês tornou-se melhor e mais fácil. Obrigada por tudo!

Agradeço também à família de Lisboa que me faz sentir em casa. Obrigada pelo apoio diário, pelas partilhas e ensinamentos.

Por último, um agradecimento muito especial ao meu namorado não só pelo amor incondicional, mas principalmente por toda a ajuda, calma, paciência e incentivo que me deu durante este trabalho. Obrigada por acreditares sempre em mim.

Resumo

O papel do temperamento nos percursos mais ou menos adaptados de desenvolvimento durante os primeiros anos de vida tem vindo a ganhar centralidade na literatura. Por outro lado, muitos estudos têm avaliado a influência dos fatores parentais no desenvolvimento da criança, embora sejam poucos os que estudaram o impacto do temperamento parental.

Este estudo teve como principal objetivo estudar o papel do temperamento da criança e do temperamento materno como preditores dos problemas de sono e de queixas somáticas em crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos.

Foram utilizados três questionários: para o temperamento infantil o Child Behavior Questionnaire, para o temperamento materno o Adult Temperament Questionnaire e para os problemas de sono e queixas somáticas o Child Behavior Checklist 1^{1/2}-5. A amostra foi constituída por 179 crianças, entre os 3 e os 5 anos de idade, e as suas mães. A recolha da amostra foi feita em estabelecimentos de ensino pré-escolares na zona da Grande Lisboa e de Santarém.

Os resultados obtidos permitem verificar valores médios equilibrados para as quatro dimensões avaliadas (temperamento da criança, temperamento da mãe, problemas de sono e queixas somáticas). Observaram-se associações significativas entre dimensões do temperamento da criança e do temperamento da mãe e os problemas de sono e queixas somáticas nas crianças, no sentido esperado em função da literatura existente. A emocionalidade negativa da criança revelou ser o principal preditor de ambas as problemáticas estudadas.

Os resultados realçam a importância de avaliar o temperamento infantil, não só por poder ser um importante instrumento de triagem para identificar crianças em risco de

desenvolver problemas de sono e/ou queixas somáticas, mas também para ajudar os pais a desenvolverem práticas parentais adequadas ao temperamento da criança.

Palavras-chave: Temperamento infantil, temperamento materno, problemas de sono, queixas somáticas, crianças pré-escolares

Abstract

The role of child's temperament during the first years of life has gained centrality in the literature. On the other hand, many studies have evaluated the influence of parental factors in child development, although few have studied the impact of parental temperament.

This research aimed to study the role of the child's and the mother's temperament as predictors of sleep problems and somatic complaints in children aged 3 to 5 years old.

Three questionnaires were used: to measure infant temperament we used the Child Behavior Questionnaire, to measure mother's temperament we used the Adult Temperament Questionnaire and to measure sleep problems and somatic complaints we used the Child Behavior Checklist 1^{1/2}-5. The sample included 179 children age between 3 and 5 years old and their mothers. The data collection took place in pre-school establishments in Lisbon and Santarém.

Our results showed balanced mean values for the four dimensions evaluated (the child's temperament, mother's temperament, sleep problems and somatic complaints). We found several significant associations between dimensions of child's temperament and mother's temperament and sleep problems and somatic complaints in children, in the direction anticipated according to existent literature. The child's negative emotionality was the main predictor of both problems.

The results highlight the importance of assessing children's temperament, not only because it can be an important screening tool to identify children at risk of developing sleep problems and/or somatic complaints, but also to help parents to develop appropriate parenting practices to the child's temperament.

Key-words: Child's temperament, mother's temperament, sleep problems, somatic complaints, preschool children

Índice

Resumo	v
Abstract	vii
Introdução	13
1. Enquadramento Teórico	14
1.1. Temperamento infantil	14
1.1.1. A abordagem psicobiológica de Rothbart	14
1.2. Temperamento do adulto	17
1.2.1. Temperamento parental enquanto determinante da adaptação da criança.....	18
1.3. Sono infantil	20
1.3.1. Classificação dos Problemas de Sono infantil	21
1.3.2. Determinantes dos Problemas de Sono infantil	23
1.3.2.1. Modelo Transacional da Regulação do Sono	23
1.3.2.2. Modelo Integrativo de Karraker	24
1.3.2.3. Temperamento da criança e qualidade do sono infantil...	25
1.3.2.4. Temperamento materno e qualidade do sono infantil	28
1.4. Somatização infantil	29
1.4.1. Determinantes dos sintomas somáticos	31
1.4.1.1. Impacto do temperamento da criança nos sintomas somáticos	32
1.4.1.2. Impacto do temperamento materno nos sintomas somáticos	33
1.5. Objetivos do estudo	34

2. Metodologia	36
2.1. Caracterização da população e da amostra	36
2.2. Instrumentos de recolha de dados	36
2.2.1. Questionário de informação sociodemográfica	36
2.2.2. Temperamento da criança - Child Behavior Questionnaire	37
2.2.3. Temperamento do adulto – Adult Temperament Questionnaire ...	38
2.2.4. Problemas de Sono e de Somatização – Child Behavior Checklist 1 ^{1/2} -5	38
2.3. Procedimento	39
2.4. Procedimento de análise dos dados	40
3. Resultados	42
3.1. Estudos preliminares dos instrumentos de recolha de dados	42
3.2. Análises descritivas	44
3.2.1. Caracterização do temperamento da criança	44
3.2.2. Caracterização do temperamento da mãe	44
3.2.3. Caracterização dos problemas de sono e queixas somáticas das crianças em idade pré-escolar	45
3.3. Estudo de associações	45
3.3.1. Correlações entre o temperamento da criança e o temperamento materno	46

3.3.2. Correlações entre o temperamento da criança e	
problemas de sono	46
3.3.3. Correlações entre o temperamento da criança e	
queixas somáticas	47
3.3.4. Correlações entre o temperamento materno e	
problemas de sono	47
3.3.5. Correlações entre o temperamento materno e	
queixas somáticas	48
3.4. Estudo preditivo	49
3.4.1. Análise de Regressão Logística	49
4. Discussão	52
4.1. Caracterização das variáveis em estudo	52
4.2. Relação entre o temperamento da criança e o temperamento da mãe	53
4.3. Relação entre o temperamento da criança e os problemas de sono e	
queixas somáticas	54
4.4. Relação entre o temperamento materno e os problemas de sono e	
queixas somáticas nas crianças	55
4.5. O temperamento das crianças e das mães como preditores dos problemas	
de sono e das queixas somáticas nas crianças	56
4.6. Conclusão e considerações finais	57
Referências bibliográficas	60

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Transacional	24
-------------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Consistência interna CBQ	42
Tabela 2. Consistência interna ATQ	43
Tabela 3. Consistência interna CBCL	43
Tabela 4. Medidas de tendência central e dispersão do CBQ	44
Tabela 5. Medidas de tendência central e dispersão do ATQ	45
Tabela 6. Medidas de tendência central e dispersão das subescalas Problemas de Sono e Queixas Somáticas do CBCL.....	45
Tabela 7. Correlações entre os componentes das escalas CBQ e ATQ	46
Tabela 8. Correlações entre os componentes das escalas CBQ e a subescala Problemas de Sono (CBCL)	47
Tabela 9. Correlações entre os componentes da escala CBQ e a subescala Queixas Somáticas (CBCL)	47
Tabela 10. Correlações entre os componentes da escala ATQ e a subescala Problemas de Sono (CBCL)	48
Tabela 11. Correlações entre os componentes da escala ATQ e a subescala Queixas Somáticas (CBCL)	48

Tabela 12. Análise de regressão logística binária, tendo como variável dependente os problemas de sono	49
Tabela 13. Análise de regressão logística binária, tendo como variável dependente as queixas somáticas	50

Introdução

O presente estudo está inserido num projeto de investigação mais alargado, *Pais à medida? Temperamento, parentalidade e adaptação em crianças em idade pré-escolar e escolar*, cujo principal objetivo consiste em avaliar a relação entre as características das mães e dos filhos, as estratégias utilizadas pelas mães para educar os seus filhos e os problemas emocionais e comportamentais de crianças entre os 3 e os 5 anos.

O estudo apresentado nesta dissertação tem como objetivo avaliar a relação entre o temperamento de um grupo de crianças portuguesas, o temperamento das respetivas mães e os problemas de sono e queixas somáticas nas crianças.

O presente trabalho está organizado em quatro secções principais. Na primeira secção é feito um enquadramento teórico sobre a literatura relevante para o tema em causa e explicitando as quatro dimensões abordadas no estudo, bem como evidência empírica das relações encontradas entre estas. No final desta secção apresentam-se os objetivos do estudo. A segunda secção refere-se à metodologia que inclui a descrição dos instrumentos utilizados e dos procedimentos metodológicos inerentes. Na terceira secção são apresentados os resultados do estudo. Inicialmente serão apresentados os resultados das análises preliminares dos questionários e, posteriormente, os resultados relativos à análise do temperamento da criança e da mãe, dos problemas de sono e das queixas somáticas, bem como as associações entre estas variáveis. São também apresentados resultados relativos a uma análise do papel específico do temperamento da criança e da mãe como preditores dos problemas de sono e de queixas somáticas nas crianças. Por fim, na última secção apresenta-se a discussão dos resultados e a conclusão, incluindo uma reflexão sobre a investigação, algumas limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Temperamento infantil

O desenvolvimento infantil é um processo complexo resultante da interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos (Zeanah & Zeanah, 2001). Embora as crianças partilhem fases e marcos de desenvolvimento, também revelam características e padrões de comportamento distintos desde muito cedo. Estas diferenças têm sido tradicionalmente definidas como temperamento (Tackett, 2006), constituem a expressão mais precoce da personalidade (Rothbart & Bates, 2006) e desempenham um importante papel na formação da personalidade do indivíduo e nas suas relações com os diferentes contextos (Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000). Apesar do temperamento ser, em parte, geneticamente determinado, influencia e é influenciado pela experiência, maturação e aprendizagem de cada indivíduo (Rothbart, 2007; Rothbart & Bates, 2006).

Podem ser encontradas várias definições de temperamento. Segundo Klein e Linhares (2010), é possível identificar quatro abordagens teórico-metodológicas principais no estudo do temperamento - a de Thomas e Chess (1977), a de Buss e Plomin (1984), a de Kagan (1998) e a de Rothbart (1981) -, sendo que o que as diferencia é a própria conceção de temperamento e as suas respetivas dimensões, bem como os procedimentos utilizados para avaliar este conceito.

1.1.1. A abordagem psicobiológica de Rothbart

A abordagem de Rothbart foi inovadora quanto ao conceito de temperamento, sendo uma das mais utilizadas nos estudos do temperamento infantil e também a adotada neste estudo. Esta abordagem alterou a conceção de temperamento até então dominante, ao postular que as diferenças individuais também podem ser observadas no

funcionamento psicofisiológico, na suscetibilidade às emoções primárias e na autorregulação da atenção (Klein & Linhares, 2010). Desta forma, alargou a definição de temperamento para um modelo psicobiológico e adotou uma perspectiva desenvolvimentista, ao considerar a evolução do temperamento ao longo do desenvolvimento (Shiner et al., 2012).

Este modelo entende o temperamento como o conjunto das diferenças individuais na reatividade e na autorregulação, com base biológica e observadas nos domínios da emocionalidade, atividade motora e atenção que, ao longo do tempo, são influenciadas pela hereditariedade, maturação e experiência (e.g., Putnam & Rothbart, 2006; Rothbart, 2004, 2007). A reatividade diz respeito às características das reações individuais a mudanças de estimulação no sistema nervoso, endócrino ou comportamental, sendo medidas por parâmetros de latência, duração, intensidade e tempo de recuperação da reação. A autorregulação refere-se aos processos utilizados pelo indivíduo para controlar as suas reações emocionais e comportamentais a estímulos positivos ou negativos (e.g., Rothbart, 2004; Rothbart & Ahadi, 1994).

Segundo este modelo, o temperamento infantil integra três grandes dimensões: a *extroversão*, a *emocionalidade negativa* e o *controlo com esforço*, sendo nestas que nos vamos centrar. De notar que as duas primeiras dimensões pertencem à reatividade e a última é um componente da autorregulação (Rothbart, 1989).

A extroversão caracteriza-se por uma iniciação rápida de resposta, alto nível de atividade, preferência por situações caracterizadas por estímulos de alta intensidade e aproximação a novos estímulos (Garstein & Rothbart, 2003). As subdimensões que fazem parte da extroversão são: o nível de atividade (atividade motora geral, incluindo o ritmo e extensão de locomoção), o prazer de alta intensidade (prazer ou satisfação relacionados com situações que envolvam estímulos de alta intensidade, ritmo, complexidade ou

novidade), a impulsividade (velocidade de iniciação de resposta) e a timidez (velocidade lenta ou inibida de aproximação e desconforto em situações sociais) (Rothbart, Ahadi, Hershey, & Fisher, 2001).

A emocionalidade negativa é um dos primeiros aspetos do temperamento a emergir no desenvolvimento do indivíduo, sendo inicialmente caracterizado por formas primitivas de irritação e angústia e, posteriormente, por estados mais organizados relacionados com a frustração e o medo (Rothbart, 1989). Esta dimensão tem sido conceptual e empiricamente associada ao neuroticismo, traço de personalidade presente no adulto (Evans & Rothbart, 2007). Segundo Rothbart et al. (2001), as subdimensões que fazem parte da emocionalidade negativa são: a raiva/frustração (relacionada com a interrupção das tarefas ou um bloqueio do objetivo), o desconforto (relacionado com as qualidades de estimulação sensorial, tais como a intensidade, a complexidade da luz, do movimento, do som ou da textura), o medo (que também inclui preocupação ou nervosismo relacionados com a dor ou antecipação do sofrimento e/ou situações potencialmente ameaçadoras), a tristeza (baixo humor e energia relacionados com a exposição ao sofrimento, decepção e perda de objeto) e a capacidade de se confortar (grau de recuperação do pico de *stress*, excitação ou alerta geral).

O controlo com esforço é o último traço de temperamento a emergir no desenvolvimento do indivíduo, uma vez que é, em grande parte, produto do desenvolvimento do sistema de atenção executiva que se inicia no final do primeiro ano de vida (Putnam, Ellis, & Rothbart, 2001). Esta dimensão representa a capacidade de inibir uma resposta dominante de forma a desempenhar outra não-dominante, sendo muito importante para compreender a influência do temperamento no comportamento (Posner & Rothbart, 2000). As subdimensões inerentes ao controlo com esforço são: a focalização da atenção (capacidade de manter o foco atencional numa determinada

tarefa), a sensibilidade perceptual (detecção de estímulos de baixa intensidade do ambiente externo), o controlo inibitório (capacidade para planear e para suprimir respostas de aproximação inapropriadas sob instruções, em situações novas ou incertas) e o prazer de baixa intensidade (Rothbart et al., 2001).

À medida que o desenvolvimento da criança evolui, comportamentos inicialmente classificados como mais reativos associam-se posteriormente a sistemas de regulação mais diretos, incluindo aspetos de inibição perante o medo e de flexibilidade do controlo da atenção, desenvolvendo-se de modo a regular esta reatividade comportamental (Rothbart & Putnam, 2002).

Uma perspetiva desenvolvimentista da autorregulação tem em consideração a sua evolução *per si*, mas também a sua relação com outras variáveis individuais (e.g., temperamento ou capacidades cognitivas) e com variáveis externas (Kiss, Fechete, Pop, & Susa, 2014). Principalmente em idade pré-escolar, o impacto que os outros têm no desenvolvimento da criança é crucial, destacando-se entre estes os pais/cuidadores. Desta forma, as características dos pais (e.g., temperamento), a relação pais-criança (e.g., vinculação), as variáveis parentais (e.g., estratégias parentais) e o ambiente familiar têm sido considerados influências fortes na capacidade de autorregulação da criança (Kiss et al., 2014).

1.2. Temperamento do adulto

Ao falar de temperamento no adulto importa distinguir temperamento de personalidade, conceito mais prevalente na literatura sobre as diferenças individuais na idade adulta. Os traços de personalidade são definidos como padrões de pensamentos, emoções e comportamentos, consistentes entre situações e estáveis ao longo do tempo, que afetam a adaptação individual ao mundo interno e ao ambiente social (Rothbart &

Bates, 2006). Apesar do temperamento também ser relativamente consistente entre situações e estável ao longo do tempo, está limitado a processos básicos de reatividade e autorregulação (Rothbart & Bates, 2006). A personalidade inclui assim vários componentes para além do temperamento, tais como as cognições, as competências, os hábitos, os valores, as crenças, o autoconceito e a perceção dos outros (Evans & Rothbart, 2007).

Nos estudos realizados por Evans e Rothbart (2007) e Rothbart et al. (2000) para explorar a relação entre as dimensões do temperamento nos adultos e o modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade, surgiram correlações positivas entre as dimensões: afeto negativo do temperamento com o neuroticismo; sensibilidade com a abertura à experiência; extroversão e a extroversão da personalidade e controlo com esforço com a conscienciosidade. Foi ainda encontrada uma correlação negativa entre a dimensão controlo com esforço do temperamento e o neuroticismo. Estas correlações indicam-nos que, apesar de se tratar de construtos diferentes, o temperamento pode ser interpretado como um substrato a partir do qual se desenvolve a personalidade (Rothbart & Bates, 2006).

Neste estudo, o modelo de temperamento dos adultos adotado foi o da Rothbart que acrescenta outra dimensão às três identificadas anteriormente para o temperamento da criança, denominada *sensibilidade*, e que envolve uma atenção automática a eventos sensoriais internos e externos (Evans & Rothbart, 2007; Rothbart et al., 2001).

1.2.1. Temperamento parental enquanto determinante da adaptação da criança

Apesar de os pais adotarem diferentes formas de agir em função das características da criança, as características individuais e estáveis dos pais, como os seus padrões de

comportamento ou a sua personalidade, influenciam a qualidade da sua parentalidade (Kiss et al., 2014).

Tendo em conta a importância da relação pais-criança no início do desenvolvimento, é compreensível que esta interação seja crucial para o desenvolvimento e funcionamento da autorregulação da criança (e.g., Kim & Kochanska, 2012; Razza, Martin, & Brooks-Gunn, 2012). Muitos estudos têm avaliado a influência dos fatores parentais no desenvolvimento da criança, embora sejam poucos os que estudaram o impacto do temperamento parental.

No estudo de Cumberland-Li, Eisenberg, Champion, Gershoff e Fabes (2003) concluiu-se que uma melhor regulação materna estava associada a uma maior utilização de práticas parentais positivas, bem como a uma maior regulação emocional da criança. Nos estudos de Calkins, Hungerford, e Dedmon (2004) e de Gudmundson e Leerkes (2012), mães de bebés com um temperamento muito reativo exibiam menos emoções positivas e/ou contacto físico com os seus bebés, comparativamente a mães com bebés menos reativos.

Outros estudos têm avaliado o impacto da sensibilidade parental (capacidade para identificar e interpretar sinais e pequenas mudanças na criança) e têm concluído que quanto maior esta for, menor é o *stress* e a emocionalidade negativa na criança (e.g., Crockenberg & Leerkes, 2004; Lengua, Honorado, & Bush, 2007; Propper & Moore, 2006). No estudo de Tarabulsy et al. (2003) a sensibilidade materna foi um preditor de menor emocionalidade negativa na criança e de uma maior capacidade desta se autoconfortar.

No entanto, existem poucos estudos que relacionem diretamente o impacto parental com a autorregulação das crianças. A maioria dos estudos baseia-se apenas numa dimensão do temperamento da criança e/ou da mãe - sendo que a mais utilizada tem sido

o controlo com esforço ou a autorregulação (Kiss et al., 2014) - e foca-se na relação entre o comportamento parental (e.g., práticas parentais) ou a psicopatologia nas mães (principalmente ansiedade e depressão) com a autorregulação das crianças ou com a sua saúde mental (Kiss et al., 2014).

1.3. Sono infantil

O sono assume especial importância nos primeiros anos de vida devido ao seu papel no crescimento e desenvolvimento da criança (Touchette, 2011), continuando a ser uma problemática atual e predominante nas sociedades ocidentais (Johnson & McMahon, 2008) e uma das principais preocupações apresentadas pelos cuidadores (Thiedke, 2001).

Apesar da dificuldade em identificar a prevalência dos problemas de sono em crianças, devido às diferentes definições do conceito, aos diferentes instrumentos utilizados e às variações nos procedimentos de amostragem, vários estudos têm tentado dar resposta a esta dificuldade. Sadeh, Flint-Ofir, Tirosh e Tikotzky (2007) referem que, em geral, 20 a 30% das crianças apresentam dificuldades relacionadas com o sono; outros estudos (e.g., Lam, Hiscock, & Wake, 2003; Owens, 2008; Quach, Hiscock, Canterford, & Wake, 2009 citados por Sneddon, Peacock, & Crawley, 2013) apontam para uma prevalência entre os 20 e os 45% em crianças pré-escolares.

Ao longo dos primeiros anos de vida ocorrem grandes mudanças na consolidação do sono da criança (Owens & Witmans, 2004). Durante os três primeiros anos, o número de horas de sono (diurnas e noturnas) diminui progressivamente, sendo que aos 9 meses entre 70 a 80% das crianças dormem maioritariamente durante a noite (Owens & Witmans, 2004) e aos 4 anos a maioria das crianças já não necessita de dormir durante o dia (Thiedke, 2001). Assim, o sono vai evoluindo apresentando padrões cada vez mais consolidados (Owens & Witmans, 2004). Esta evolução é influenciada pela maturação

neuroológica das crianças e por aspetos externos (e.g., influências sociais, cultura, ambiente) (Owens, 2008; Sadeh, Tikotzky, & Scher, 2010).

Estas contínuas mudanças do sono infantil são um verdadeiro desafio, tanto para as crianças, como para as famílias. Vários estudos têm demonstrado que os problemas de sono podem estar associados a problemas a nível sócio-emocional (Goodnight, Bates, Staples, Pettit, Dodge, 2007; Owens, 2008; Petit & Montplaisir, 2012), comportamental (Goodnight et al., 2007; Owens, 2008; Petit & Montplaisir, 2012; Owens & Witmans, 2004), cognitivo (Goodnight et al., 2007; Petit & Montplaisir, 2012) e de linguagem (Petit & Montplaisir, 2012), podendo também ter implicações no desenvolvimento funcional da criança (Sadeh & Sivan, 2009). Algumas das consequências dos problemas de sono infantil relatadas pelos pais podem ser fadiga, abuso físico, problemas conjugais, dificuldades em lidar com outras crianças e diminuição da sua vida social (Chavin & Tinson, 1980 citados por Kerr e Jowett, 1994).

1.3.1. Classificação dos Problemas de Sono infantil

A definição de problemas de sono não é consensual, não existindo uma definição única e universal. Este facto deve-se às diferenças na definição dos problemas de sono consoante o sistema de classificação utilizado, à utilização de diferentes metodologias de avaliação e à possibilidade de os problemas de sono poderem assumir várias formas (e.g., insónias e parassónias) (Gregory & Sadeh, 2012). A enorme divergência entre o que é problemático e o que é normal para cada família também dificulta a operacionalização do conceito (Thiedke, 2001).

Existem vários sistemas de classificação de problemas de sono. Destaca-se o Sistema de Classificação Internacional dos Problemas de Sono (American Academy of Sleep Medicine, 2005) com critérios de diagnóstico aplicáveis às populações adulta e

infantil, incluindo critérios aplicados quase exclusivamente à população infantil (Owens, 2008). Segundo este sistema existem três categorias principais de problemas de sono na infância: parassónias, insónias e perturbações respiratórias relacionadas com o sono. De entre os problemas classificados como exclusivos da população infantil e característicos da faixa etária pré-escolar encontram-se a insónia comportamental e a apneia obstrutiva do sono pediátrica (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

O problema de consolidação do sono de natureza comportamental mais comum na população infantil é a insónia comportamental. Esta caracteriza-se por dificuldades na hora de dormir, resistência ao deitar e despertares noturnos, podendo ser dividida em três subtipos: insónia associada ao início do sono (*Behavioral Insomnia of Childhood – Sleep-onset Association type*); insónia associada ao estabelecimento de limites (*Behavioral Insomnia of Childhood - Limit-setting type*) e insónia do tipo combinado (*Behavioral Insomnia of Childhood – Combined type*) (Owens & Mindell, 2011).

A insónia comportamental associada ao início do sono tem como critérios de diagnóstico: início de sono prolongado, exigência de condições especiais de início de sono, atraso significativo do início do sono (na ausência dessas condições) e necessidade de intervenção por parte do cuidador para retomar o sono após despertares noturnos (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Relativamente aos critérios de diagnóstico da insónia comportamental associada ao estabelecimento de limites consideram-se dificuldade em iniciar ou manter o sono, adiamento ou recusa em dormir e inexistência ou insuficiência de limites estabelecidos pelos cuidadores relativamente ao deitar e ao dormir (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

1.3.2. Determinantes dos Problemas de Sono infantil

Têm sido vários os fatores estudados para explicar os problemas de sono infantil destacando-se os fatores biológicos (e.g., idade, gênero, temperamento, questões do desenvolvimento, existência de doença crônica e/ou psicopatologia), fatores parentais, ambientais ou culturais (e.g., fatores socioeconômicos, normas culturais) (Karraker, 2008; Morrell & Steele, 2003; Sadeh et al., 2010; Touchette, 2011; Weinraub et al., 2012). Diversos modelos explicativos dos problemas de sono infantil propõem diferentes processos para a associação entre estes fatores e os problemas de sono.

1.3.2.1. Modelo Transacional da Regulação do Sono

Este modelo, proposto por Sadeh e Anders (1993), enfatiza que o sono infantil é influenciado por fatores intrínsecos da criança, como o temperamento, e por fatores parentais, como a personalidade, sendo que a cultura, o ambiente e a família influenciam ambos os fatores (Figura 1). De acordo com o modelo, as relações entre os comportamentos dos pais e dos filhos relativos ao sono são bidirecionais. Os autores concluíram que crianças com temperamento mais “difícil” tendem a dormir menos que as crianças classificadas como tendo um temperamento mais “fácil”, tendo também uma maior tendência para apresentar episódios de despertares noturnos.

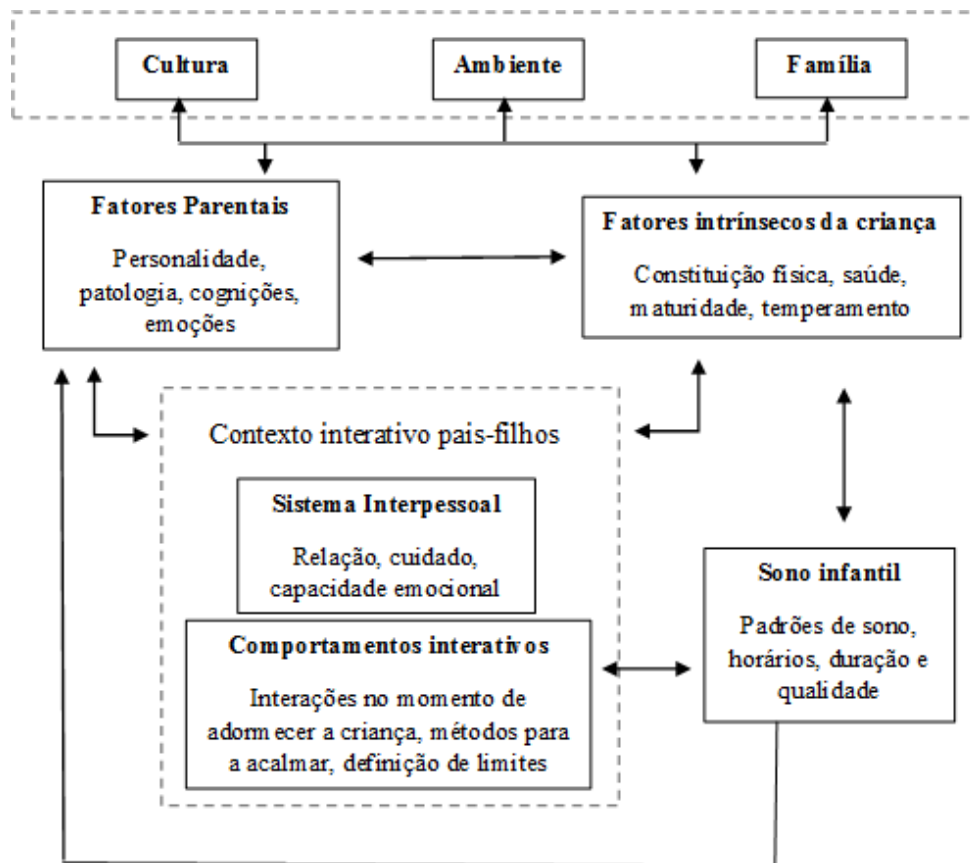


Figura 1. Modelo Transacional adaptado de Sadeh e Anders (1993)

1.3.2.2. Modelo Integrativo de Karraker

Este modelo, proposto por Karraker (2008), pretende explicar os despertares noturnos assumindo o estabelecimento, pelo indivíduo e pelo meio ambiente, de uma relação contínua e recíproca que é influenciada mutuamente. Os aspetos comportamentais e de desenvolvimento são integrados nesta perspetiva, sendo os seus princípios básicos apresentados em seguida: existência de tendências biológicas ou aprendidas, das crianças e dos pais, para determinados comportamentos importantes para a vigília noturna, (e.g., o temperamento difícil que tem sido associado a despertares noturnos); existência de comportamentos parentais e infantis que, durante a vigília noturna, reforçam ou extinguem o comportamento do outro membro da díade (e.g., crianças prematuras tendem a ser mais vigiadas pelos pais, o que faz com intervenham durante a vigília noturna mesmo quando a criança consegue autoconfortar-se, reforçando assim o comportamento

de sinalização após o despertar e ensinando-as a esperar pela intervenção dos pais); fatores extrínsecos como o contexto familiar podem influenciar, direta ou indiretamente, os comportamentos da criança quando acorda e os comportamentos noturnos dos pais (e.g., o *stress* familiar pode influenciar a capacidade de responder de modo adequado e consistente à vigília noturna infantil); as interações comportamentais entre pais e criança quando a criança é colocada na cama à noite influenciam a probabilidade da criança sinalizar quando acorda durante a noite (e.g., embalar a criança quando esta é colocada na cama pode aumentar a tendência para que a criança sinalize quando acorda, tentando recuperar esse conforto); ao longo do tempo e do desenvolvimento os despertares noturnos infantis devem-se a diferentes causas e têm diferentes consequências (e.g., os pais deixam de reforçar comportamentos que anteriormente reforçavam) (Karraker, 2008).

1.3.2.3. Temperamento da criança e qualidade do sono infantil

Ambos os modelos consideram a influência do temperamento infantil nos problemas de sono e, de facto, são vários os estudos que confirmam essa associação. Das variáveis da criança que influenciam o sono, o temperamento tem sido a mais estudada (Burnham, Goodlin-Jones, Gaylor, & Anders, 2002), pois são várias as suas dimensões que se relacionam com a organização do sono-vigília, nomeadamente o nível de atividade, a irritabilidade ou autorregulação (Keener, Zeanah, & Anders, 1988). A maioria dos estudos que avaliou o papel do temperamento no sono infantil utilizaram amostras de crianças dos 0 aos 36 meses, sendo vários os estudos que têm encontrado esta associação (e.g., Atkinson, Vetere, & Grayson, 1995; Goodnight, et al., 2007; Hayes, McCoy, Fukumizu, Wellman, & DiPietro, 2011; Scher, Tirosh, & Lavie, 1998).

Segundo Sadeh, Lavie, e Scher (1994) e Weissbluth e Liu (1983) crianças com um temperamento difícil dormiam menos do que as crianças percebidas como tendo um temperamento mais fácil. No estudo de Touchette, Petit, Tremblay e Montplaisir (2009) crianças pré-escolares descritas como tendo um temperamento mais difícil (mais irritáveis, facilmente perturbáveis por mudanças e mais reativas) despertavam mais vezes durante a noite. No estudo de Spruyt et al. (2008) foi encontrada uma correlação positiva entre um temperamento fácil e o sono de bebês de 13 meses. Noutro estudo sobre a influência do temperamento nos padrões de sono de crianças em idade pré-escolar foram encontradas diferenças significativas entre crianças com o temperamento difícil e mais fácil, sendo que as crianças com temperamento difícil evidenciaram mais despertares noturnos (Atkinson et al., 1995). De modo geral, o temperamento considerado difícil está associado a mais problemas de sono (Weinraub et al., 2012).

Vários estudos têm avaliado a associação entre as diferentes dimensões do temperamento e a qualidade do sono. Nos estudos de Reid, Hong e Wade (2009) e de Troxel, Trentacosta, Forbes e Campbell (2013) crianças com níveis de emocionalidade negativa mais elevados revelavam maior resistência ao deitar e uma maior dificuldade em autoconfortar-se para adormecer. Scher e colaboradores (1998) encontraram uma correlação entre o humor negativo, o adiamento da hora de dormir e uma menor duração do sono. Vários estudos têm concluído que crianças com problemas de sono têm um baixo limiar sensorial (e.g., Sadeh et al., 1994), o que conseqüentemente pode levar a um sono mais curto e irregular (Karraker, 2008; Sadeh & Anders, 1993; Scher et al., 1998).

Sadeh e Anders (1993) concluíram que crianças consideradas irritáveis e hipersensíveis também dormiam de forma mais irregular e por períodos de tempo mais curtos. Thomas, Chess e Birch (1970) sugeriram que crianças com elevados níveis de atividade atrasavam o início do sono ao saírem, frequentemente, das suas camas após

serem colocadas para dormir. Num estudo sobre inibição em crianças de quatro anos de idade, Kagan, Reznick, Clarke, Snidman e Garcia-Coll (1984) concluíram que crianças mais inibidas têm mais medos, pesadelos e despertares noturnos.

No entanto, os resultados acerca do impacto do temperamento no sono infantil revelam algumas inconsistências. Para além das diversas definições de temperamento utilizadas, diferentes estudos destacam diferentes dimensões do temperamento. De realçar também a divergência entre os resultados de estudos com amostras normativas e com amostras clínicas (Scher et al., 1998). Por exemplo, no estudo de Keener et al. (1988), com uma amostra normativa, não foram encontradas diferenças temperamentais entre as crianças que despertavam durante a noite a chorar e as crianças que não o faziam. Em contrapartida, no estudo realizado por Owens et al. (1997) com uma amostra clínica, verificou-se que as crianças com níveis de perturbações de sono mais elevadas eram as que revelavam características temperamentais mais negativas, como a emocionalidade instável.

A maioria dos estudos sobre esta relação tem-se focado num período específico de tempo na vida das crianças (e.g., apenas em bebés), não permitindo compreender se a idade da criança conduz a diferenças temperamentais que, por sua vez, terão impacto diferenciado no sono infantil. Ainda assim, os estudos longitudinais que avaliaram a influência do temperamento na qualidade do sono sugerem que o efeito do temperamento no sono da criança diminui com a idade (Weinraub et al., 2012).

No geral, as associações entre o temperamento e a qualidade do sono têm sido de pequena dimensão (Scher et al., 1998). Tendo em conta a inconsistência dos resultados e a existência de poucos estudos que avaliem o papel do temperamento no sono, em crianças a partir dos 36 meses de idade, é fundamental esclarecer esta associação, sendo um dos objetivos do presente estudo.

1.3.2.4. Temperamento materno e qualidade do sono infantil

Nos últimos anos, tem aumentado a evidência de que os fatores parentais são fundamentais para explicar os problemas de sono das crianças (e.g., Morrell & Steele, 2003; Sadeh et al., 2007). Vários estudos têm explorado a influência dos fatores parentais, especificamente o comportamento parental (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer, & Sadeh, 2006; Sadeh, 2005), nos problemas de sono infantil. Adicionalmente, tem sido evidente a existência de outros fatores parentais relevantes, tais como psicopatologia, personalidade, cognições ou *stress* (Kerr & Jowett, 1994; Owens, 2004; Sadeh et al., 2007; Sadeh et al., 2010; Touchette et al., 2009).

A personalidade dos pais e a existência de psicopatologia influenciam fortemente a forma como os pais processam e desenvolvem cognições, expectativas, emoções e como interagem com os seus filhos. No entanto, os estudos que avaliam a influência da personalidade e/ou da psicopatologia parental no sono da criança têm sido poucos e limitados exclusivamente à ansiedade ou depressão materna (Sadeh et al., 2010; Touchette et al., 2009). De realçar que não foram encontrados estudos que avaliem o impacto do temperamento materno no sono da criança, sendo um dos objetivos do presente trabalho.

Tendo em conta os estudos que avaliam o impacto do temperamento materno no desenvolvimento e funcionamento do temperamento da criança, é possível especular que que uma maior regulação e sensibilidade parental poderá contribuir para a existência de menos problemas de sono na criança. Por exemplo, no estudo de Tarabulsky et al. (2003), a sensibilidade materna foi um preditor de menor emocionalidade negativa na criança e de uma maior capacidade desta para se autoconfortar. Tendo em conta a literatura existente, também é possível antecipar que o afeto negativo no adulto possa influenciar a emocionalidade negativa da criança, o que poderá prejudicar o sono da mesma,

nomeadamente numa maior irritabilidade e numa menor capacidade da criança se autoconfortar.

1.4. Somatização infantil

A somatização pode ser descrita como a tendência para experienciar e comunicar sintomas somáticos, que não podem ser explicados por causas patológicas nem atribuídos a doenças físicas (e.g., Brown, 2007).

Apesar da investigação acerca desta problemática se centrar na população adulta, as queixas somáticas, em especial queixas de dores recorrentes, são frequentes e comuns durante a infância e a adolescência (Garralda, 2005; Gilleland, Suveg, Jacob, & Thomassin, 2009; Schulte & Petermann, 2011). No estudo de Garber, Walker e Zeman (1991) cerca de 56% das crianças reportaram sentir, durante as duas semanas anteriores ao estudo, um ou mais sintomas somáticos. Noutro estudo, com crianças espanholas com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, Domènech-Llaberia et al. (2004) concluíram que cerca de 20% das crianças manifestou pelo menos um sintoma somático. No entanto, a prevalência exata desta problemática em crianças não é conhecida devido às diferentes terminologias e definições inconsistentes utilizadas entre os vários estudos (algumas definições incluem apenas dor, enquanto outras incluem sintomas como tonturas ou náuseas), à falta de critérios de diagnóstico específicos e aos diferentes instrumentos de medida utilizados (Campo, 2012; Campo & Fritsch, 1994; Meesters, Muris, Ghys, Reuerman, & Rooijmans, 2003; Schulte & Petermann, 2011). Para além disso, como os estudos de prevalência avaliam principalmente crianças em idade escolar e adolescentes, a frequência dos sintomas somáticos em crianças pré-escolares ainda é pouco conhecida (Wolff et al., 2010).

As queixas mais comuns em crianças podem incluir dores de barriga, dores de cabeça, fadiga, dores musculares, desconforto abdominal ou náuseas (Beck, 2008; Campo, 2012; Gilleland et al., 2009; Hart, Hodgkinson, Belcher, Hyman, & Cooley-Strickland, 2013; Meesters et al., 2003; Walker, Garber, Smith, Slyke, & Claar, 2001).

Os sintomas somáticos, sem explicação médica, podem ter consequências para a criança, mas também para a sua família (Campo & Fritsch, 1994; Eminson, 2007). Possíveis consequências na vida das crianças podem ser uma maior e mais frequente ausência na creche/jardim-de-infância, diminuição das ocasiões para convívio com os pares, isolamento social ou dificuldades acadêmicas (e.g., Bernstein et al., 1997 citado por Wolff et al., 2010). Para além disso, os sintomas somáticos em crianças têm sido associados a um aumento de problemas de externalização e de internalização na adolescência (Pihlakoski et al., 2006). Importa referir que estes sintomas podem tornar-se crónicos podendo conduzir, no futuro, ao desenvolvimento da Perturbação de Somatização (Rocha, Prkachin, Beaumont, Hardy, & Zumbo, 2003).

Desde que foi introduzida no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III), a categoria de Perturbação de Somatização tem provocado controvérsia, pois são vários os estudos que afirmam que esta não se encontra ajustada às características e particularidades das crianças e adolescentes (Ferreira, 2013). Ainda assim, durante vários anos foi utilizada na população pediátrica sem a devida validação clínica (Tavares, Ferreira, & Fonseca, 2010). Em 1996 surgiu uma nova classificação proposta no Manual de Diagnóstico Mental em Crianças e Adolescentes nos Cuidados de Saúde Primários (DSM-PC) que tem em consideração os aspetos do desenvolvimento associado à idade e o grau de interferência na vida das crianças e adolescentes e a duração dos sintomas (American Academy of Pediatrics, 1996, citado por Ferreira, Martins, Monteiro, & Pereira, 2014).

1.4.1. Determinantes dos sintomas somáticos

Os estudos relativos aos determinantes dos problemas de somatização têm focado apenas um fator de cada vez, o que dificulta o desenvolvimento de um modelo teórico abrangente que explique esta problemática (Wolff et al., 2010). Ainda assim, é possível identificar vários fatores: os subjacentes à própria criança, aos seus pais e ao ambiente em que vive (Wolff et al., 2010).

Características da personalidade como o neuroticismo (Giacobo, Jané, Bonillo, Ballespí, & Díaz-Regañon, 2012), a conscienciosidade, a obsessão, a sensibilidade, a insegurança e a ansiedade (Garralda, 1996, 2005; Husain, Browne, & Chalder, 2007) e do temperamento como a emocionalidade negativa e uma baixa autorregulação caracterizam as crianças e adolescentes com esta problemática (Wolff et al., 2010). A idade e o género (e.g., a partir da puberdade existe um maior risco em raparigas) e a reatividade ao *stress* (e.g., crianças mais sensíveis, inseguras e ansiosas) também têm sido fatores considerados importantes (Grunau, Whitfield, Petrie, & Fryer, 1994).

Relativamente aos fatores que dizem respeito aos pais da criança, concluiu-se que mães de crianças com queixas somáticas eram mais ansiosas ou depressivas e/ou manifestavam mais queixas específicas de dor (Campo & Fritsch, 1994; Garber, Zeman, & Walker, 1990). Segundo Garralda (2005) familiares que manifestem sintomas somáticos podem funcionar como modelos (e.g., a criança aprende a ter elevada sensibilidade, a dar excessiva atenção aos sintomas corporais e a atribuir significados “alarmantes” aos mesmos) ou como reforço do comportamento de doença (Gilleland, et al., 2009; Schulte & Petermann, 2011;). Para além disso, as crianças podem experienciar o *stress* através dos sintomas somáticos devido à ansiedade ou sintomas somáticos da mãe, pois ainda não conseguem expressar as suas dificuldades e o *stress* emocional de outra forma (Garralda, 1996). No estudo de Wolff et al. (2010), concluiu-se que o *stress*

parental constitui um forte fator de risco para a ocorrência de queixas somáticas na criança, aumentando-as em 47%. A manifestação de outras doenças físicas ou de problemas psicológicos na família e acontecimentos de vida negativos ou stressantes também têm sido identificados como fatores importantes (Banks & Bevan, 2014; Walker, Garber, & Greene, 1994).

1.4.1.1. Impacto do temperamento da criança nos sintomas somáticos

O temperamento tem sido apontado como um importante determinante para a existência de sintomas somáticos em crianças - crianças mais ansiosas e com mais medos, demoram mais tempo a recuperar de situações negativas, o que pode conduzir a um maior número de sintomas somáticos) -, apesar de ainda existirem poucos estudos (Wolff et al., 2010). Os mesmos autores concluíram que pais de crianças com queixas somáticas aos 18 meses reportaram mais dificuldades temperamentais acerca do filho (e.g., mais medo, maior tristeza e menor reatividade ao *stress*). No estudo de Davison, Faull, & Nicol (1986 citados por Eminson, 2007) também se concluiu que crianças com dores recorrentes eram classificadas pelos pais como tendo um temperamento mais difícil. Segundo Beck (2008), o desenvolvimento de sintomas somáticos começa frequentemente com crianças mais ansiosas ou emocionalmente reativas que percebem mais ameaça e perigo do ambiente.

Vários estudos destacam variáveis do temperamento particularmente importantes, nomeadamente a emocionalidade negativa e a regulação emocional (e.g., DeGucht, Fischler, & Heiser, 2004; Gilleland et al., 2009). No estudo de Rieffe (2007) crianças com sintomas somáticos foram caracterizadas como tendo maior emocionalidade negativa. Gilleland e colaboradores (2009) concluíram que uma elevada emocionalidade negativa, fraca consciência e regulação emocional eram preditores de sintomas somáticos em crianças dos 7 aos 12 anos. Outros estudos, com crianças de idade escolar, também

encontraram esta associação entre o temperamento (com maiores diferenças na reatividade e um humor mais negativo) e sintomas somáticos (Grunau et al., 1994; Rocha & Prkachin, 2007; Rocha et al., 2003).

Perante os poucos trabalhos existentes sobre o impacto do temperamento infantil nos problemas de somatização em crianças pré-escolares torna-se necessário estudar essa relação, o que permitirá uma maior compreensão desta problemática.

1.4.1.2. Impacto do temperamento materno nos sintomas somáticos

Os poucos estudos existentes que avaliam o impacto dos fatores parentais têm-se focado essencialmente nos sintomas somáticos parentais e na ansiedade e depressão parentais, existindo uma falta de conhecimento dos fatores parentais que afetam esta problemática em crianças pré-escolares (Wolff et al., 2010). Relativamente ao temperamento materno não foram encontrados estudos que avaliem a sua associação com as queixas somáticas na criança, tornando-se necessário estudar essa relação para uma maior compreensão desta problemática.

Tendo em consideração a literatura existente que avalia o impacto do temperamento materno no desenvolvimento e funcionamento do temperamento da criança, é possível antecipar que uma maior regulação materna poderá prever uma maior regulação emocional na criança, o que poderá contribuir para a existência de menos problemas de somatização na criança. Também se espera que uma menor emocionalidade negativa materna possa contribuir para a existência de menos queixas somáticas na criança.

1.5. Objetivos do estudo

Objetivo Geral

O principal objetivo deste estudo é avaliar a relação entre o temperamento de um grupo de crianças em idade pré-escolar, o temperamento das respetivas mães e os problemas de sono e queixas somáticas das crianças, considerando o papel do temperamento da criança e da mãe como eventuais preditores de ambas as problemáticas.

Objetivos específicos

1. Caracterização de uma amostra de mães e crianças portuguesas de idade pré-escolar em relação ao temperamento (infantil e materno), problemas de sono e queixas somáticas nas crianças.

2. Avaliar a relação entre o temperamento da criança e o temperamento da mãe

3. Avaliar a relação entre o temperamento da criança e os problemas de sono e queixas somáticas, de modo a responder às seguintes questões:

- Níveis mais elevados de emocionalidade negativa e níveis mais baixos de controlo com esforço estão associados a mais problemas de sono?

- Níveis mais elevados de emocionalidade negativa e níveis mais baixos de controlo com esforço estão associados a mais queixas somáticas?

4. Avaliar a relação entre o temperamento materno e os problemas de sono e queixas somáticas nas crianças, de modo a responder às questões:

- Níveis mais elevados de afeto negativo e níveis mais baixos de controle com esforço no temperamento das mães estão associados a mais problemas de sono nas crianças?

- Níveis mais elevados de afeto negativo e níveis mais baixos de controle com esforço no temperamento das mães estão associados a mais queixas somáticas nas crianças?

5. Avaliar o papel do temperamento das crianças e das mães como preditores dos problemas de sono e das queixas somáticas nas crianças.

2. Metodologia

2.1. Caracterização da população e da amostra

Definiu-se como população alvo para este estudo crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, a frequentar o ensino pré-escolar, e como informadores as mães destas crianças.

O recrutamento dos participantes foi realizado em Jardins de Infância portugueses, públicos e privados, da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Os dados foram recolhidos entre Março e Junho de 2015. A amostra é comunitária e de conveniência. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos de idade a frequentar instituições de cuidados para a infância, que fossem filhas biológicas a coabitar com a mãe e cujas mães concordassem em participar no estudo. Como critérios de exclusão definiu-se mães ou crianças com deficiência cognitiva e/ou que não tivessem domínio razoável da língua portuguesa, identificadas pelo estabelecimento escolar.

A amostra final ficou constituída por 179 participantes, sendo 84 rapazes e 91 raparigas. É desconhecido o sexo de quatro dos participantes. Nesta amostra, 20.1% das crianças têm 3 anos, 39.7% das crianças têm 4 anos e 33% das crianças têm 5 anos ($M=4.27$; $DP=.866$).

Relativamente às características das mães, estas tinham idades compreendidas entre os 22 e os 46 anos ($M=36.11$; $DP=4.321$), e 54.2% das mães tinha estudos de nível superior.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

2.2.1. Questionário de informação sociodemográfica

Para recolher informação acerca das características sociodemográficas da criança e da sua família foi utilizada uma ficha de caracterização sociodemográfica. No que diz respeito à criança foi recolhida informação relativamente à idade, sexo, os adultos com quem coabita, fratria e respetivo lugar na fratria. Relativamente à família foi recolhida informação acerca da idade dos pais, estado civil e escolaridade.

2.2.2. Temperamento da Criança – Child Behavior Questionnaire (Putnam & Rothbart, 2006)

O CBQ foi desenvolvido com base no modelo de Rothbart – modelo de reatividade e autorregulação do temperamento – fornecendo um relato cuidado e altamente diferenciado do temperamento das crianças entre os 3 e os 7 anos de idade. Consiste num questionário de hétero-relato em que cada um dos itens é avaliado numa escala de Likert de 1 a 7, sendo 1 – “extremamente falso” e 7 – “extremamente verdadeiro”; existindo ainda a opção “não se aplica” para as situações em que os pais não consideram ser observável na criança a situação descrita (Putnam & Rothbart, 2006).

Neste estudo foi utilizada a versão breve, traduzida e adaptada para português por Barros & Goes (2014), que inclui 94 itens que permitem avaliar as seguintes dimensões e respetivas subdimensões: *Extroversão* (composto pelas subdimensões: nível de atividade, prazer de alta intensidade, impulsividade e timidez), *Emocionalidade Negativa* (composto pelas subdimensões: raiva/frustração, desconforto, medo, tristeza e capacidade para se confortar) e *Controlo com Esforço* (composto pelas subdimensões: focalização da atenção, controlo inibitório, prazer de baixa intensidade e sensibilidade perceptiva). As escalas aproximação/antecipação positiva e sorriso e riso são analisadas de forma independente. Importa realçar que o presente estudo se centrará nas três dimensões do temperamento anteriormente citadas.

2.2.3. Temperamento do adulto – Adult Temperament Questionnaire (Evans & Rothbart, 2007)

O ATQ consiste num questionário de autorrelato para avaliação do temperamento de adultos. Neste estudo foi utilizada a versão breve, traduzida e adaptada para português por Barros, Goes, & Pereira (2014), que inclui 77 itens organizados em quatro dimensões principais e respetivas subdimensões: *Controlo com esforço* (composto pelas escalas Controlo de atividade, Controlo da atenção, Controlo inibitório), *Extroversão* (composto pelas escalas Sociabilidade, Prazer de alta intensidade e Afeto Positivo), *Afetividade Negativa* (composto por Medo, Frustração, Tristeza e Desconforto) e *Sensibilidade* (composto por Sensibilidade Percetual Neutra, Sensibilidade Percetual Afetiva e Sensibilidade Associativa). Cada um dos itens é avaliado numa escala de Likert de 1 a 7, sendo 1 – “totalmente falso” e 7 – “totalmente verdadeiro”; existindo ainda a opção “não se aplica” para as situações em que os pais não consideram ser observável a situação descrita.

2.2.4. Problemas de Sono e de Somatização – Child Behavior Checklist 1^{1/2} -5 (Achenbach & Rescorla, 2000)

Neste estudo os problemas de sono e de somatização foram avaliados a partir do CBCL (Achenbach & Rescorla, 2000). Este instrumento faz parte do sistema de avaliação de Achenbach e consiste num questionário de hétero-relato, preenchido pelas figuras parentais e/ou cuidadores, que permite detetar problemas emocionais, sociais e de comportamento nas crianças com idades compreendidas entre um ano e meio e os cinco anos de idade (Achenbach & Rescorla, 2007).

O CBCL 1^{1/2} -5 é composto por 99 itens, avaliados numa escala de Likert de 0 a 2 (0- “não é verdadeira”, 1- “de alguma forma ou algumas vezes verdadeira” e 2- “muito

verdadeira ou muitas vezes verdadeira”). Após a leitura de cada item, o cuidador deve classificar os comportamentos da criança tendo em conta os últimos dois meses.

A escala de problemas de sono é composta por 7 itens, que avaliam as principais queixas reportadas pelos cuidadores relativas ao sono das crianças. Especificamente, a escala inclui os seguintes itens: *não dorme sozinho, tem dificuldades em adormecer, tem pesadelos, resiste em ir para a cama, dorme menos que outras crianças, fala durante o sono e acorda muitas vezes durante a noite.*

A escala de queixas somáticas é composta por 11 itens que avaliam especificamente as seguintes queixas: *tem dores, tem obstipação, tem diarreia, não tolera coisas fora do lugar, não come, tem dores de cabeça, vomita, tem náuseas, tem cólicas, dores de estômago e preocupação com limpeza.* No presente estudo esta escala foi adaptada, sendo esse procedimento explicado na secção dos resultados dos estudos preliminares.

2.3. Procedimento

Numa fase inicial foram contactados vários estabelecimentos de ensino, públicos e privados, de modo a apurar o seu interesse em participar no estudo. Neste primeiro contacto foi enviada informação de apresentação e explicação do estudo, bem como os seus objetivos.

Paralelamente, para o caso dos estabelecimentos da rede pública foi solicitada a devida autorização à Direção Geral de Educação. Depois do estudo ter sido aprovado pela Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e pela Direção Geral de Educação, fez-se um segundo contacto com os estabelecimentos de ensino, submetendo o estudo à aprovação das direções das escolas. Após a aprovação das escolas foi feita a articulação com as educadoras dos estabelecimentos de ensino

envolvidos para a implementação do estudo. Deste modo, todas as mães das crianças que cumprissem os critérios de inclusão foram convidadas a participar no estudo através de uma carta convite com a informação relativa ao estudo e o protocolo de consentimento. No caso das mães que concordaram em participar foi enviado um envelope com os instrumentos e instruções para o respetivo preenchimento e um contato para possíveis esclarecimentos. Após o preenchimento dos instrumentos, as mães devolveram os questionários às educadoras em envelope fechado.

Os dados recolhidos foram transferidos para formato informático através do sistema de leitura ótica *Teleform*.

2.4. Procedimento de Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 para Windows.

A preparação da base de dados para análise foi realizada de acordo com as normas dos respetivos instrumentos. Assim, foram invertidos alguns itens, os dados omissos foram substituídos pela média individual na escala correspondente, e invalidados alguns questionários devido ao elevado número de respostas omissas.

Os dados recolhidos relativos à caracterização da amostra foram obtidos a partir da realização de procedimentos de estatística descritiva.

De modo a responder às questões de investigação foram realizados diversos procedimentos e análises estatísticas. Para a análise das associações entre as variáveis do estudo foram utilizados testes não paramétricos (e.g., Teste de Spearman), uma vez que a distribuição da amostra não correspondia aos pressupostos da normalidade (teste de Kolmogorov-Semirnov). Foram também utilizados procedimentos estatísticos de regressão logística binomial. Tendo em conta que a distribuição da amostra para as

variáveis de resultado não era normal, todas as variáveis preditoras foram inseridas como contínuas enquanto as de resultados (problemas de sono e queixas de somatização) entraram como dicotômicas. Assim, para ambas as variáveis, os sujeitos foram divididos em dois grupos: no primeiro grupo os sujeitos até ao percentil 25 e no segundo grupo os sujeitos que estão acima do percentil 75.

3. Resultados

Nesta secção, apresentam-se primeiramente os resultados das análises preliminares dos questionários e, posteriormente, os resultados relativos aos objetivos específicos do estudo.

3.1. Estudos preliminares dos instrumentos de recolha de dados

Para todos os questionários utilizados foi realizada uma análise preliminar à distribuição das respostas e dos valores omissos, procedendo-se à substituição dos valores omissos quando considerado necessário, através da média dos resultados de cada subescala ou dimensão.

Em relação ao Children's Behavior Questionnaire (CBQ), no caso das respostas cotadas com o valor 8 ("não aplicável"), os valores também foram substituídos pela média do resultado da subescala para não afetar o valor total da subescala.

Para a avaliação da fiabilidade dos instrumentos utilizados foi apurado o coeficiente de consistência interna.

Tabela 1. Consistência interna CBQ

	Nr. de itens	Alfa Cronbach	Putman & Rothbart (2006)
Emocionalidade negativa	31	.76	.66 - .70
Extroversão	25	.72	.73 - .76
Controlo com esforço	26	.77	.62 - .78

Após a realização da análise de fiabilidade da escala CBQ verificou-se a existência de *alfas de Cronbach* bons para as três dimensões, semelhantes ou superiores aos obtidos no estudo original (Tabela 1).

Para o Adult Temperament Questionnaire (ATQ), os procedimentos utilizados foram os mesmos que os adotados no instrumento anteriormente citado.

Tabela 2. Consistência interna ATQ

	Nr. de itens	Alfa Cronbach	Evans & Rothbart (2007)
Controlo com esforço	19	.74	.60
Extroversão	17	.64	.59
Afeto negativo	26	.79	.73
Sensibilidade	15	.70	.69

Após a realização da análise de fiabilidade da escala ATQ verificou-se a existência de *alfas de Cronbach* superiores aos obtidos no estudo original (Tabela 2).

Para o Child Behavior Checklist 1^{1/2}-5y apenas foram calculados os valores de consistência interna para as subescalas problemas de sono e queixas somáticas (Tabela 3), uma vez que são as subescalas utilizadas no presente estudo.

Tabela 3. Consistência interna CBCL

	Nr. de itens	Alfa Cronbach
Problemas de Sono	7	.72
Queixas Somáticas*	9	.60

*exclusão dos itens 7 e 86

Em relação à escala “Queixas somáticas”, foram eliminados os itens 7 (“não tolera coisas fora do lugar”) e 86 (“preocupação com limpeza”) por consistirem nos itens com correlações mais fracas com a escala, possivelmente por serem itens mais relacionados com aspetos de comportamentos obsessivos e não tanto com queixas somáticas. Com a eliminação destes dois itens o *alfa de cronbach* da subescala aumentou para um nível razoável embora ainda baixo (anteriormente $\alpha = .57$).

3.2. Análises descritivas

3.2.1. Caracterização do temperamento da criança

Neste estudo centrámo-nos nas principais dimensões do temperamento: emocionalidade negativa, extroversão e controlo com esforço. Procedeu-se à análise de procedimentos de estatística descritiva para as dimensões referidas sendo que os seus resultados podem ser encontrados na Tabela 4. É possível constatar valores médios moderados para as três dimensões, sendo ligeiramente mais elevados para o controlo com esforço e mais baixo para a emocionalidade negativa.

Tabela 4. Medidas de tendência central e dispersão do CBQ

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Emocionalidade negativa	179	2.16	5.71	4.09	.72
Extroversão	179	2.74	6.63	4.66	.70
Controlo com esforço	179	2.75	6.71	5.19	.55

3.2.2. Caracterização do temperamento da mãe

Na Tabela 5 encontram-se as medidas de tendência central e dispersão obtidas na análise do questionário ATQ, composto pelas quatro grandes dimensões do temperamento do adulto: controlo com esforço, extroversão, afeto negativo e sensibilidade. É possível constatar valores médios moderados para as quatro dimensões, sendo ligeiramente mais elevados para a sensibilidade e para o controlo com esforço e mais baixo para o afeto negativo.

Tabela 5. Medidas de tendência central e dispersão do ATQ

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Controlo com esforço	179	2.37	6.47	4.73	.66
Extroversão	179	2.59	6.35	4.38	.64
Afeto negativo	179	2.08	5.96	4.17	.68
Sensibilidade	179	3.07	6.53	4.81	.70

3.2.3. Caracterização dos problemas de sono e queixas somáticas das crianças em idade pré-escolar

A partir da análise de estatística descritiva realizada às subescalas problemas de sono e queixas somáticas do questionário CBCL verifica-se que apesar de a média apresentar valores baixos para ambas as subescalas, no caso dos problemas de sono poderão existir casos clínicos nesta amostra uma vez que o valor total máximo obtido é de 11, num total máximo possível de 14 pontos (Tabela 6). Quanto aos níveis de queixas somáticas são globalmente baixos.

Tabela 6. Medidas de tendência central e dispersão das subescalas problemas de sono e queixas somáticas do CBCL

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Problemas de sono	179	.00	11.00	2.99	2.44
Queixas somáticas	179	.00	8.00	1.40	1.67

3.3. Estudo de associações

Tendo em consideração os objetivos específicos do presente estudo foram estudadas diferentes associações entre as dimensões estudadas.

3.3.1. Correlações entre o temperamento da criança e o temperamento materno

Foram encontradas várias correlações significativas, positivas, fracas a moderadas entre as dimensões do temperamento da criança e as do temperamento da mãe (Tabela 7). Destaca-se a relação significativa e moderada entre as dimensões emocionalidade negativa do temperamento da criança e do afeto negativo do temperamento materno e entre as dimensões extroversão do temperamento da mãe e extroversão do temperamento da criança. Foi também encontrada uma relação significativa entre as dimensões sensibilidade do temperamento da mãe e controlo com esforço do temperamento da criança e uma relação significativa e negativa entre as dimensões controlo com esforço do temperamento da mãe e a emocionalidade negativa do temperamento da criança.

Tabela 7. Correlações entre os componentes das escalas CBQ e ATQ

Temperamento infantil		Temperamento materno			
		Controlo com Esforço	Extroversão	Afeto Negativo	Sensibilidade
Emocionalidade Negativa	r_s	-.285**	-.100	.382**	.079
Extroversão	r_s	.018	.327**	-.007	.158*
Controlo com Esforço	r_s	.115	.162*	-.044	.207**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

3.3.2. Correlações entre o temperamento da criança e problemas de sono

As correlações obtidas entre as dimensões do temperamento da criança e problemas de sono encontram-se na Tabela 8. Destaca-se a correlação significativa, positiva e moderada, entre a dimensão emocionalidade negativa e problemas de sono ($r_s = .390$, $p = .000$), apontando para que crianças com valores mais elevados de emocionalidade negativa tenham mais problemas de sono. Salienta-se também a relação significativa e negativa, embora fraca, entre a dimensão controlo com esforço e os problemas de sono.

Tabela 8. Correlações entre os componentes das escalas CBQ e a subescala Problemas de Sono (CBCL)

		Problemas de Sono
Temperamento		
Emocionalidade Negativa	r_s	.390**
Extroversão	r_s	.119
Controlo com Esforço	r_s	-.173*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

3.3.3. Correlações entre o temperamento da criança e queixas somáticas

As correlações obtidas entre as dimensões do temperamento da criança e queixas somáticas encontram-se na Tabela 9. Foi encontrada uma correlação significativa e positiva entre a dimensão emocionalidade negativa e queixas somáticas ($r_s = .346$, $p = .001$), apontando para que crianças com valores mais elevados de emocionalidade negativa manifestem mais sintomas somáticos.

Tabela 9. Correlações entre os componentes da escala CBQ e a subescala Queixas Somáticas (CBCL)

		Queixas Somáticas
Temperamento		
Emocionalidade Negativa	r_s	.346**
Extroversão	r_s	-.093
Controlo com Esforço	r_s	-.133

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

3.3.4. Correlações entre o temperamento materno e problemas de sono

Foi encontrada uma correlação significativa positiva entre a dimensão do temperamento da mãe afeto negativo e a existência de problemas de sono ($r_s = .319$, $p = .000$), apontando para que as crianças cujas mães se caracterizem com valores mais elevados de afeto negativo tenham mais problemas de sono (Tabela 10). Destaca-se ainda

a correlação significativa e negativa, embora fraca, entre a dimensão controlo com esforço do temperamento da mãe e a existência de problemas de sono.

Tabela 10. Correlações entre os componentes da escala ATQ e a subescala Problemas de Sono (CBCL)

Temperamento		Problemas de Sono
Controlo com Esforço	r_s	-.194**
Extroversão	r_s	-.072
Afeto Negativo	r_s	.319**
Sensibilidade	r_s	.058

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

3.3.5. Correlações entre o temperamento materno e queixas somáticas

Foi encontrada uma correlação significativa positiva, embora fraca, entre o afeto negativo da mãe e a existência de queixas somáticas na criança ($r_s = .223$, $p = .003$), apontando para que crianças cujas mães se caracterizem por valores mais elevados de afeto mais negativo manifestem mais queixas de somatização (Tabela 11).

Tabela 11. Correlações entre os componentes da escala ATQ e a subescala Queixas Somáticas (CBCL)

Temperamento		Queixas Somáticas
Controlo com Esforço	r_s	-.135
Extroversão	r_s	-.082
Afeto Negativo	r_s	.223**
Sensibilidade	r_s	-.010

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

3.4. Estudo preditivo

De modo a responder ao quinto objetivo deste estudo – avaliar o papel do temperamento da criança e do temperamento materno como eventuais preditores de problemas de sono e de queixas somáticas nas crianças – procedeu-se à realização de um estudo de regressão.

3.4.1. Análise de Regressão Logística

Uma vez que se pretende verificar o efeito do temperamento como preditor de problemas de sono e de queixas somáticas procedeu-se a uma análise de regressão logística binomial. Foram realizados dois modelos, tendo o primeiro como variável dependente dicotómica os problemas de sono e o segundo a variável dependente dicotómica queixas somáticas. As variáveis introduzidas para os modelos de regressão foram seleccionadas com base nos resultados significativos obtidos nas análises de correlações. O resumo do primeiro modelo e os seus parâmetros estatísticos são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12. Análise de regressão logística binária, tendo como variável dependente os problemas de sono

	B	S. E.	Wald	df	p	Exp(B)
Preditoras						
Temperamento criança						
Emocionalidade Negativa	1.160	.345	11.28	1	.001	3.19
Controlo com esforço	-.463	.384	1.45	1	.228	.630
Temperamento mãe						
Afeto negativo	.907	.383	5.60	1	.018	2.48
Controlo com esforço	.311	.373	.70	1	.403	1.37

As variáveis do temperamento da criança e do temperamento da mãe que mostraram correlações com os problemas de sono foram inseridas no modelo. O modelo proposto mostrou-se significativo, $\chi^2(4) = 33.13$, $p < .001$. O modelo explica 31.6% (Nagelkerke R^2) da variância nos problemas de sono e classifica corretamente 71.5% dos casos. De acordo com o critério de Wald, a Emocionalidade Negativa da criança e o Afeto Negativo da mãe contribuíam significativamente para a previsão. Verificou-se que crianças com elevada emocionalidade negativa tinham 3.19 vezes mais probabilidade de ter problemas de sono. Enquanto o aumento do controlo com esforço da criança estava associado a uma pequena redução de .63 vezes da probabilidade de ter problemas de sono. Por outro lado, verificou-se que o afeto negativo da mãe aumentou em 2.48 vezes a probabilidade da criança ter problemas de sono.

De seguida apresenta-se o resumo do segundo modelo e os seus parâmetros estatísticos (Tabela 13).

Tabela 13. Análise de regressão logística binária, tendo como variável dependente as queixas somáticas

	B	S. E.	Wald	df	p	Exp(B)
Preditoras						
Temperamento criança						
Emocionalidade Negativa	.593	.259	5.256	1	.022	1.809
Temperamento mãe						
Afeto negativo	.482	.280	2.965	1	.085	1.620

As variáveis do temperamento da criança e do temperamento da mãe que mostraram correlações com as queixas somáticas foram inseridas no modelo. Neste caso foram apenas inseridas as dimensões emocionalidade negativa da criança e o afeto

negativo da mãe. O modelo proposto mostrou-se significativo, $\chi^2(2) = 13.108, p = .001$. O modelo explica 11.5% (Nagelkerke R^2) da variância nas queixas somáticas e classifica corretamente 63% dos casos. De acordo com o critério de Wald, a Emocionalidade Negativa da criança contribuiu significativamente para a previsão. Verificou-se que crianças com elevada emocionalidade negativa tinham 1.809 vezes mais probabilidade de ter queixas somáticas. O afeto negativo da mãe aumentou em 1.62 vezes a probabilidade da criança ter queixas somáticas, apesar de não ser significativo.

4. Discussão

Nesta secção apresenta-se uma síntese e discussão dos resultados do estudo, com base na revisão de literatura realizada, tendo em conta a sequência dos objetivos de investigação formulados.

4.1. Caracterização das variáveis em estudo

No que diz respeito à caracterização do temperamento da criança, verificou-se que a dimensão reportada pelas mães como a mais presente nas crianças foi o controlo com esforço. No entanto, esta diferença não é muito elevada comparativamente às restantes dimensões do temperamento da criança. Estes resultados remetem-nos para o desenvolvimento nesta fase. Como referido anteriormente, tanto a extroversão como a emocionalidade negativa são dimensões que estão presentes desde o início do desenvolvimento da criança. O controlo com esforço, pelo contrário, é o último traço de temperamento a emergir, pois é, em grande parte, produto do desenvolvimento do sistema de atenção executiva que se inicia no final do primeiro ano de vida (Putnam et al., 2001) tornando-se mais consolidado na idade pré-escolar (Hill-Soderlund, & Braungart-Rieker, 2008). Estes resultados mostram-nos que esta dimensão do temperamento já é bastante evidente para as mães deste grupo, como uma característica dos seus filhos nos anos pré-escolares.

Relativamente ao temperamento da mãe, verificou-se que as dimensões do temperamento mais elevadas foram a sensibilidade e o controlo com esforço. No entanto, a diferença existente com as restantes dimensões do temperamento não é muito elevada, nomeadamente com o controlo com esforço. Existem poucos estudos que avaliem o temperamento em adultos e não foi possível encontrar resultados descritivos que permitam a comparação com outros grupos de mães de crianças pequenas. Comparando

com o estudo de Evans & Rothbart (2007), realizado com estudantes de licenciatura, os valores obtidos no presente estudo são mais elevados em todas as dimensões do temperamento, embora as posições relativas entre as várias escalas sejam semelhantes.

No que diz respeito aos problemas de sono e às queixas somáticas, como seria de esperar numa amostra comunitária, não se observam valores especialmente elevados. Considerando o estudo de Rescorla et al. (2011), que comparou a prevalência destes problemas em 24 países, através do CBCL 1^{1/2}-5, a média relativa aos problemas de sono obtida no presente estudo é um pouco mais elevada, enquanto a média dos problemas de somatização é mais baixa.

4.2. Relação entre o temperamento da criança e o temperamento da mãe

Os resultados deste estudo confirmam que níveis mais elevados de emocionalidade negativa no temperamento da criança estão associados a níveis mais baixos de controlo com esforço no temperamento materno, sugerindo que mães com menor capacidade para se autorregularem caracterizam os filhos como tendo uma emocionalidade mais negativa. Apesar de não se conhecerem estudos que avaliem a relação entre estas variáveis, é possível confirmar estes resultados junto de estudos que estudem variáveis semelhantes. Por exemplo, Cumberland-Li et al. (2003) concluíram que uma melhor regulação materna estava associada a uma maior regulação emocional na criança, o que pode resultar em níveis mais baixos de emocionalidade negativa.

Os resultados encontrados também confirmam a existência de uma associação positiva entre a emocionalidade negativa do temperamento da criança e o afeto negativo da mãe, sugerindo que mães com níveis de afeto negativo mais elevados caracterizam os seus filhos como tendo uma emocionalidade negativa mais elevada. É possível que algum grau de transmissão genética desta dimensão possa explicar este resultado (Rothbart et

al., 2000), embora o próprio facto de ambas as medidas serem reportadas pela mãe também poder ter um contributo para esta associação.

Também foi encontrada uma associação entre a dimensão controlo com esforço do temperamento da criança e a sensibilidade do temperamento da mãe, o que sugere que uma maior sensibilidade nas mães possa estar associada a níveis mais altos de controlo com esforço nas crianças. Estes resultados podem ser aproximados dos de Tarabulsky et al. (2003), que concluiu que uma maior sensibilidade materna estava associada a uma maior capacidade da criança se autoconfortar.

4.3. Relação entre o temperamento da criança e os problemas de sono e queixas somáticas

Relativamente aos problemas de sono, os resultados do presente estudo confirmam a importância das dimensões emocionalidade negativa e controlo com esforço do temperamento das crianças. Verificou-se que níveis mais altos de emocionalidade negativa parecem estar associados a mais problemas de sono. Estudos anteriores, como os de Reid et al. (2009), Scher et al. (1998) e de Troxel et al. (2013), também encontraram uma associação semelhante entre esta dimensão do temperamento e os problemas de sono, nomeadamente com um atraso na hora de adormecer e uma menor duração do sono. Os resultados do estudo também confirmam a existência de uma associação negativa e significativa, embora fraca, entre a dimensão controlo com esforço e os problemas de sono, sugerindo que níveis mais baixos de controlo com esforço na criança estejam associados a mais problemas de sono. Estes resultados também são consistentes com estudos anteriores que indicam que crianças com maior dificuldade em autoconfortar-se manifestam mais problemas de sono, pois revelam maior dificuldade em conseguir

acalmar-se sozinhas na hora de dormir ou após um despertar noturno (Kerr & Jowett, 1994; Petit & Montplaisir, 2012; Troxel et al., 2013).

No que diz respeito às queixas somáticas, os resultados do estudo apontam para que apenas uma dimensão do temperamento da criança se associe a esta problemática, sugerindo que níveis mais altos de emocionalidade negativa estejam associados a mais queixas somáticas. Estes resultados são consistentes com alguns estudos anteriores. Gilleland et al. (2009), Rieffe (2007) e Wolff et al. (2010) também concluíram que níveis mais elevados de emocionalidade negativa estavam associados a mais queixas somáticas em crianças. De acordo com a literatura existente (e.g., Gilleland et al., 2009) seria de esperar que a dimensão controlo com esforço também estivesse associada a esta problemática, com baixos níveis de controlo com esforço associados a mais queixas somáticas. No entanto, neste estudo, apesar de os resultados apontarem uma ligeira tendência nesse sentido, essa associação foi de fraca intensidade e não significativa. O facto de as queixas somáticas serem bastante baixas nesta amostra poderá, em parte, explicar a não confirmação desta associação.

4.4. Relação entre o temperamento materno e os problemas de sono e queixas somáticas nas crianças

Foi possível constatar que níveis mais altos de afeto negativo nas mães estão associados a mais problemas de sono nas crianças. Foi também encontrada uma relação negativa e significativa, embora fraca, entre a dimensão controlo com esforço e os problemas de sono, sugerindo que níveis mais baixos de controlo com esforço das mães estejam associados a mais problemas de sono nas crianças. Estes resultados são consistentes com a hipótese levantada, nomeadamente que o afeto negativo materno pudesse influenciar a emocionalidade negativa da criança e prejudicar o seu sono,

nomeadamente através de uma maior irritabilidade e numa menor capacidade da criança se autoconfortar.

Relativamente às queixas somáticas, os resultados mostram uma relação significativa e positiva, embora fraca, entre a dimensão afeto negativo e as queixas somáticas, sugerindo que altos níveis de afeto negativo nas mães estejam associados a mais queixas somáticas nas crianças. O processo que explica esta associação poderá, eventualmente, ser semelhante ao que explica a associação entre o afeto negativo materno e os problemas de sono na criança.

Apesar de as correlações encontradas neste estudo não serem fortes, parecem ser bons indicadores da relação existente entre o temperamento das mães e os problemas de sono e queixas somáticas das crianças, sugerindo a necessidade de mais estudos neste domínio.

4.5. O temperamento das crianças e das mães como preditores dos problemas de sono e das queixas somáticas nas crianças

Os resultados do presente estudo permitem reforçar a ideia de que as dimensões emocionalidade negativa e controlo com esforço do temperamento da criança e as dimensões afeto negativo e controlo com esforço do temperamento da mãe estão associadas com os problemas de sono e as queixas somáticas nas crianças.

No modelo de predição relativo aos problemas de sono verificou-se que as dimensões emocionalidade negativa do temperamento da criança e o afeto negativo do temperamento da mãe foram as que tiveram uma contribuição significativa. Níveis mais elevados de emocionalidade negativa na criança e de afeto negativo na mãe aumentam a probabilidade de a criança ter problemas de sono.

No que diz respeito ao modelo preditivo relativo às queixas somáticas verificou-se que a dimensão emocionalidade negativa da criança foi a única que contribuiu significativamente para a previsão, indicando que níveis elevados de emocionalidade negativa predizem uma maior probabilidade da criança manifestar queixas somáticas. Este resultado vai ao encontro da literatura existente, uma vez que no estudo de Gilleland et al. (2009) a emocionalidade negativa também foi considerada um importante preditor de sintomas somáticos.

4.6. Conclusão e considerações finais

Os resultados deste estudo permitiram alcançar os objetivos inicialmente propostos, tendo-se verificado valores equilibrados para as quatro dimensões avaliadas, o que era expectável tendo em conta se tratar de uma amostra comunitária.

Salientam-se as associações encontradas entre as dimensões emocionalidade negativa e controlo com esforço, tanto do temperamento da criança como do temperamento da mãe, quer com os problemas de sono mas também com as queixas somáticas. Verificou-se ainda que a emocionalidade negativa da criança foi o principal preditor de ambas as problemáticas estudadas.

Os resultados do estudo remetem-nos para a importância de avaliar o temperamento das crianças, pois pode constituir um importante instrumento de triagem para identificar crianças em risco de desenvolver problemas de sono e/ou queixas somáticas. Será importante ajudar os pais de crianças com mais emocionalidade negativa a conhecerem e desenvolverem práticas parentais adequadas e positivas, contrariando a suscetibilidade para utilizarem práticas parentais negativas com crianças com um temperamento mais “difícil”.

Relativamente ao temperamento das mães, são vários os estudos que têm demonstrado que as características parentais influenciam a qualidade da parentalidade, o que por sua vez pode ter impacto na autorregulação das crianças. No entanto, sabemos muito pouco acerca das características dos pais (nomeadamente acerca do seu temperamento) que influenciam a sua parentalidade e que têm impacto no desenvolvimento das crianças. Este estudo encontrou algumas associações, no entanto, são necessários mais estudos para que exista uma maior compreensão acerca do tema e para que seja possível comparar resultados.

Apesar dos resultados encontrados, este trabalho tem algumas limitações importantes que devem ser consideradas. A amostra foi de conveniência, pelo que a generalização dos resultados deve ser feita cautelosamente. Sendo uma amostra muito homogénea e bastante adaptada tornou-se menos provável encontrar associações fortes entre as dimensões do temperamento e os problemas de sono e queixas somáticas. Esta característica também terá contribuído para uma distribuição que não cumpre os pressupostos de normalidade, o que limitou os testes estatísticos possíveis de utilizar.

As medidas utilizadas foram de hétero-relato, respondidas pelo mesmo informante num único momento (estudo transversal). Em futuras investigações seria importante incluir não só a mãe mas também outros informantes, como por exemplo o pai ou as educadoras das crianças e utilizar um desenho longitudinal que permita recolher informação em diversos momentos. Será importante também pensar num alargamento da variabilidade da amostra, incluindo sujeitos de grupos clínicos, de forma a poder comparar resultados. Por último, seria importante utilizar outros instrumentos específicos para avaliar os problemas de sono e as queixas somáticas, uma vez que o instrumento utilizado possui poucos itens para avaliar ambas as problemáticas.

Este estudo permitiu reforçar a importância do temperamento nos problemas de sono e nas queixas somáticas das crianças pré-escolares. Serão necessários estudos futuros que tentem ultrapassar as limitações referidas e que possibilitem uma maior compreensão das relações encontradas uma vez que existe pouca literatura que aborde as dimensões estudadas.

Referências bibliográficas

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington: University of Vermont: Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for Mental Health Assessment*. New York: Guilford Press.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual* (2nd ed.). Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine. doi: 0965722023.
- Atkinson, E., Vetere, A., & Grayson, K. (1995). Sleep disruption in young children. The influence of temperament on the sleep patterns of pre-school children. *Child Care Health Development*, 21(4), 233-246.
- Banks, K., & Bevan, A. (2014). Predictors for somatic symptoms in children. *Nursing children and young people*, 26(1), 16-20.
- Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 547–562.
- Brown, R. J. (2007). Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: background and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 769–780.
- Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2002). Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *Journal of child psychology*, 43(6), 713-725.

- Calkins, S. D., Hungerford, A., & Dedmon, S. E. (2004). Mothers' interactions with temperamentally frustrated infants. *Infant Mental Health Journal, 25*(3), 219–239.
- Campo, J.V. (2012). Annual Research Review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression – developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*, 575-592. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02535.x.
- Campo, J. V., & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*(9), 1223–1235.
- Crockenberg, S. C., & Leerkes, E. M. (2004). Infant and maternal behaviors regulate infant reactivity to novelty at 6 months. *Developmental Psychology, 40*(6), 1123–1132.
- Cumberland-Li, A., Eisenberg, N., Champion, C., Gershoff, E., & Fabes, R. A. (2003). The relation of parental emotionality and related dispositional traits to parental expression of emotion and children's social functioning. *Motivation and Emotion, 27*(1), 27–56.
- DeGucht, V., Fischler, B. & Heiser, W. (2004) Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences, 36*, 1655–1667.
- Domènech-Llaberia, E., Jané, C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G., & Garralda, E. (2004). Parental Reports of Somatic Symptoms in Preschool Children: Prevalence and Associations in a Spanish Sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(5), 598-604.

doi: 10.1097/01.chi.0000117043.35450.bf.

- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 27*(7), 855–871.
- Evans, D. E., & Rothbart, M. K. (2007). Developing a model for adult temperament. *Journal of Research in Personality, 41*(4), 868-888.
- Ferreira, S. I. F. (2013). *Adaptação portuguesa do Children's Somatization Inventory: Inventário de Somatização para Crianças (ISC-24)*.(Mestrado em Psicologia).
- Ferreira, S., Martins, M. J., Monteiro, S., & Pereira, A. (2014). Inventário de Somatização para crianças (ISC – 24). *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*(3), 752-768. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150315>.
- Garber, J., Walker, L. S., & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the children's somatization inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(4), 588–595.
- Garber, J., Zeman, J., & Walker, L. S. (1990). Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*(4), 648–656.
- Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 37*(1), 13–33.
- Garralda, E. (2005). Somatization and somatoform disorders. *Psychiatry, 4*(8), 97-100.
- Garstein, M. A., & Rothbart, M K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behavior and Development, 26*(1), 64-86.

- Giacobo, R. A., Jané, M. C., Bonillo, A., Ballespí, S., & Díaz-Regañon, N. (2012). Somatic symptoms, severe mood dysregulation and aggressiveness in preschool children. *European Journal of Pediatrics, 171*, 111-119. doi: 10.1007/s00431-011-1495-5.
- Gilleland, J., Suveg, C., Jacob, M.L., & Thomassin, K. (2009). Understanding the medically unexplained: emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child: care, health and development, 35*, 383-390. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00950.x.
- Goodnight, J., Bates, J., Staples, A., Pettit, G., & Dodge, K. (2007). Temperamental resistance to control increases the association between sleep problems and externalizing behavior development. *Journal of Family Psychology, 21*(1), 39-48. doi:10.1037/0893-3200.21.1.39.
- Gregory, A. M., & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep medicine reviews, 16*(2), 129-136. doi: 10.1016/j.smrv.2011.03.007.
- Grunau, R. V., Whitfield, M. F., Petrie, J. H., & Fryer, E. L. (1994). Early pain experience, child and family factors, as precursors of somatization: a prospective study of extremely premature and fullterm children. *Pain, 56*(3), 353-359.
- Gudmundson, J. A., & Leerkes, E. M. (2012). Links between mothers' coping styles, toddler reactivity, and sensitivity to toddler's negative emotions. *Infant Behavior & Development, 35*(1), 158-166.
- Hart, S. L., Hodgkinson, S. C., Belcher, H. M. E., Hyman, C., & Cooley-Strickland (2013). Somatic symptoms, peer and school stress, and family and community

- violence exposure among urban elementary school children. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 454-465. doi: 10.1007/s10865-012-9440-2.
- Hayes, M. J., McCoy, S. K., Fukumizu, M., Wellman, J. D., & DiPietro, J. A. (2011). Temperament and sleep-wake behaviors from infancy to toddlerhood. *Infant and Child Development*, 20(5), 495–508. doi:10.1002/icd.720.Temperament.
- Hill-Soderlund, A. L., & Braungart-Rieker, J. M. (2008). Early individual differences in temperamental reactivity and regulation: Implications for effortful control in early childhood. *Infant Behavior and Development*, 31(3), 386-397.
- Husain, K., Browne, T., & Chalder, T. (2007). A Review of Psychological Models and Interventions for Medically Unexplained Somatic Symptoms in Children. *Child and adolescent mental health*, 12(1), 2-7. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00419.x.
- Johnson, N., & McMahon, C. (2008). Preschoolers' sleep behaviour: associations with parental hardness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 765-773. doi:10.1111/j.14697610.2007.01871.x.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225.
- Karraker, K. (2008). The role of intrinsic and extrinsic factors in infant night waking. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 5(3), 108–121.
- Keener, M. A., Zeanah, C. H., & Anders, T. F. (1988). Infant temperament, sleep organization and nighttime parental interventions. *Pediatrics*, 81(6), 762-771.

- Kerr, S., & Jowett, S. (1994). Sleep problems in pre-school children: a review of the literature. *Child: care, health and development*, 20, 379-391.
- Kim, S., & Kochanska, G. (2012). Child temperament moderates effects of parent–child mutuality on self-regulation: A relationship-based path for emotionally negative infants. *Child Development*, 83(4), 1275–1289.
- Kiss, M., Fechete, G., Pop, M., & Susa, G. (2014). Early Childhood Self-Regulation in Context: Parental and Familial environmental Influences. *Cognition, Brain, Behavior*, 18, 55-85.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2010). Temperamento e desenvolvimento da criança: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 821-829.
- Lam, P., Hiscock, H., & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: A longitudinal study of sleep, behavior, and maternal wellbeing. *Pediatrics*, 111, 203–207.
- Lengua, L. J., Honorado, E., & Bush, N. R. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(1), 40–55.
- Meesters, C., Muris, P., Ghys, A., Reumerman, T., & Rooijmans, M. (2003) The Children’s Somatization Inventory: Further Evidence for Its Reliability and Validity in a Pediatric and a Community Sample of Dutch Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 413-422. doi: 10.1093/jpepsy/jsgo31

- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night waking in infants and young children. *Sleep medicine*, 29(10), 1263-1276.
- Morrell, J., & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant mental health journal*, 24(5), 447-468. doi: 10.1002/imhj.10072.
- Owens, J. A. (2004). Sleep in children: Cross-cultural perspectives. *Sleep and Biological Rhythms*, 2(3), 165-173.
- Owens, J. A. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 353-361.
- Owens, J. (2008). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35(3), 533–546. doi:10.1016/j.pop.2008.06.003.
- Owens, J., Frank, N., Smith, A., Hagino, A. O., Arrigan, M., & Alario, A. J. (1997). Child temperament, parenting discipline style, and bedtime behavior in childhood sleep disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 18(5), 314-321.
- Owens, J., & Mindell, J. A. (2011). Pediatric insomnia. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 555–69. doi:10.1016/j.pcl.2011.03.011.
- Owens, J., & Witmans, M. (2004). Sleep problems. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 34(4), 154–79. doi:10.1016/j.cppeds.2003.10.003.
- Petit, D., & Montplaisir, J. (2012). Consequences of short sleep duration or poor sleep in children. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-7. Retrieved from <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Petit-MontplaisirANGxp12012.pdf>.

- Pihlakoski, L., Sourander, A., Aromaa, M., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpaa, M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a prospective cohort study of 3-12-year-old children. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15*(7), 409–417.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology, 12*, 427-441.
- Propper, C., & Moore, G. A. (2006). The influence of parenting on infant emotionality: A multi-level psychobiological perspective. *Developmental Review, 26*(4), 427–460.
- Putnam, S. P., Ellis, L. K., & Rothbart, M. (2001). The structure of temperament from infancy to adolescence. In A. Eliasz, & A. Angleitner (Eds.), *Advances in research of temperament* (pp.165-182). Lingerich: Pabst Scientific.
- Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2006). Development of Short and Very Short Forms of the Children's Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 87*(1), 103-113.
- Razza, R. A., Martin, A., & Brooks-Gunn, J. (2012). Anger and children's socioemotional development: Can parenting elicit a positive side to a negative emotion? *Journal of Child and Family Studies, 21*(5), 845-856.
- Reid, G. J., Hong, R. Y., & Wade, T. J. (2009). The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2- and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal of sleep research, 18*(1), 49-59. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00692.x.

- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... & Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parent's reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(3), 456–467. doi: 10.1080/15374416.2011.563472.
- Rieffe, C. (2007) Interaction between emotions and somatic complaints in children who did or did not seek medical care. *Cognition & Emotion, 21*, 1630–1646.
- Rocha, E. M., & Prkachin, K. M. (2007). Temperament and pain reactivity predict health behavior seven years later. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(4), 393–399.
- Rocha, E. M., Prkachin, K. M., Beaumont, S. L., Hardy, C. L., & Zumbo, B. D. (2003). Pain reactivity and somatization in kindergarten-age children. *Journal of Pediatric Psychology, 28*(1), 47–57.
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament in childhood: A framework. In G. Kohnstamm, J. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 59-73). Chichester, England: Wiley.
- Rothbart, M. K. (2004). Commentary: Differentiated measures of temperament and multiple pathways to childhood disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology, 33*(1), 82-87.
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, Development and Personality. *Association for Psychological Science, 16*(4), 207-213.
- Rothbart, M. K., & Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the Development of Personality. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 55-66.

- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and Personality: Origins and Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122-135.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child development*, 72(5), 1394-1408.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In W. Damon, R. M. Lerner & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: social, emotional and personality development* (6^a ed., Vol. 3, pp. 99-165), New York: John Wiley and Sons.
- Rothbart, M. K., & Putnam, S. (2002). Temperament and socialization. In L. Pulkinnen & A. Caspi, (Eds.), *Paths to successful development: Personality in the life course* (pp. 19-45). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sadeh, A. (2005). Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 612–28. doi:10.1016/j.cpr.2005.04.006.
- Sadeh, A., & Anders, T. (1993). Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 17-34.
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T., & Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of family psychology*, 21(1), 74. doi:10.1037/0893-3200.21.1.74.
- Sadeh, A., Lavie, P., & Scher, A. (1994). Sleep and Temperament: Maternal perceptions of temperament of sleep-disturbed toddlers. *Early Education & Development*, 5(4), 311-324.

- Sadeh, A., Mindell, J. A., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal sleep research, 18*, 60-73. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x.
- Sadeh, A., & Sivan, Y. (2009). Clinical practice, Sleep problems during infancy. *European journal of pediatrics, 168*(10), 1159-1164. doi: 10.1007/s00431-009-0982-4.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews, 14*, 89-96. doi:10.1016/j.smrv.2009.05.003.
- Scher, A., Tirosh, E., & Lavie, P. (1998). The relationship between sleep and temperament revisited: evidence for 12-month-olds: a research note. *Journal Child psychology and psychiatry, 39*(5), 785-788.
- Schulte, I. E., & Petermann, F. (2011). Familial Risk Factors for the Development of Somatoform Symptoms and Disorders in Children. *Child Psychiatry & Human Development, 42*, 569-583. doi: 10.1007/s10578-011-0233-6.
- Shiner, R. L., Buss, K. A., McClowry, S. G., Putnam, S. P., Saudino, K. J., & Zentner, M. (2012). What Is Temperament Now? Assessing Progress in Temperament Research on the Twenty-Fifth Anniversary of Goldsmith et al. (1987). *Child Development Perspectives, 6*(4), 436-444.
- Sneddon, P., Peacock, G. G., & Crowley, S. L. (2013). Assessment of sleep problems in preschool aged children: An adaptation of the Children's Sleep Habits Questionnaire. *Behavioral Sleep Medicine, 11*, 283-296. doi:10.1080/15402002.2012.707158.

- Spruyt, K., Aitken, R. J., So, K., Charlton, M., Adamson, T. M., & Horne, R. S. C. (2008). Relationship between sleep/wake patterns, temperament and overall development in term infants over the first year of life. *Early Human Development*, *84*, 289-296. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.07.002.
- Tackett, J. (2006). Evaluating models of the personality-psychopathology relationship in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *26*, 584-599.
- Tarabulsky, G. M., Provost, M. A., Deslandes, J., St-Laurent, D., Moss, E., Lemelin, J.-P., ... Dassylva, J.F. (2003). Individual differences in infant still-face response at 6 months. *Infant Behavior and Development*, *26*(3), 421-438.
- Tavares, H. B., Ferreira, P. D., & Fonseca, H. (2010). Perturbação de somatização - uma patologia prevalente em adolescentes. *Ata Pediátrica Portuguesa*, *41*(1), 33-7.
- Thiedke, C. (2001). Sleep disorders and sleep problems in childhood. *American Family Physician*, *63*(2), 227- 284.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1970). The origin of the personality. *Scientific American*, *223*(2), 102-109.
- Touchette, E. (2011). Factors associated with sleep problems in Early Childhood. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-8. Retrieved from <http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/TouchetteANGxp1.pdf>.
- Touchette, É., Petit, D., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. Y. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep Medicine Reviews*, *13*, 355-361. doi:10.1016/j.smrv.2008.12.001.
- Troxel, W. M., Trentacosta, C. J., Forbes, E. E., & Campbell, S. B. (2013). Negative emotionality moderates associations among attachment, toddler sleep and later

- problem behaviors. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 127-136. doi: 10.1037/a0031149.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1994). Somatic complaints in pediatric patients: a prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1213–1221.
- Walker, L., Garber, J., Smith, C., Slyke, D., & Claar, R. (2001). The Relation of Daily Stressors to Somatic and Emotional Symptoms in Children With and Without Recurrent Abdominal Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 85-91. doi: org/10.1037/0022-006X.69.1.85.
- Weinraub, M., Bender, R. H., Friedman, S. L., Susman, E. J., Knoke, B., Bradley, R., Houts, R., Williams, J. (2012). Patterns of developmental change in infants' nighttime sleep awakenings from 6 through 36 months of age. *Developmental Psychology*, 48(6), 1511-1528. doi: 10.1037/a0027680.
- Weissbluth, M., & Liu, K. (1983). Sleep patterns attention span, and infant temperament. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 4, 34-36.
- Wolff, N., Darlington, A.S., Hunfeld, J., Verhulst, F., Jaddoe, V., Hofman, A., Passchier, J., & Tiemeier, H. (2010). Determinants of Somatic Complains in 18-month-old children: The Generation R Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 306-316. doi: 10.1093/jpepsy/jsp058.
- Zeanah, C.H. & Zeanah, P.D. (2001). Towards a definition of infant mental health. *Zero to Three*, 22,13-20.