



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

“Padrões de sono e sintomatologia depressiva em crianças
com obesidade”

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Raquel Manuela Ausina Rio Novo



FACULDADE DE FILOSOFIA
DEZEMBRO 2012



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

“Padrões de sono e sintomatologia depressiva em crianças
com obesidade”

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Raquel Manuela Ausina Rio Novo

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora Eleonora Cunha
Veiga Costa



FACULDADE DE FILOSOFIA
DEZEMBRO 2012

Agradecimentos

Um primeiro agradecimento é devido à minha supervisora/ orientadora da Faculdade de Filosofia, Professora Doutora Eleonora Cunha Costa, grata pela disponibilidade e pelos esclarecimentos metodológicos.

À minha orientadora no local de estágio, Mestre Daniela Simões, por toda a amabilidade, sinceridade e exigência que me fizeram evoluir e apaixonar-me cada vez mais por esta área. Obrigada por todo o conhecimento e experiência partilhados.

À Mestre Vanda Clemente (C.H.C., Hospital dos Covões, Coimbra) e à Professora Doutora Helena Azevedo (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra) pela autorização para utilizar o Questionário PSVC.

À Professora Doutora Helena Àgueda Marujo (Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa) pela autorização para utilizar o Questionário CDI.

Um agradecimento muito especial à minha família, por todo o suporte com que me brindaram nas alturas mais atarefadas e pela compreensão sempre demonstrada no tempo que não lhes dediquei e, em particular, à minha mãe, pelo amor incondicional e por me ter inspirado sempre a ir mais além. Sem ti não tinha conseguido.

Um último agradecimento vai para todas as crianças e seus familiares que aceitaram participar no estudo e que colaboraram na recolha de dados e sem cujo auxílio esta investigação não teria tido lugar.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” Carl Jung

Resumo

Este estudo descritivo transversal teve como objetivo estudar a relação entre os padrões de sono e a sintomatologia depressiva numa amostra de crianças com obesidade, utentes do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos. A amostra foi constituída por 15 crianças com obesidade com idades compreendidas entre os oito e os dez anos de idade. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o Questionário sobre o Padrão Sono-Vigília de Crianças (PSCV) e o Inventário de Depressão para crianças (CDI). Os resultados não evidenciaram uma prevalência de sintomatologia depressiva na amostra total, como seria esperado. Na amostra clinica, constituída por 15 participantes sendo que quatro eram do sexo masculino, não se verificou uma maior prevalência de sintomatologia depressiva no género masculino em relação ao género feminino como seria de esperar e se apurou junto da revisão bibliográfica. Não se apurou associação entre a gravidade dos sintomas depressivos nas crianças que apresentavam problemas de sono. Não se conseguiu apurar relativamente à obesidade, se as crianças que apresentavam piores padrões de sono, apresentavam também maior predominância de sintomas depressivos.

Palavras-chave: obesidade, padrões de sono, depressão.

Abstract

This descriptive study aimed to investigate the relationship between sleep patterns and depressive symptoms in a sample of children with obesity from the Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos. The sample consisted in fifteen children aged between eight and ten years old. The assessment instruments used were the Portuguese Standard questionnaire on the Sleep-Wake of Children's (PSCV) and the Children's Depression Inventory (CDI). The results did not show a prevalence of depressive symptomatology of the total sample, as expected. In the clinical sample, consisting of 15 participants, of which four were male, there was not a higher prevalence of depressive symptoms in males compared to females as expected and were found with the literature review. The severity of depressive symptoms was not greater in children who had sleep problems. We were also unable to determine with regard to obesity, whether children who had worse sleep patterns, also presented a higher prevalence of depressive symptoms.

Keywords: obesity, sleep patterns, depression.

Agradecimentos	i
Resumo	ii

Índice

	Página
1. Introdução	1
Parte I - Enquadramento Teórico	3
1. Obesidade	4
1.1. Definição de obesidade	4
1.2. Epidemiologia na infância	7
2. Variáveis psicológicas na obesidade	10
2.1. Sono	10
2.1.1. Sono e obesidade	13
2.2. Depressão	16
2.3. Depressão e obesidade	17
3. Sono, depressão e obesidade em crianças	19
3.1. Relação entre sono, depressão e obesidade	19
Parte II - Estudo Empírico	25
4. Metodologia.....	26
4.1. Objectivos e Desenho de Estudo	26
4.2. Variáveis em Estudo	26
4.3. Procedimentos de Recolha dos Dados	27
4.4. Amostra	28
4.4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	28
4.5. Material e Medidas de Avaliação	30
4.5.1. Questionário Sócio-demográfico	30
4.5.2. Questionário sobre o Padrão Sono-Vigília de Crianças	30
4.5.2.1. Características Psicométricas do PSCV na Amostra em Estudo	32
4.5.3. Children' Depression Inventory – CDI	32

4.5.3.1. Características Psicométricas do CDI na Amostra em Estudo.....	32
4.6. Procedimentos de Análise de Dados	33
4.6.1. Critérios de inclusão e exclusão	33
4.6.2. Autorização Comissão Ética do Hospital	34
4.6.3. Consentimento Informado	34
5. Apresentação dos resultados	35
6.1. Prevalência de Sintomatologia Depressiva	35
6.2. Prevalência de Padrões de Sono patogénicos	36
6.3. Gravidade da Sintomatologia Depressiva	37
6.4. Resultados Descritivos	35
6.5. Ranking dos Sintomas assinalados na Amostra Clínica	35
6.6. Variação dos Resultados na amostra clínica, em função do género	35
6. Discussão dos Resultados	36
7. Conclusão, Limitações de Estudo e Implicações Futuras	41
Referências Bibliográficas	43

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

Anexo II – Carta com autorização da Comissão de Ética do Hospital

Anexo III – Questionário sociodemográfico

Anexo IV – Padrão Sono-Vigília de Crianças (PSVC)

Anexo V – Children Depression Inventory (CDI)

1. Introdução

O presente estudo aborda uma temática que nos dias atuais se tornou uma realidade cada vez mais presente: a obesidade infantil. A temática da obesidade é um problema de saúde pública que tende a agravar-se (Direção Geral de Saúde, 2005), acarretando múltiplas consequências graves para a saúde sendo considerada a epidemia global do século XXI, podendo atingir 50% da população em 2025 se não se tomarem medidas de prevenção (World Health Organization, 2000). Várias pesquisas na área da obesidade têm proliferado nos últimos anos com o objetivo de entender a sua etiologia e principalmente de a prevenir.

A nível nacional, o total de indivíduos com excesso de peso ou obesidade é de cerca de 4.5 milhões de pessoas, o que significa que cerca de 50% da população portuguesa tem excesso de peso ou obesidade já instalada (Carmo, Galvão-Teles & Reis, 2001). A obesidade resulta do excesso de reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo do indivíduo, ou seja, é um excesso de massa gorda presente no organismo, associada a problemas de saúde (Carmo, 2001).

As perturbações do sono estão entre as queixas mais comuns ao longo de toda a infância. De acordo com os registos de pediatras, estas estão em quinto lugar no que respeita às preocupações dos pais; a seguir às doenças físicas, alimentação, problemas comportamentais e deficiências físicas (Mindell, Boaz, Joffe, Curtis & Birley, 2004). Em 1995 a fundação Norte-Americana do Sono revelou que os americanos dormiam sete horas em média por noite (Organization Gallup, 1999). Em 2004, cerca de 30% dos adultos, com idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos, dormiam 6 horas ou menos por noite (National Center for Health Statistic, 2005). Assim, nos últimos 40 anos, na população Americana houve uma diminuição de aproximadamente 1 a 2 horas de sono (National Center for Health Statistic, 2005). Resultados semelhantes têm sido apontados para crianças e adolescentes (Chen, Beydoun & Wang, 2008). Esta redução do número de horas de sono verificada tem sido atribuída às mudanças do estilo de vida e às exigências e oportunidades da sociedade moderna (Cappucio, Taggart, Kandala, Currie, Peile, Stranges, 2008). Neste sentido, o sono é apontado como uma variável importante, uma vez que a alteração do tempo de sono encontra-se fortemente relacionada com o aumento da ingestão alimentar e consequentemente com o aumento de peso (Taheri, 2006).

Considerando que aspetos emocionais podem estar associados à obesidade, favorecendo muitas vezes o desenvolvimento de problemas psicológicos, como depressão e

mesmo dificuldades comportamentais, como é o exemplo dos padrões de sono, é fundamental compreender o papel destes transtornos na etiologia ou mesmo como consequência da obesidade infantil. Assim, a investigação desta temática torna-se pertinente uma vez que, mediante uma exaustiva revisão bibliográfica, existem fortes indicações da relação entre a obesidade, a depressão e os diferentes padrões de sono.

Este estudo pretende dar conhecimento e descrever os procedimentos propostos para a realização de uma investigação empírica com o objectivo primário de verificar se os padrões de sono se relacionam com a obesidade, em que medida os efeitos da obesidade estão relacionados com a depressão nas crianças, qual a relação entre os problemas ao nível do sono, depressão e a obesidade e, por fim, relacionar a percepção de saúde com outras variáveis. Neste sentido, pretende-se verificar até que ponto os possíveis problemas de sono possam estar implicados na génese da obesidade em crianças obesas, e conceptualizar o fenómeno em termos de diferenças dos padrões de sono e em que medida influencia a ocorrência de sintomatologia depressiva e até de alterações da sua percepção de saúde. A amostra foi constituída por 15 crianças com obesidade, utentes do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos. Numa primeira parte, apresentamos uma revisão bibliográfica referente à obesidade, ao sono e à depressão, relacionando por fim, as três variáveis. Numa segunda parte deste estudo, expomos a investigação empírica realizada, subdividindo-a em metodologia, apresentação e discussão de resultados e, finalmente, a conclusão do estudo.

Espera-se que esta investigação seja um contributo para aprofundar os conhecimentos acerca do sono e da depressão, associados à obesidade e permita reunir dados pertinentes para futuras ações interventivas que promovam a melhoria da qualidade de vida e consequente satisfação com a saúde da criança com obesidade.

Parte I - Enquadramento Teórico

A primeira parte deste estudo consiste numa revisão teórica acerca da obesidade, dos padrões de sono e da sintomatologia depressiva na criança. Em primeiro lugar, abordamos o tema da obesidade, o conceito de obesidade e a epidemiologia na infância. Em segundo lugar, debruçamo-nos sobre o conceito de sono e os diversos padrões e relacionamos esta variável com a obesidade. Debruçamo-nos ainda sobre o conceito de depressão e a sua relação com a obesidade. Por fim, relacionamos as três variáveis - sono, depressão e obesidade. Desta forma, pretende-se destacar a importância do presente estudo e subsequente investigação nesta área, uma vez que o sono é uma variável inovadora que muito pode prever relativamente à obesidade.

1. Obesidade

1.1. Definição de obesidade

A Organização Mundial de Saúde (2002) considera a obesidade como uma doença por diminuir tanto a qualidade de vida como a esperança média de vida dos indivíduos. Refere ainda que a obesidade pode ser definida de uma forma simples como uma condição de acumulação anormal ou excessiva de gordura no organismo, o que acarreta um comprometimento da saúde. No entanto, entre os indivíduos obesos, o grau de excesso de gordura, a sua associação, distribuição e consequências para a saúde variam de indivíduo para indivíduo (OMS, 2002).

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2004) classifica a obesidade é um importante problema de saúde pública e uma doença crónica, com génese multifatorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (DGS, 2004). A obesidade é, deveras, uma situação grave, uma vez que traduz uma acumulação excessiva, mais ou menos generalizada, de tecido adiposo, induzindo um aumento de peso acima do valor considerado normal, numa fração superior a 25% (Guerreiro, 2001). Esta definição foi partilhada e defendida no Congresso de Obesidade, Nutrição e Alimentação onde se definiu esta patologia como uma “(...) doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde, tanto mais que, uma vez instalada, tende a auto perpetuar-se, constituindo-se como verdadeira doença crónica” (CONEA, 2001, pág. 53).

A obesidade é uma doença crónica grave e que, a longo prazo, devido às gorduras que se instalam no organismo, potencia o aparecimento de outras doenças crónicas, debilitantes e potencialmente mortais (Moreira, 2005; Silva, 2007). Estas doenças são de índole variada e provocam inclusivamente problemas psicológicos e sociais que afetam a qualidade de vida do indivíduo. Na atualidade, a obesidade afeta um número cada vez mais elevado de crianças e os mesmos apresentam uma propensão para se tornarem adultos obesos, podendo trazer consequências nefastas, tanto a nível físico como a nível social e, principalmente, a nível psicológico, apresentando-se como uma realidade inquestionável na sociedade contemporânea. É na infância que são adquiridos certos costumes e comportamentos, que, em conjunto com as mudanças fisiológicas próprias da idade, podem contribuir para o excesso de gordura corporal. Deste modo, segundo a revisão bibliográfica desta temática, evidencia-se uma relação entre a obesidade e variáveis como o sono e a depressão (Moreira, 2005; Silva,

2007; Singh, Mulder, Twisk, Mechelen & Chinapaw, 2008). Mediante um estudo realizado pelo Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra, coordenado pela Professora Doutora Cristina Padez, em 2001, numa amostra de 4511 crianças dos 7-9 anos de idade, foram encontrados valores de 31.56% de prevalência da obesidade na infância (DGS, 2012).

Vários fatores contribuem para a etiologia da obesidade. Fatores genéticos, culturais, económicos, emocionais, e comportamentais atuam em diferentes combinações nos indivíduos com obesidade. Assim, múltiplas etiologias, correlatos comportamentais, efeitos psicossociais e consequências médicas, tornam a obesidade especialmente complexa (Brownell & O'Neil, 1999). De acordo com Damiani, Carvalho e Oliveira (2000) as síndromes genéticas e as alterações endocrinológicas são responsáveis por apenas 1% dos casos, em geral, de obesidade endógena; os 99% restantes são considerados de causa exógena, ou seja, resultantes de ingestão excessiva de alimentos, quando comparada ao consumo energético ideal do indivíduo.

A obesidade infantil é definida, como nos adultos, por um acúmulo excessivo de massa de gordura (Frelut & Navarro, 2000). Vários estudos têm mostrado que crianças com obesidade possuem risco de desenvolver problemas psicológicos e de saúde (Carpenter, Hasin & Allison, 2000). Observações clínicas postulam a associação entre a obesidade e depressão. Estas observações têm recebido suporte de estudos epidemiológicos, sugerindo uma relação entre excesso de peso e sintomas psicológicos e psiquiátricos (Carpenter et al, 2000).

Em Portugal e, segundo dados do INE (2006), entre 1990 e 2002, o grupo dos alimentos que registou maior crescimento do consumo *per capita* foi o dos leites e derivados (+41%), seguido do grupo da carne e ovos (+32%), salientando assim o aumento no consumo de produtos de origem animal (INE, 2006). Ainda segundo a mesma fonte num estudo entre 2003 e 2008, refere que a dieta portuguesa afasta-se das boas práticas nutricionais, traduzindo-se pelo uso excessivo de calorias e gorduras saturadas, dieta deficitária em frutos, hortícolas e leguminosas secas e recurso excessivo aos grupos alimentares das carnes, ovos e pescado, para além dos óleos e gorduras (INE, 2010).

A classificação da obesidade faz-se atualmente através do Índice de Massa Corporal (que se determina pelo peso em kg dividido pela altura em metros quadrados) e do perímetro da cintura (Silva, 2007) ou através do percentil. Apesar dos critérios para determinação da obesidade e do excesso de peso em crianças e adolescentes variarem em diferentes estudos, o IMC tem sido o indicador mais utilizado. O Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de *Quetelet* é reconhecido como padrão internacional para avaliar o grau de obesidade, como método quantitativo, que expressa e relação entre o peso (massa corporal) e a altura de um

indivíduo e traduz-se pelo quociente entre a massa corporal em quilogramas e o quadrado da altura em metros, [IMC= Peso (Kg) / Altura (m²)], sendo um indicador sensível do crescimento e suas perturbações (WHO, 2000). Os valores obtidos através desta fórmula, permitem categorizar o peso dos indivíduos desde a “magreza” à “obesidade”. A classificação de excesso de peso/obesidade foi definida tomando em consideração a idade e o gênero na classificação dos indivíduos num parâmetro normal (sem excesso de peso), com excesso de peso ou com obesidade. Do parâmetro “normal (sem excesso de peso), ainda há a separação para os indivíduos com valores de IMC menores que 17, que são categorizados nível “magreza” (WHO, 2000; World Health Organization, 2006).

Tabela n.º1: Distribuição por classes segundo o IMC, tipo de obesidade e risco de comorbilidade. Adaptado da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000, pág. 78)

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de comorbilidade
< 18,5	Baixo peso	Baixo (risco aumentado de outros problemas clínicos)
IMC > 18,5 < 24,9 Kg/m ²	Normal	Médio
IMC > 25,0 < 29,9 Kg/m ²	Excesso de peso (pré-obesidade)	Aumentado
IMC > 30,0 < 34,9 Kg/m ²	Obesidade moderada (grau I)	Moderado
IMC > 35,0 < 39,9 Kg/m ²	Obesidade grave (grau II)	Grave
IMC ≥ 40 Kg/m ²	Obesidade mórbida (grau III)	Muito grave

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2005) à semelhança das variáveis antropométricas, que servem de base ao seu cálculo, o valor do IMC em idade pediátrica deve ser apresentado em percentil, tendo como base tabelas de referência (DGS, 2005). Ou seja:

- a) valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico de pré-obesidade;
- b) valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95, permitem fazer o diagnóstico de obesidade.

O exercício, entendido como uma atividade física planeada e estruturada com a intenção de melhorar ou manter a condição física, é essencial para melhorar a eficácia do tratamento em concomitância com a dieta (Czepielewski, 2001). Na sociedade atual, a obesidade está associada sobretudo a dois fatores que estão muito interligados: o sedentarismo e os padrões alimentares incorretos (Cerqueira, 1999). Coutinho (1998, 2002) concorda que a redução do gasto de energia nas atividades do quotidiano é um dos fatores mais importantes para o aumento explosivo da obesidade no mundo contemporâneo. Frutuoso, Bismarck-Nasr & Gambardella (2003) referem que a contemporânea redução do dispêndio energético é um fator determinante da atual epidemia de obesidade observada em centros urbanos. Carmo (2001) adianta que os jovens estão muitas horas a ver televisão, em inatividade, a ver fazer desporto, em vez de serem eles próprios a fazer desporto (Carmo, 2001).

Nos EUA, à semelhança do que ocorre noutros países desenvolvidos, cerca de 30% dos adolescentes omitem o pequeno-almoço, contrastando com os 10% dos países do sul da Europa. A maioria dos jovens relega para segundo plano uma alimentação equilibrada onde estão presentes os vegetais e a fruta. Os hamburgers e as pizzas, os principais eleitos, são confeccionados com muita gordura e muitos molhos, o que leva a um somatório crescente de erros alimentares (Carmo, 1999). Em suma, pode afirmar-se que a escassez de exercício físico e hábitos alimentares erróneos adquiridos ao longo do tempo, contribuem em muito para o desenvolvimento e a incidência crescente de casos de obesidade nas sociedades atuais.

Relativamente ao género, um estudo realizado (Santiago, Mesquita, Carvalho & Rocha, 1998) com crianças e adolescentes da região suburbana de Coimbra concluiu que a prevalência de obesidade era maior no género masculino em comparação com o género feminino. Por outro lado, surge um estudo que afirma que a prevalência da obesidade nas raparigas é superior. Este estudo foi realizado em França nos anos 1998-1999 com crianças e adolescentes dos 3 aos 14 anos, concluindo-se que as raparigas apresentavam um maior risco de excesso de peso/obesidade (Lioret, Volatier, Basdevant, Pouillot, Maffre & Martin, 2001). De referir que a OMS (2002) reconhece que as causas da obesidade são complexas, o que requer uma resposta multi-facetada e multi-institucional.

1.2. Epidemiologia da obesidade na infância

A obesidade é uma realidade que atinge todos os estratos etários da população, daí ser considerada como um dos maiores problemas de Saúde Pública (OMS, 2002). Lioret e colaboradores (*op cit*, 2001) afirmam que a obesidade é particularmente preocupante nas crianças e nos adolescentes, pois estes estão em risco de se tornarem, também, adultos obesos.

Em 1995, previa-se existirem cerca de 200 milhões de adultos obesos a nível mundial e cerca de 18 milhões de crianças com menos de cinco anos com excesso de peso, enquanto que em 2000 o número de adultos obesos excedia já os 300 milhões (OMS, 2002). Sendo uma patologia grave cada vez mais frequente em todo o mundo, a obesidade atinge dimensões epidemiológicas bastante significativas no mundo ocidental (Green, 1998; Monteiro, Victora, Barros & Tomasi, 2000). Neste contexto, os gastos dos países industrializados com doenças relacionadas, direta ou indiretamente, com a obesidade são de tal ordem que atingem cerca de 1% a 5% do orçamento total para a saúde (Monteiro et al., 2000). Vários autores referem que a incidência da obesidade tem aumentado de forma repentina nas últimas décadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002) a obesidade é uma epidemia global do século XXI, podendo atingir 50% da população em 2025 se não se tomarem medidas de prevenção (WHO, 2000).

Na Europa, os estudos epidémicos revelam também resultados alarmantes. Em Inglaterra, um estudo realizado em 1991 (*Health Survey for England*) revelou que 13% dos homens e 16% das mulheres, com idades compreendidas entre os 16 e os 64 anos, tinham um IMC (índice de massa corporal) superior a 30 (Green, 1998). Um estudo transversal realizado em França entre 1998-1999 em 1018 crianças e adolescentes (dos 3 aos 14 anos) concluiu que 11.6% dos jovens apresentavam excesso de peso, enquanto que 3.5% eram obesos (Lioret et al., 2001). Este estudo refere ainda um aumento do IMC nos últimos 30 anos, sobretudo nas crianças com mais de 7 anos de idade.

No entanto, os estudos recentes têm apontado uma outra tendência. Num estudo transversal realizado com 511 crianças e adolescentes (dos 6 meses aos 14 anos) da região suburbana de Coimbra verificou-se que a prevalência de obesidade era maior no género masculino em comparação com o género feminino. No género masculino foram efetuados 106 diagnósticos de excesso de peso/obesidade (38.26%) ao passo que no género feminino foram efetuados 62 (24.5%) (Santiago, Mesquita, Carvalho & Rocha, 1998). Também Guedes e Monteiro (1992) defendem que entre os 9 e os 14 anos ocorre uma preponderância do género masculino, enquanto o género feminino apresenta uma frequência superior entre os 7 e os 16 anos. A prevalência desta doença tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, o que leva muitos autores a descrevê-la como uma epidemia, pela sua dimensão, por todo o mundo (Oliveira, 2006).

Em Portugal, depois do tabagismo, a obesidade é considerada a segunda causa de morte passível de prevenção, estimando-se que em Portugal os custos diretos da obesidade absorvem 3,5% das despesas totais de saúde (DGS, 2005). Guerreiro (2001) refere que em

Portugal cerca de metade da população tem excesso de peso e 15% encontram-se com obesidade. A prevalência de obesidade em Portugal está estimada em 13% para o género masculino e 15% para o feminino (SPCO, 2002). Quanto às idades mais jovens, Fonseca (1998) estima que a prevalência em crianças e adolescentes seja cerca de 16%. De fato, os portugueses estão cada vez mais obesos tendo-se assistido à duplicação desta prevalência nos últimos 20 anos (Guerreiro, 2000). Num estudo realizado em Portugal com 396 pessoas de idades compreendidas entre os 5 e os 85 anos, a prevalência de excesso de peso situava-se nos 56.4%, sendo de 58.4% no género masculino e 54.5% no género feminino (Santiago & Mesquita, 1999). Igualmente em Portugal, um estudo realizado por Correia (2004) concluiu que numa população com idade entre os 18 e os 65 anos, em ambos os sexos, se verificou a existência de 35.2% de sujeitos com excesso de peso (pré-obesidade) e 14.4% de sujeitos com obesidade.

Um outro trabalho realizado por Cardoso e Vieira (1990) sobre excesso de peso e obesidade em adolescentes portugueses fez uma análise a nível nacional e regional (Norte, Centro e Sul) revelando que é a zona Centro que apresenta a percentagem mais elevada de obesidade e excesso de peso, seguindo-se a zona Norte. Fazendo também a comparação com outros países, o estudo refere que em Portugal existem menos obesos que na Grã-Bretanha, Canadá e EUA. Jouret (2002) refere que o risco de a obesidade se manter na idade adulta é tanto maior quanto mais elevada for a idade em que ela persiste na infância e na adolescência. Assim sendo, cerca de 20% a 50% das crianças obesas e 50% a 70% dos adolescentes obesos continuam obesos na idade adulta.

A obesidade na infância e adolescência denominada como obesidade infantil adquiriu nos últimos anos o estatuto da doença pediátrica mais comum. Em 2002, vários estudos apontavam que 155 milhões de crianças em idade escolar teriam excesso de peso ou obesidade (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004). Um estudo realizado na Europa com crianças dos 7 aos 9 anos de idade, encontrou uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 31.5% (Jackson-Leach & Lobstein, 2006).

A amostra deste estudo é caracterizada por crianças entre os 8 e os 10 anos de idade, idades escolhidas por conveniência, uma vez que segundo alguns autores (Rego & Peças, 2007) esta é uma fase em que o corpo se prepara para as mudanças inerentes à puberdade (pré-adolescência), sendo que é uma fase de extrema vulnerabilidade à obesidade. É também nesta fase que “a criança começa a perceber a sua imagem corporal” (Rego & Peças, 2007, pág. 99).

2. Variáveis psicológicas na obesidade

2.1. Sono

O sono caracteriza-se por ser um estado inconsciente do qual se pode despertar por um estímulo. Na opinião do recente livro “*Centro de Medicina do Sono*”, de Paiva e Penzel (2011, pág. 140), o sono desempenha uma função essencial de manutenção da vigiância, na conservação de energia e promoção de processos anabólicos, nos mecanismos de termorregulação central, na “desintoxicação” do cérebro, na produção de certas citocinas aumentando a atividade do sistema imunológico específico, no desenvolvimento e na maturação do cérebro, na plasticidade do cérebro e na formação e consolidação da memória, na regulação de diversos processos metabólicos, como substrato dos sonhos. Ainda segundo os mesmos autores e no que concerne à regulação de diversos processos metabólicos, podemos confirmar que, mediante vários estudos epidemiológicos (Spiegel, Tasali, Penev & Van Cauter, 2004); Taheri, Lin, Austin, Young, Mignot, 2004; Padez, Mourão, Moreira & Rosado, 2009; *cit in* Paiva et al., 2011, pág. 140) uma relação importante entre o encurtamento do sono, redução da leptina e aumento da grelina, favorecendo deste modo o aumento de peso. De acordo com estes estudos, tudo indica que existe uma relação entre a obesidade e o número de horas de sono dos indivíduos.

O sono é um estado fisiológico complexo que requer uma integração cerebral completa, durante a qual são executados e desenvolvidos vários processos biológicos, que no seu conjunto são essenciais à sobrevivência. É um estado descontínuo em fases que se diferenciam por traçados eletroencefalográficos específicos (Kryger & Dement, 2005).

Na opinião de Fernandes (2006), definir o sono não é tarefa simples, seja do ponto de vista fisiológico, seja com base na descrição comportamental do indivíduo. A definição de sono normal é igualmente bastante subjetiva e complexa. Um sono normal, será aquele que proporciona uma sensação de bem-estar ou descanso físico e mental, permitindo a execução das tarefas do dia seguinte em boas condições físicas e mentais.

Relativamente à necessidade do sono, existe uma variabilidade enorme, quer do número médio de horas necessárias, quer da estrutura do próprio sono ao longo da vida, desde a infância até à terceira idade (Kryger, 2005). Com a evolução tecnológica e a migração dos indivíduos do campo para a cidade, observa-se uma diminuição progressiva do número de horas de sono (National Sleep Foundation, 2012).

Devido à variabilidade intraindividual e à variabilidade de noite para noite, a determinação dos vários parâmetros típicos de um sono normal não constitui assim uma tarefa facilitada (Fernandes, 2006). Ainda segundo o mesmo autor, a evolução do conhecimento

acerca do sono, quer no âmbito experimental, quer na prática clínica, foi possível a partir do domínio sobre o registo das ondas cerebrais através do eletroencefalograma (EEG), o que permitiu a discriminação objetiva entre vigília e sono, bem como, entre os seus diferentes estados. Tal conhecimento culminou com o desenvolvimento de registos poligráficos importantes para a documentação da fisiologia do sono e caracterização dos seus distúrbios, verificando-se o nascimento da Medicina do Sono (Fernandes, 2006).

Até atingir a idade adulta, o tempo total passado a dormir vai diminuindo. Em média, um recém-nascido dorme 17.5 horas por dia, valor que no adulto é de cerca de 8 horas, e no idoso ainda mais curto (Paiva et al., 2011). Ocorre um declínio de aproximadamente 30 minutos por ano, dos 12 meses aos 5 anos. A partir desta idade, o tempo total de sono será influenciado por fatores externos, tais como a escola ou o infantário (Heraghty, Hilliard, Henderson & Fleming, 2008). Ocorre mais uma vez um leve declínio do tempo total de sono dos 5 aos 10 anos de idade, enquanto que o adolescente dorme cerca de 8 a 10 horas e um adulto de 7 a 9 horas (Ferrara & De Gennaro, 2001). A eficiência do sono, ou seja, a proporção entre o sono efetivo e o tempo passado na cama, mantém-se estável até por volta dos 45 anos (Ferrara et al., 2001). Com o avanço da idade, ocorrem perdas na duração, manutenção e qualidade do sono (Ferrara et al., 2001; Tribi, 2002).

Até ao advento da eletroencefalografia nos anos 30, o sono era considerado uma incógnita. Com a eletroencefalografia demonstrou-se pela primeira vez as alterações da atividade elétrica cerebral durante o sono. Só nos anos 50 surge a noção do sono como um processo ativo constituído por uma sequência organizada de estados, e não passivo como até à data se pensava que seria (Niedermeyer, 1993).

A arquitetura do sono é constituída por sono lento ou profundo (Não-Rem ou *NREM*) e o sono paradoxal (*REM- Rapid Eye Movements* ou movimentos rápidos oculares) (Fernandes, 2006; Deatherage, 2009). As fases do sono incluem a vigília, as fases 1, 2 e 3 do sono *NREM* e o sono *REM* (Paiva et al., 2011):

- **Vigília:** De acordo com o EEG, na vigília o ritmo alfa é persistente, alternando com artefactos musculares por movimento ou mudanças de posição. Pode haver ou não movimentos oculares, rápidos ou lentos e pode existir por vezes alguma irregularidade na frequência respiratória.
- **Fase N1:** é um período de transição para o sono. Durante esta fase há desaparecimento do ritmo alfa e a sua substituição por ritmo teta, surgindo, por vezes as duas atividades em forma alternada e os movimentos oculares são lentos.

- **Fase N2:** a atividade de base do EEG é dominada por ritmos da banda teta com amplitude moderada, sobre a qual surgem elementos fásicos (os fusos e os complexos K). Nesta fase os movimentos lentos dos olhos desaparecem. As frequências cardíaca e respiratória têm um valor médio menor do que em vigília.
- **Fase N3:** (antigamente designada em fases 3 e 4 do sono lento) tem a denominação de “sono lento profundo” ou “sono de ondas lentas”. As ondas delta, com amplitude superior a 75 μ V, devem ocupar mais de 20% do tempo de cada época de sono. Podem existir fusos e complexos K. Há redução nas frequência respiratória e cardíaca e uma certa diminuição do tono muscular.
- **Fase R ou sono paradoxal (SP) ou REM:** não existe atividade rítmica dominante. Surgem como grafoelementos as ondas “dentes de serra”, devido aos movimentos rápidos dos olhos. Existe, paralelamente, diminuição significativa e persistente do tono muscular.

O sono REM (25% da noite) conhecido por ser a fase dos sonhos, ocorre cerca de uma hora e meia após o adormecimento e repete-se de 90 em 90 minutos, aumentando a duração no final da noite. Possui a denominação de paradoxal, devido ao fato de se observar no EEG um traçado de frequências rápidas semelhantes à vigília, de baixa amplitude. Neste período aparecem os movimentos rápidos oculares que contrastam com a atonia muscular generalizada. Durante o sono REM predomina a atividade simpática, havendo sobretudo uma grande atividade cerebral e os batimentos cardíacos assim como a respiração tornam-se irregulares. Além disso, é possível verificar aumento da temperatura, da sudorese e do consumo de oxigênio (Lee-Chiong, 2009). Nas crianças a partir dos 6 aos 12 anos, a necessidade e duração do sono diminui para cerca de 9 a 10 horas. A organização do sono é nesta idade já igual à dos adultos e não haverá mais alterações essenciais a partir de agora. É precisamente a partir desta idade, segundo os autores, que as crianças querem ir para a cama cada vez mais tarde (Paiva et al., 2011).

Segundo Paiva e colaboradores (2011) existe uma relação estreita entre o sono e a produção de diversas hormonas como é o caso da leptina, da grelina e da orexina. A leptina é produzida nos adipócitos, reduz o apetite e tem o seu pico entre a meia-noite e as 4 horas da manhã. A grelina é produzida no estômago, facilitando a absorção dos alimentos e os seus níveis aumentam no início da noite. A orexina (ou hipocretina) é produzida no hipotálamo e aumenta o apetite alimentar e a sua produção máxima decorre durante o dia (Paiva et al., 2011). Os distúrbios de sono na população adulta nos Estados Unidos da América são

sentidos por 70 milhões de pessoas, sendo a insônia e a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) as mais prevalentes (Roth, Zammit, Kushida, Doghramji, Mathias & Wong, 2002).

Em idade pediátrica acarretam problemas comportamentais, hiperatividade, dificuldades de socialização e redução das funções neuro-cognitivas, como a memória e a aprendizagem (Fauroux, 2008). Busse e Baldini (1994) apontam como principais distúrbios do sono em crianças na idade escolar, nomeadamente dos cinco anos aos treze anos, as parassónias: sonambulismo, terror noturno, sonilóquio, enurese noturna e o bruxismo. Contudo, a insônia parece ser a perturbação mais comum em todas as faixas etárias (Wiggs & Stores, 2001), nomeadamente latência prolongada do sono, acordar durante a noite ou acordar muito cedo (Blader, Koplewicz, Abikoff & Foley, 1997; Kahn, Merckt, Rebuffat, Mozin, Sottiaux, Blum & Hennart, 1989).

2.1.1. Sono e obesidade

Como vimos anteriormente na opinião de Paiva e colaboradores (2011), existe uma relação estreita entre o sono e a produção de certas hormonas, particularmente importantes para este estudo as hormonas grelina, leptina e a orexina. A privação do sono leva a um aumento da orexina, a uma maior absorção alimentar por efeito da grelina e a uma redução da leptina que controla o apetite. Esta é uma das cadeias que está na base da relação entre o sono e a obesidade (Paiva et al, 2011). No que concerne à regulação de diversos processos metabólicos, Paiva (2011) defende existir uma relação importante entre o encurtamento do sono, a redução da leptina e o aumento da grelina, favorecendo deste modo o aumento de peso. Isto parece significar a existência de uma relação entre a obesidade e as horas de sono dos indivíduos (Paiva et al., 2011).

De acordo com o neurologista Walter Moraes, da Sociedade Brasileira do Sono (2012) e pesquisador do Instituto do Sono de São Paulo, vários processos biológicos acontecem quando estamos a dormir. É, por exemplo, na fase mais profunda do sono que ocorre a produção da hormona do crescimento, o GH, que evita o acumular de gordura, ajuda a melhorar o desempenho físico e combate doenças ósseas, como a osteoporose. A hormona de crescimento tem a função de renovação e multiplicação celular, além de retardar o processo de envelhecimento. É essa multiplicação celular que renova a derme, trocando as células velhas por novas. Portanto, a formação das rugas pode ser amenizada com noites bem dormidas. O neurologista descobriu que cerca de 1% do peso é perdido enquanto dormimos. O período mais importante do sono acelera o metabolismo. Sem a perda de peso noturna há desequilíbrio, pois ganhamos peso durante o dia. Segundo Walter Moraes (2012), sem uma

noite de sono tranquila a libertação de hormonas fica desequilibrada. Estudos em laboratório mostram que as pessoas com privação de sono apresentam alterações metabólicas, o que dificulta o emagrecimento e pode provocar doenças relacionadas com a obesidade no futuro (Sociedade Brasileira do Sono, 2012). Crispim, Zalcman, Dáttilo, Padilha, Tufik & Mello (2007) concluem no seu estudo que a modificação do padrão de sono, nomeadamente a diminuição do tempo de dormir, pode levar a desajustes endócrinos que induzem ao aparecimento da obesidade, tais como a diminuição dos níveis da leptina e aumento dos níveis da grelina. Segundo os autores, a diminuição do tempo de sono, pode aumentar não somente o apetite, como também a preferência por alimentos mais calóricos.

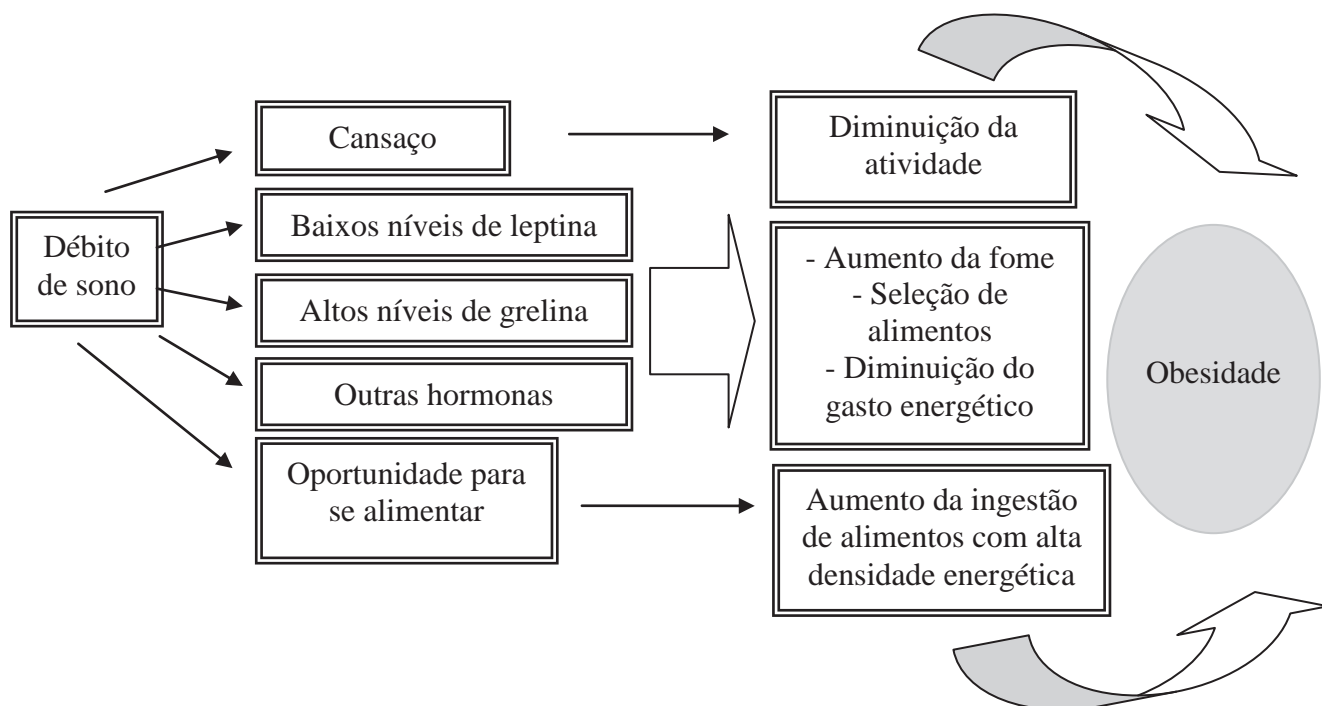
Moreira, Santos, Padrão, Cordeiro, Bessa, Valente, Barros, Pereira, Mitchell, Lopes e Moreira (2010) estudaram a educação parental e a duração do sono, na medida em que estas possam interferir com a dieta e as preferências alimentares das crianças. Segundo Carter, Taylor, Williams e Taylor (2011), as crianças que não dormem o suficiente têm um risco aumentado de se tornarem obesas. A amostra deste estudo foi constituída por 244 crianças da Nova Zelândia dos três aos sete anos. Mecanismos comportamentais e hormonais foram propostos para explicar o fato da privação do sono provocar obesidade. A privação do sono diminui as concentrações séricas de leptina e aumenta as de grelina, aumentando assim o apetite. Para além disso, a própria fadiga resultante da má qualidade do sono pode levar a uma consequente diminuição do exercício físico voluntário e involuntário (Carter *et al.* 2011).

A literatura tem vindo a determinar a relação entre o padrão de sono e a ingestão alimentar (Geliebter, Gluck, Tanowitz, Aronoff & Zammit, 2000; Karlsson, Knutsson, Lindahl & Alfredsson, 2003). Alguns estudos têm observado que a diminuição do número de horas de sono encontra-se associada a dois comportamentos endócrinos paralelos capazes de alterar significativamente a ingestão alimentar, que são a diminuição dos níveis de leptina e o aumento dos níveis de grelina, resultando assim no aumento da apetite e da ingestão alimentar (Berthoud, 2006; Dzaja, Dalal, Himmerich, Uhr, Pollmacher & Schuld, 2004). A leptina é uma proteína composta por 167 aminoácidos. Esta hormona afeta a saciedade, o controlo de peso e a distribuição da gordura corporal. Contribui no controlo da ingestão alimentar, atuando em células neuronais do hipotálamo. Esta ação no sistema nervoso central, através do hipotálamo, promove a redução da ingestão alimentar e o aumento do gasto energético, além de regular a função neuroendócrina e o metabolismo da glicose e de gorduras (Knutson, 2007; Ahima & Flier, 2000). Segundo Knutson (2007), a leptina participa na regulação do sono, diminuindo sistematicamente o sono REM e estimulando o sono NREM. Esta hormona encontra-se elevada durante o sono normal, elevação que pode estar relacionada com a

resposta da ingestão alimentar ocorrida durante o dia apesar de se pensar que o sono, por si só, pode afetar a regulação da leptina (Knutson, 2007; Spiegel, Leproult, L’Hermite-Baleriaux, Copinschi, Penev e Van Cauter, 2004).

A grelina é um péptido constituído por 28 aminoácidos. Esta hormona desempenha um papel importante na estimulação da hormona de crescimento no eixo hipotálamo-hipófise, no aumento do apetite e ingestão alimentar e também no aumento do peso corporal (Inui, Asakawa, Bowers, Mantovani, Laviano & Meguid, 2004; Dzala et al. 2004). Além da leptina, também a grelina está envolvida na regulação do sono em humanos, sendo esta hormona responsável pela promoção do sono lento ou sono NREM (Weikel, Wichniak, Ising, Brunner, Friess & Held, 2003). Apesar de ser uma hormona estimuladora da fome, durante o sono verifica-se um aumento dos níveis de grelina. Assim, as evidências envolvem o aumento da relação grelina/leptina e conseqüente estimulação da sensação de fome na alteração do normal padrão de sono (Spiegel et al. 2004).

Figura n.º 2: Mecanismo pelo qual o débito de sono pode levar à Obesidade. Adaptado de Taheri (2006, pág. 881-4)



2.2. Depressão

No que concerne à depressão, estudos demonstram que as alterações mais frequentes em indivíduos com obesidade, a nível emocional, são as depressivas seguidas das de tipo ansioso e que as mesmas interferem no tratamento (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004). Para além disso, a sociedade atual vive em obsessão constante face à magreza e aversão em relação à gordura, pensamentos presentes nas distintas faixas etárias (Ferriani, Dias, Silva & Martins, 2005). Assim, é perceptível que os indivíduos com obesidade que não se identifiquem com uma imagem supostamente idealizada de magreza, apresentem baixos níveis de auto estima e se sintam mais deprimidos do que os indivíduos com um peso considerado normal (Ogden, 2004). Apesar de não existir consenso entre os autores, a morbidade psicológica, essencialmente a ansiedade e a depressão, pode ser considerada causa ou consequência da obesidade na infância (Luiz, Goraeyb, Júnior & Domingos, 2005).

Entre os transtornos psicológicos estudados na infância e adolescência, a depressão tem suscitado crescente interesse, principalmente pela frequência com que este diagnóstico tem sido feito. Mas, durante muito tempo acreditou-se que as crianças raramente apresentavam depressão. Atualmente existem evidências, derivadas de um número substancial de estudos, de que transtornos depressivos também surgem durante a infância e não apenas na adolescência e na vida adulta (Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989). A depressão é um problema de Saúde Pública muito complexo e gera fortes danos psicossociais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003, cit. por Araújo, Coutinho & Pereira, 2008), esta patologia é uma das perturbações de humor mais significativas do mundo atual, ocupando o quarto lugar das dez principais causas de patologia a nível mundial. Son e Kirchner (2000) aponta que atualmente que os sintomas depressivos afetam 2% das crianças.

Segundo Barlow & Durand (2006), os transtornos depressivos dão-se com menos frequência nas crianças do que em adultos, porém esta eleva-se de forma considerável na adolescência (Barlow & Durand, 2006, pág. 218). Os referidos autores defendem ainda que as crianças com menos de 9 anos apresentam mais irritabilidade e variações emocionais que estados maníacos clássicos. Algumas das sintomatologias apresentadas para a faixa etária em estudo são entre outras a “infelicidade prolongada, ânimo sombrio, irritabilidade, socialização diminuída, problemas para dormir, baixa auto-estima, fobias, ansiedade de separação, conduta agressiva, desempenho escolar baixo, culpa (...)” (Carlson & Kashani, 1998; cit in Barlow & Durand, 2006, pág. 219).

A sintomatologia depressiva nas crianças “por vezes trata-se de um estado de solidão marcado pela falta de esperança, a depressão é vivenciada pelas crianças sem que ninguém se

aperceba. O estado depressivo da criança segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002, 2002) diz-nos que “em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável em vez de triste. O sujeito deve igualmente experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicida (APA, 2002, 2002, pág. 349)

Na idade escolar (6/7 aos 12 anos), o humor depressivo já é verbalizado como tristeza, irritabilidade ou tédio. Estas crianças apresentam uma aparência triste, choro fácil, fadiga, apatia, isolamento, rendimento escolar reduzido, ansiedade de separação, fobias e desejo de morrer. Também podem manifestar dificuldade de concentração, queixas somáticas, perda de peso, insónia e sintomas psicóticos. A diminuição do desempenho poder-se-á dever ao decréscimo de concentração e interesse próprios do quadro depressivo. No domínio social é comum a criança não ter amigos, dizer que os colegas não gostam dela ou apresentar um apego exclusivo e excessivo a animais. Pode surgir ainda uma inabilidade em divertir-se (anedonia), haver uma pobreza de relacionamento com os seus pares e uma baixa auto-estima (Bahls, 2002).

2.2.1. Depressão e obesidade

Relacionar a obesidade com a depressão tem sido uma tarefa a que alguns pesquisadores se têm dedicado. Alguns estudos referem que as pessoas com excesso de peso apresentam a nível emocional, características depressivas, sendo as do tipo ansioso as segundas mais prevalentes (Black, Goldstein & Mason, 1992; Glinski, Wetzler & Goodman, 2001; Lopes, 2004). Para além disso, quanto maior o grau de obesidade, maiores são os efeitos negativos sobre a imagem corporal e a convivência social das pessoas com obesidade (Almeida, Oliveira & Vieira, 2008).

Podemos salientar que, no DSM-IV-TR (APA, 2002) a depressão na criança pode ter início com a perda de interesse pelas atividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se através do aborrecimento constante, do predomínio da apatia, da dinâmica e redução significativa da atividade, podendo por vezes manifestar-se em tristeza e diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa auto-estima, ideia de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtorno do sono e da alimentação.

Esta perturbação parece ocorrer com a mesma incidência em ambos os sexos e, de um modo geral, é caracterizada por um défice no desenvolvimento das interações sociais e escolares (APA, 2002). A nível das diferenças de género, Weissman e Klerman (1977, cit in Serrão, Klein & Gonçalves, 2007) referem que, nas crianças, o sexo feminino tem maior tendência para a depressão que o sexo masculino.

Em Portugal verificou-se, num estudo realizado por Passos e Machado (2002), referente ao estado depressivo em crianças, que 128 crianças de uma amostra total de 995, eram portadoras de sintomatologia depressiva. Esta amostra clínica corresponde a uma prevalência de vivência depressiva de 13% sendo homogénea quanto ao sexo. Relativamente à idade, apurou-se uma percentagem significativa, de sintomatologia depressiva de 69.5% em idades compreendidas entre os 11 e os 12 anos.

Relativamente à perceção que as crianças têm da sua saúde, verifica-se que estes identificam a obesidade como propícia ao aparecimento de problemas cardíacos, bem como, de outras doenças como é o caso da hipertensão e dos derrames (Serrano, Vasconcelos, Silva, Cerqueira & Pontes, 2010). Estudos têm mostrado que crianças com obesidade possuem um risco maior de desenvolver problemas psicológicos e de saúde, postulando a associação entre a obesidade e a depressão (Carpenter, Hasin & Alison, 2000).

A criança com obesidade tende a sentir-se menos satisfeita com a sua aparência física, uma vez que a criança se percebe de forma negativa em relação à sua aparência física (Barlow, 1999; Buéla-Casal & Caballo, 1991; Kimm et al., 1999, citado por Simões & Meneses, 2007). Sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade, dependendo da intensidade e da frequência, podem ser indícios de quadros depressivos em crianças. As súbitas mudanças de comportamentos nas crianças, não justificadas por fatores estressantes, são de extrema importância para justificar um diagnóstico de transtornos depressivos. Os sintomas depressivos podem interferir na vida da criança de maneira intensa, prejudicando seu rendimento escolar e seu relacionamento familiar e social (Fu-I, Curatolo, & Friedrich, 2000). A alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso poderá desencadear uma desvalorização da autoimagem e do autoconceito no indivíduo com obesidade, diminuindo assim a autoestima. Consequentemente, poderão surgir sintomas depressivos e/ou ansiosos, uma diminuição do bem-estar e um aumento da sensação de inadequação social, com uma consequente degradação da performance relacional (Travado et al., 2004).

A relação entre a obesidade e a depressão parece estar intimamente ligada, uma vez que, segundo a Direcção Geral de Saúde “existe melhoria dos estados de ansiedade, depressão e auto-estima em obesos com grandes perdas de peso, após cirurgia da obesidade. As

pequenas perdas de peso, obtidas de forma conservadora, também contribuem para a melhoria da qualidade de vida” (DGS, 2005, pág.17).

3 - Sono, depressão e obesidade em crianças

3.1. Relação entre sono, depressão e obesidade

Tal como na depressão da adolescência e da idade adulta, a criança pode apresentar transtornos depressivos quando apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersônia, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade, de culpa excessiva e falta de concentração (APA, 2002). Já Morais e Confraria (1997) defendem que os pontos fundamentais da síndrome depressiva são: “(...) a diminuição da autoestima e a autoacusação; as perturbações psicomotoras, sendo mais frequente a lentificação psicomotora mas podendo também existir hiperatividade ou até agitação; as perturbações somáticas, sobretudo alterações do apetite ou do sono” (Morais & Confraria, 1997, pág. 54).

Son e Kirchner (2000) referem que, na maioria das crianças, a depressão é atípica, podendo apresentar sintomas comuns próprios da patologia como tristeza e ansiedade, expectativas pessimistas, mudanças nos hábitos e no sono ou, por outro lado, problemas físicos como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal-estar geral que não se enquadram no tratamento habitual. As crianças com depressão atípica ocultam os sentimentos depressivos através da irritabilidade, da agressividade, hiperatividade e rebeldia.

De acordo com Pires (2004), a depressão infantil deriva de muitos fragmentos, assim como os equivalentes depressivos que podem representar certas alterações, como: perturbações de sono e alimentação, esfinterianas, somáticas, perturbações de aprendizagem escolar e perturbações do comportamento.

Segundo Spanemberg e Juruema (2004), as crianças com fadiga, para além de se sentirem cansadas, quando se sentam, apresentam uma postura curvada, olhando para o chão. Em geral, são também consideradas hipoativas, podendo apresentar uma fala monótona, vagarosa e sem expressão, respondendo com monossílabos. Porém, apesar de se sentirem cansadas, podem muitas vezes ter dificuldade em dormir. Paralelamente, normalmente, as crianças deprimidas não possuem capacidades suficientes para retirar reforços positivos do ambiente. Habitualmente, estas crianças são menos populares socialmente. Ocorrendo um

défice de competências sociais. No entanto, é relevante referir que não é evidente a relação entre a incapacidade social e a depressão (Clerget, 2001).

O sono ocupa quase um terço da vida do ser humano e, por isso é um aspeto muito importante, pelo que é essencial para o crescimento e estabilidade física e mental. A privação do sono não enfraquece apenas as funções físicas e mentais, assim como decresce a produtividade laboral assim como pode causar problemas mentais como a depressão (Lee, 2000). Todavia, e tendo em conta a natureza da vida atual, nem sempre o sono é respeitado, principalmente nas grandes cidades. O crescente número de atividades e de obrigações a que as crianças estão sujeitas, muitas vezes, podem impor às mesmas, um padrão de sono irregular e insatisfatório. A este nível, a literatura evidencia que a maior parte das crianças, entre os 5 e os 12 anos, dorme cerca de 9 horas e meia por noite, sendo aconselhado um padrão de sono com uma durabilidade superior, cerca de 11 a 12 horas (Busse & Baldini, 1994).

Os estudos realizados têm demonstrado que aproximadamente um terço das crianças em idade escolar sofre de problemas do sono (Blader, Koplewics, Abikoff & Foley, 1997; Kahn, et al. 1989; Rona, Li, Guilford & Chinun, 1998). Ivanenko, Cabtree e Gozal (2005) corroboraram esses dados assumindo que entre 13% e 27% dos pais de crianças entre os 4 e os 12 anos que foram alvos de uma medida de auto-relato indicam que os filhos apresentam problemas de sono, como, por exemplo, resistência na hora de dormir, insónia inicial, sonolência ao acordar, ressonar, despertares noturnos, sonambulismo e sonolência diurna (Ivanenko, Cabtree & Gozal, 2005). No nível das parassónias, e segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), entre 10% e 50% das crianças de três a cinco anos têm pesadelos de intensidade suficiente para preocupar os pais, enquanto entre 1% e 6% das crianças apresentam terrores noturnos. Quanto às diferenças de género, alguns estudos revelam que há uma maior incidência de problemas do sono, como a insónia, no sexo feminino do que no sexo masculino, para as diferentes faixas etárias (Ford & Cooper-Patrick, 2001; Sadeh, Raviv & Gruber, 2000). Por seu lado, as diferenças individuais, como a saúde da criança, a maturidade desenvolvimental e o próprio temperamento da mesma, também contribuem para as dificuldades no nível do padrão do sono (Morrell & Steele, 2003).

Na opinião de alguns autores (Sroufe, Duggal, Weinfield & Carlson, 2000) o processo de desenvolvimento pode ser afetado por fatores biológicos que podem despertar um humor depressivo na criança, como a hereditariedade e a presença de alterações hormonais. A hereditariedade revela-se como um dos fatores biológicos mais relevantes no estudo da depressão infantil. Os filhos de pais afetivamente doentes ou com parentes adultos com transtornos afetivos, revelam muitas vezes os mesmos sintomas que os seus familiares. Deste

modo, crianças cujos pais, ou apenas um dos pais, apresentem uma perturbação depressiva, têm maior probabilidade de desenvolverem a mesma patologia. Segundo Sroufe e col. (2000), as crianças que têm os dois progenitores com doença depressiva, têm quatro vezes maior probabilidade de ter uma perturbação depressiva do que crianças com pais sem esta patologia. Deste modo, a depressão infantil em crianças é 1.5 a 3 vezes mais comum quando um dos progenitores possui esta patologia, em relação à população em geral (APA, 2002).

Em termos epidemiológicos, na população em geral a prevalência da depressão varia em torno de 4% a 10%, sendo também visível uma maior incidência entre as mulheres, oscilando de 10% a 25%, enquanto entre os homens atinge 5% a 12% (Zavaschi, Satler, Poester, Vargas, Piazenski, Rohde & Eizirik, 2002). Numa recente revisão sobre a epidemiologia dos distúrbios depressivos, em crianças e adolescentes, Bahls (2002) encontrou o resultado da prevalência-ano para a depressão major de 0.4% a 3% em crianças e de 3.3% a 12.4% em adolescentes. No nível das diferenças de género, referem que, nas crianças, o sexo feminino tem maior tendência para a depressão que o sexo masculino (Weissman et al. 1977)

Os indivíduos com esta patologia percebem a obesidade como uma doença, repercutindo-se negativamente sobre a sua saúde, apresentando uma baixa auto-estima e a sensação de isolamento (Serrano, Vasconcelos, Silva, Cerqueira & Pontes, 2010). A obesidade gera uma expectativa negativa sobre o corpo físico, podendo desenvolver distúrbios de imagem corporal, expressos por meio de humor depressivo, ansiedade, culpa, desânimo, privação, exclusão e problemas e comportamento alimentar (Saikali, Soubhia, Scalfaro, Cords, 2004, cit in Serrano *et al.* 2010). Para compensar essa baixa auto-estima, recorrem ao prazer que o alimento causa, contribuindo para a manutenção e agravamento da obesidade (Ferriani et al., 2005). A doença crónica na infância pode ser vista como uma fonte geradora de depressão nas crianças (Boekaerts & Roder, 1999; Bradford, 1997). De acordo com Bradford (1997), apesar do desenvolvimento das tarefas realizadas pela criança com problemas de saúde serem as mesmas de crianças sem problemas de saúde, pode a doença causar sintomas depressivos.

De acordo com Boekaerts e Roder (1999), a adaptação da criança à doença crónica é determinada pela interação entre fatores de risco e proteção. Os fatores de risco são variáveis e predisõem a criança a uma má adaptação à doença. Neste sentido, deve-se ter em conta três fatores: as variáveis da doença (gravidade, visibilidade, problemas médicos associados), o nível de funcionamento interdependente da criança, e os stressores psicossociais que se relacionam com a doença e acontecimentos de vida. Os fatores de proteção, por outro lado, são aqueles que fazem com que a criança se desenvolva bem diante de situações adversas

como variáveis intra-pessoais (temperamento, capacidades para resolver problemas), ecologia social (ambiente familiar, apoio social, recursos utilitários) e capacidade no processamento do stress (avaliação cognitiva e estratégias para enfrentar) (Boekaerts et al., 1999). Burke e Elliot (1999) consideraram mesmo imprescindível verificar se existe relação entre diversas doenças crônicas na infância e o surgimento de depressão.

McElroy, Kotwal, Malhotra, Nelson, Keck e Nemeroff (2004) realizaram uma pesquisa bibliográfica onde procuraram relacionar obesidade com perturbações do humor. Os resultados sugerem que crianças e adolescentes com perturbações depressivas major podem apresentar um risco aumentado de desenvolver excesso de peso. De um modo geral, foi encontrada uma associação entre obesidade e distúrbios de humor em estudos de fenomenologia, comorbilidade, história familiar, biologia e resposta ao tratamento farmacológico a estas patologias (McElroy *et al.*, 2004). É de salientar ainda que, no seu estudo com 46 adolescentes do género feminino, dos 11 aos 16 anos, utentes do Hospital Maria Pia do Porto, Hospital de Aveiro e de uma clínica privada, Malpique, Lima, Dulce e Confraria (2003) verificaram que “(...) as obesas se apresentavam mais deprimidas mas tinham melhor autoconceito que as segundas” (Malpique, Lima, Dulce, & Confraria, 2003, pág. 34).

O sono e a depressão são fenómenos complexos, sendo difícil a compreensão da relação que os une (Ford et al., 2001). Tal como o sono pode ser um sintoma de psicopatologia infantil ou de um significante de stress na vida da criança, a psicopatologia pode resultar do sono insuficiente e da conseqüente fadiga ou por eles ser exacerbada (Sadeh, Raviv & Gruber, 2000).

Importa perceber a essência do papel que cada variável assume nesta relação. Por um lado, os esquemas cognitivos presentes na depressão infantil, como a perceção negativa do *self*, dos outros e do mundo ou da própria saúde, aumentam o estado da vigília, interferindo assim com o início do sono ou com a manutenção do mesmo, podendo desencadear problemas de sono. Por outro lado, e tendo em conta que a insónia é mais do que um mero processo biológico, a mesma poderá despoletar os determinantes da depressão (Stores, 2003).

Stein, Mendelsohn, Obermeyer, Amromin e Benca (2001) realizaram um estudo com o intuito de avaliar a prevalência dos distúrbios do sono na idade escolar e analisar a associação desses distúrbios com psicopatologia. O que encontraram foi que o aumento da prevalência da depressão, hiperatividade e outras desordens psiquiátricas em crianças e adolescentes pode, de certa forma, ser o resultado de problemas de sono precoces. A validar essa conjectura surge uma pesquisa levada a cabo por Roberts, Roberts e Chen (2001), que constata inúmeras

evidências que um sono com pouca qualidade está associado com problemas emocionais e comportamentais na adolescência. Os estudos realizados nessa faixa etária mostram que o grupo de jovens com problemas emocionais, comportamentais e psiquiátricos apresentam um rácio de distúrbios do sono elevado (Carskadon, 1990; Dahl, 1996; Roberts *et al.*, 2001). Esta ligação dos distúrbios de sono com a psicopatologia é corroborada ainda por um outro estudo, no qual os adolescentes com problemas do sono apresentam mais problemas de ansiedade, de depressão, irritabilidade, fobias, raiva, instabilidade emocional, comportamento e atenção (Carskadon, 1990; Choquet & Menke, 1987; Liu, Sun, Uchiyama, Shibui, Kim & Okawa, 2000).

Gillin (1998) verifica mediante uma cuidadosa análise que a insónia e a hipersónia são fatores de risco para o desenvolvimento posterior ou recorrente da depressão e de estados de ansiedade (Stores, 2003). Weissman, Greenwald, Nino- Murcia e Dement (1997) corroboram esta ideia, ao constatar que a insónia tem sido cada vez mais associada com o aumento do risco de perturbação depressiva major, perturbação de pânico e abuso de álcool. Outros autores, com base nos seus próprios estudos, sugerem que os indivíduos com perturbação do sono apresentam alto risco de desenvolver depressão nos anos posteriores (Ford *et al.*, 2001).

Relativamente, às alterações hormonais, as crianças com sintomatologia depressiva possuem uma diminuição de hormonas de crescimento durante o sono (Clerget, 2001). Deste modo, e de acordo com Clerget (2001), através da realização do teste de estímulo de insulina, que avalia a libertação da hormona de crescimento, tornou-se evidente que as crianças que se encontram num estado depressivo apresentam uma menor produção de hormonas de crescimento. Hormona esta que evita o acumular de gordura como já foi anteriormente dito (Sociedade Brasileira do Sono, 2012). Esta insuficiência, por norma, desaparece após os tratamentos farmacológicos. Salienta-se também que é rara a depressão que não esteja acompanhada de problemas de sono em qualquer idade (Clerget, 2001).

Uma investigação (Vioque, Torres & Quiles, 2000) conduzida em Espanha mostrou uma associação entre a obesidade e a duração do sono, apontando que um tempo de sono igual ou inferior a 6 horas aumenta o risco de aumento de peso. Taheri (2004) sugere que tanto a privação como o excesso de horas de sono pode afetar o estado nutricional. Grupta e seus colaboradores (2002) verificaram no seu estudo (*Heartfelt Study*) que os indivíduos com obesidade dormiam menos tempo do que os não considerados obesos. Para cada hora de sono a propensão para a obesidade aumentava 80% (Grupta, Mueller, Chan & Meininger, 2002). Em Portugal, segundo Padez e colaboradores (2009) num estudo realizado com crianças portuguesas foi encontrada associação entre a duração de sono e a obesidade e o excesso de

peso. No mesmo estudo sugere-se que o ambiente familiar influencia os hábitos de sono. Relacionaram, igualmente, o impacto do tempo que as crianças dedicam a ver televisão com os distúrbios de sono.

A depressão pode ser também sintoma de patologias orgânicas, como os distúrbios endocrinológicos e neurológicos (Rose, 1998). Pode ainda, ser mais frequente em alguns grupos de crianças, como as portadoras de problemas crônicos de saúde e dificuldades acadêmicas (Amaral & Barbosa, 1990; Miyazaki, 1993; Weinberg, Rutman, Sullivan, Penich, & Dietz, 1973). Entre tais grupos vulneráveis para o desenvolvimento da depressão infantil, encontra-se também o das crianças obesas. A obesidade muitas vezes acarreta dificuldades comportamentais, interferindo, assim, no relacionamento social, familiar e acadêmico da criança. Andriola e Cavalcante (1999) consideram ainda que quanto mais problemas de comportamento a criança apresentar maior será a probabilidade de desenvolver um quadro depressivo.

Csabi, Tenyi e Molnar (2000) realizaram um estudo com o objetivo de comparar um grupo de 30 crianças obesas com um grupo de 30 crianças não obesas, no que se refere à presença de sintomas depressivos. Os resultados desse estudo mostraram uma maior proporção de sintomas depressivos em crianças obesas quando comparadas com as de peso normal. Erickson, Robinson, Haydel e Killen (2000) encontraram aumento significativo da frequência de sintomas depressivos, apenas entre as meninas; dados aparentemente relacionados com a preocupação com o excesso de peso.

Parte II - Estudo Empírico

Nesta segunda parte, dedicar-nos-emos à parte empírica do trabalho que compreende a descrição da investigação realizada. Dedicaremos uma parte à metodologia e outra à descrição dos resultados obtidos. Posteriormente, será realizada a interpretação e discussão dos resultados e, por último, apresentaremos as limitações do estudo, conclusões e sugestões para futuras investigações.

4. Metodologia

Após a realização da fundamentação teórica essencial para enquadrar e contextualizar a temática em estudo, torna-se necessário elaborar uma apresentação relativamente à metodologia utilizada. Serão apresentados inicialmente os objetivos que nos propusemos testar. Posteriormente, serão enumeradas as variáveis estudadas e descritos os procedimentos de recolha de dados. Seguir-se-á a caracterização sociodemográfica da amostra total por género, pelos diferentes padrões de sono e sintomatologia depressiva. Por fim, serão apresentadas as medidas de avaliação e os procedimentos de análise de dados.

4.1. Objectivos e Desenho de Estudo

O principal objetivo do estudo é analisar a relação entre os padrões do sono e a depressão numa amostra de 15 crianças com obesidade. Como objetivos específicos pretende-se caracterizar a amostra a nível sociodemográfico; verificar se existe uma correlação positiva entre obesidade, a depressão e os padrões de sono inadequados ou disfuncionais; verificar se existem diferenças no género relativamente à obesidade e problemas de sono; verificar de que forma a perceção de saúde se correlaciona com a qualidade e quantidade de sono e com a obesidade, contribuindo para a criação de futuros programas de intervenção.

Atendendo aos objetivos traçados, delineou-se uma investigação quantitativa, correlacional, uma vez que procura avaliar a relação entre as variáveis e descrever as modificações intrínsecas da relação entre as mesmas. Relativamente ao momento de avaliação, este estudo será transversal já que somente um grupo será testado num dado momento do tempo. Para além disso, será uma investigação do tipo 2, ou seja, entre-sujeitos (*between subjects*) pois todos os elementos da amostra passarão pela mesma avaliação. Trata-se de um estudo quantitativo prevalecendo as regras de raciocínio dedutivo (Almeida & Freire, 2003).

4.2. Variáveis em Estudo

Como foi referido, trata-se de um estudo de índole correlacional, sendo as variáveis seleccionadas em função do enquadramento teórico (D'Hainaut, 1990) assim as variáveis alvo do presente estudo foram seleccionadas tendo por base a revisão bibliográfica efetuada e de acordo com os objetivos do estudo. Estas podem ser agrupadas em variáveis clínicas, variáveis sociodemográficas e variáveis psicológicas. Como variáveis clínicas temos presença de problemas de saúde, consultas médicas ou outras que a criança frequente, perceção da

saúde que a criança tem e pratica de exercício físico. Como variáveis sociodemográficas temos a idade, o género, a escolaridade, a área de residência e o nível socioeconómico. Por último, como variáveis psicológicas temos a depressão e os padrões do sono.

4.3. Procedimentos de Recolha dos Dados

Para a realização deste estudo, recorreremos a uma amostra de conveniência de 15 crianças que frequentam a consulta no Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos. Foi selecionada esta unidade de saúde para a recolha de dados, por se tratar de um local de fácil acesso ao investigador e por proporcionar uma amostra significativa da população infantil portuguesa com obesidade, uma vez que são seguidas na Consulta de Obesidade do Hospital.

Numa primeira etapa, solicitámos autorização para realizar a investigação à Comissão de Ética do Hospital Santa Maria Maior EPE Barcelos, pedido aceite e aprovado igualmente pelo Conselho de Administração do Hospital. Para isso, enviámos à Comissão de Ética uma carta mencionando o interesse de um estudo desta natureza no contexto institucional, à qual juntámos um exemplar do projeto da tese e dos instrumentos que pretendíamos utilizar.

De acordo com as exigências éticas, antes da realização da recolha da amostra foi explicado aos pais ou encarregados de educação os objetivos da investigação. Foi entregue um consentimento informado sobre o estudo realçando a sua finalidade, a importância do seu contributo para a realização científica, a garantia da confidencialidade dos dados e salientando ainda o carácter voluntário da participação da criança no estudo. Após estes esclarecimentos, e satisfeitas todas as dúvidas que pudessem ter, e concordando em participar, os pais ou os encarregados de educação, a criança e a investigadora dataram e assinaram o Consentimento Informado. A ficha dos dados clínicos e sociodemográficos foi preenchida pela investigadora juntamente com a criança e os pais, após dadas as instruções.

Os pais das crianças preencheram de forma voluntária o *Questionário sobre o Padrão Sono-Vigília de Crianças em idade escolar (PSVC)*, onde indicaram a frequência dos problemas de sono que afetam os seus filhos, bem como aspetos relacionados com os hábitos e comportamentos associados ao sono e aspetos de saúde.

Dos 40 questionários que tínhamos programado inicialmente, foram apenas entregues e recolhidos 15 questionários no total. Não foram entregues questionários a crianças que possuíam critérios de exclusão, como por exemplo crianças com diabetes, a incapacidade de preenchimento e incompreensão das medidas de avaliação.

4.4. Amostra

Recorreremos a uma amostra de conveniência, constituída por 15 sujeitos (N=15), tratando-se de crianças com obesidade compreendidas na faixa etária entre os 8 e os 10 anos, utentes do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos.

São considerados critérios de exclusão, o fato de possuírem a Diabetes *Mellitus*, a incapacidade de preenchimento e incompreensão das medidas de avaliação.

4.4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 15 sujeitos, com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos de idade, sendo que 4 (26.7%) são do género masculino e 11 (73.3%) do género feminino. Para além disso estão divididos entre cinco diferentes anos de escolaridade, sendo que nenhum dos sujeitos frequenta o 1º ou o 2º ano, 4 sujeitos frequentam o 3º ano (26.7%), 5 sujeitos frequentam o 4º ano (33.3%) e 6 frequentam o 5º ano (40.0%). A área de residência foi maioritariamente rural com um total de 14 sujeitos (93.3%) sendo que apenas 1 sujeito (6.7%) é proveniente da área urbana. Ao nível socioeconómico 14 dos sujeitos (93.3%) pertence ao nível médio e apenas 1 sujeito (6,7%) pertence ao alto, sendo que nenhum dos sujeitos pertence a um baixo nível socioeconómico.

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da Amostra (N=15)

Variáveis sociodemográficas	N	%
Gênero		
- Masculino	4	26,7
- Feminino	11	73,3
Escolaridade		
- 1º ano	0	0,0
- 2º ano	0	0,0
- 3º ano	4	26,7
- 4º ano	5	33,3
- 5º ano	6	40,0
Área de Residência		
- Urbana	1	6,7
- Rural	14	93,3
Nível Socioeconômico		
- Alto	1	6,7
- Médio	14	93,3
- Baixo	0	0,0

Nenhum dos sujeitos atesta ter problemas de saúde. Dos sujeitos apenas um diz ter uma percepção da sua saúde “excelente” (6.7%) assim como apenas um diz ter “fraca” (6.7%), três dizem ter “boa” (20%), dez sujeitos dizem ter “satisfatória” (66.7%) sendo esta a maioria. Dos sujeitos, dez praticam exercício físico (66.7%) e cinco não praticam nenhum exercício físico (33.3%).

Quadro 2. Caracterização clínica da Amostra (N=15)

Variáveis clínicas	N	%
Problemas de Saúde		
- Sim	0	0,0
-Não	15	100
Perceção de Saúde		
- Excelente	1	6,7
- Boa	3	20
- Satisfatória	10	66,7
- Fraca	1	6,7
Exercício Físico		
- Sim	5	33,3
- Não	10	66,7

4.5. Material e Medidas de Avaliação

Foram utilizados instrumentos já adaptados e validados a esta população, sendo apenas desenvolvido para este estudo o questionário sociodemográfico.

4.5.1. Questionário sociodemográfico

Este questionário pretende recolher um conjunto de informações que possibilite a caracterização dos participantes. Os itens procuram recolher informação acerca da idade, género, escolaridade, peso, altura, índice de massa corporal, grau de obesidade, história familiar de obesidade, presença de doenças médicas associadas à obesidade (e.g., hipertensão arterial, diabetes), acompanhamento psicológico/psiquiátrico e medicação.

4.5.2. Questionário sobre o Padrão Sono-Vigília de Crianças (PSCV).

O instrumento utilizado para a recolha de dados relativamente aos hábitos, comportamentos e problemas do sono nas crianças foi o *Questionário sobre o Padrão Sono-Vigília de Crianças em idade escolar* (PSCV), adaptado, da autoria de Clemente e colaboradores, construído em 1997 e utilizado na dissertação de mestrado apresentada pela autora na Universidade de Coimbra (Clemente, 1997). Foi seleccionado este instrumento

português por ter sido desenvolvido por especialistas de sono do nosso país e possuir boas qualidades psicométricas, tais como uma adequada estabilidade temporal e validade fatorial, conforme descritas noutros trabalhos (Clemente, 1997; Clemente, Gomes, Ferreira, Pissara e Azevedo, 2000). Este questionário serviu de base para o primeiro estudo epidemiológico, em Portugal, sobre hábitos, comportamentos e problemas de sono em crianças de idade escolar, abrangendo cerca de 900 participantes e desde então numerosos trabalhos integrando este instrumento têm sido apresentados e aceites para publicação a nível internacional. Por exemplo: sobre sonambulismo e terrores noturnos (Clemente, Gomes, Ferreira, César, Pissarra, Coelho e Azevedo, 1998), ressonar (Ferreira, Clemente, Gozal, Gomes, Pissarra, César, Coelho, Silva e Azevedo, 2000), sono e problemas comportamentais/emocionais em crianças (Bos, Gomes, Clemente, Marques, Pereira, Maia, Soares, Cabral, Macedo, Gozal e Azevedo, 2007), entre outros.

O questionário PSVC inclui um campo de identificação pessoal da criança (idade, data de nascimento, sexo, escola que frequenta, ano de escolaridade) e profissão dos pais. É um instrumento constituído na sua maioria por questões fechadas de tipo Likert. É composto por 33 itens apresentados em 5 grupos que correspondem a: comportamentos associados à hora de deitar; comportamentos que ocorrem durante a noite; aspetos ligados ao acordar; comportamentos durante o dia e outros aspetos, tais como, problemas de saúde e medicação.

No grupo I (Hora de deitar), é solicitada a indicação da hora de deitar em dias de escola e aos fins-de-semana, através de uma questão aberta; é indagado o motivo da hora de deitar através de um item de escolha única, dentro de um conjunto de alternativas de resposta; é pesquisado o tempo para adormecer, de acordo com três categorias temporais e avaliados também comportamentos e/ou problemas relacionados com a hora de deitar ou início do sono através de uma escala de tipo Likert de quatro pontos, que correspondem às categorias de frequência “Nunca”; “Poucas vezes”; “Muitas vezes”; “Sempre”. No grupo II (Durante a noite), é avaliada a média de sono nos dois momentos (semana e fim-de-semana) e pesquisada a frequência de acordares noturnos, assim como a dificuldade em readormecer. Além destes aspetos, são também incluídos neste grupo, itens sobre vários fenómenos que ocorrem durante a noite. As respostas a estes itens, baseiam-se na mesma escala de frequência tipo Likert de quatro pontos. No grupo III (Acordar de manhã), é solicitada a hora habitual de acordar durante a semana e aos fins-de-semana, bem como o motivo que provoca o despertar. No grupo IV (Durante o dia), estão incluídos quatro itens. Um sobre a sesta, que acrescentámos ao questionário para a presente investigação e três sobre aspetos da vigília (sonolência, cansaço e irritabilidade). Nos quatro itens é utilizada também a escala de tipo Likert já

referida. No grupo V (Outros aspetos), estão presentes quatro itens: opinião sobre a presença ou ausência de um problema em dormir; procura de ajuda terapêutica para um problema de sono; uso de medicamentos para dormir e presença de doenças médicas. Neste grupo, os três primeiros itens são preenchidos através de uma escala nominal Sim/Não e o quarto item (doenças médicas) é apresentado com um sistema de resposta de escolha múltipla.

4.5.2.1. Características psicométricas do PSCV

Na avaliação da consistência interna da escala, tal como efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o *alpha de Cronbach* para o PSCV. Neste estudo não se efetuou a análise fatorial devido ao número reduzido de sujeitos da amostra, que não permite a realização desta análise. A escala total apresenta um *alpha de Cronbach* de .61, o que evidencia uma baixa consistência interna da escala, mas aceitável dadas as características do estudo nomeadamente a dimensão reduzida da amostra (N=15). Salienta-se ainda que os valores dos itens variam entre .5 e .6.

4.5.3. Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985; traduzido e validado por Gonçalves & Dias, 1999)

O CDI é um inventário de auto-resposta constituído por 27 itens que pode ser aplicado na pesquisa de sintomas depressivos em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos (Simões, 1999, in Lobo, 2003). Foi elaborado por Kovacs em 1985, tendo-se baseado no Inventário de Depressão de Beck, apesar dos itens relativos à libido terem sido substituídos por outros relacionados com o rendimento escolar e com o relacionamento com os colegas (Simões & Albuquerque, 1989).

A aplicação desta escala demora aproximadamente 10 a 20 minutos, devendo ser precedida de uma explicação inicial que assegure a sinceridade e atenção do sujeito. Cada item apresenta três possibilidades de resposta, correspondentes, respetivamente, a sintomas de indivíduos não deprimidos, moderadamente deprimidos e fortemente deprimidos, relativamente ao que têm sentido nas duas últimas semanas. Assim, cada item terá uma classificação que oscilará entre 0 (ausência de problema) e 2 (problema grave), pelo que o resultado total variará entre 0 e 54 pontos. Um resultado elevado traduzirá um estado clínico mais grave (Simões & Albuquerque, 1989), não havendo consenso quanto ao ponto de corte que distinga os níveis clínicos da depressão.

Para Passos e Machado (2002), o seu índice discriminativo (ponto de corte) situa-se na pontuação de 16 para a faixa etária dos 8 aos 12 anos e na pontuação de 19 para a faixa etária dos 13 aos 17 anos. Segundo um estudo realizado por (Simões & Albuquerque, 1989), o resultado superior ou igual a 19 “(...) classifica com exatidão 84% dos sujeitos da sua amostra, não produz falsos negativos, dá origem a um número reduzido de falsos positivos e a uma taxa de prevalência de 16% (...)”. Já no estudo de aferição para a população portuguesa de Helena Marujo (Fernandes, Ferronha & Machado, 1998) é apontado como ponto de corte o índice 33.7, ou seja, os indivíduos que pontuavam acima deste valor eram considerados deprimidos.

Com relação às pesquisas de adaptação e validação do CDI, o coeficiente de consistência interna do instrumento original foi de .86 (Kovács, 1983). Outras investigações que utilizaram versões adaptadas da escala para o contexto brasileiro também apresentaram condições psicométricas aceitáveis. O Alfa de Cronbach do inventário adaptado por Gouveia e col. (1995), foi de .81.

4.5.3.1. Características psicométricas da CDI

No que se refere à consistência interna desta escala para este estudo, foi calculado o *alpha de Cronbach* para a CDI. Não se efetuou a análise fatorial devido ao número reduzido de sujeitos da amostra, que não permite a realização desta análise. A escala total apresenta um *alpha de Cronbach* de .60, o que evidencia uma baixa consistência interna da escala, mas aceitável dadas as características do estudo nomeadamente a dimensão reduzida da amostra (N=15). Salienta-se ainda que os valores dos itens variam entre .54 e .70.

4.6. Procedimentos de Análise de Dados

O tratamento estatístico é, sem dúvida, uma fase crucial em qualquer trabalho de pesquisa, na medida em que nos permite atribuir uma significação aos dados obtidos pela aplicação dos questionários.

Os dados recolhidos foram processados pelo programa estatístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – versão 18.0)*. Foi efetuada uma análise descritiva dos mesmos e analisada a sua distribuição. Foram utilizados diferentes procedimentos estatísticos na caracterização da amostra e no estudo de associação entre as variáveis.

Os dados foram analisados recorrendo a procedimentos de análise descritiva, correlacional e estatística de associação. No estudo da distribuição dos dados não se efetuou

os teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* uma vez que o número de sujeitos da amostra é reduzido (N=15), sendo um dos pressupostos para estatística paramétrica violado. No mesmo sentido não foi necessário fazer o estudo de *Assimetria* e *Curtose*, bem como da *Homogeneidade* da variância através do teste de *Levene*. Assim, violados os pressupostos para a utilização de estatística paramétrica foram utilizados procedimentos de análise de dados da estatística não paramétrica.

No estudo de associação de variáveis utilizou-se a correlação de *Kendall's Tau*, uma vez que a amostra é bastante reduzida, e na comparação de grupos utilizou-se o teste de *Mann Whitney*. Foi assumido um valor de $< .05$ como valor de significância dos resultados e um valor de $< .10$ para tendência de significância.

5. Apresentação dos Resultados

Seguidamente são apresentados os resultados das análises estatísticas dos dados recolhidos de modo a dar resposta aos objetivos propostos. São salientados os resultados mais relevantes e com maior implicação para este estudo.

5.1. Hipótese 1: Espera-se uma relação positiva entre o padrão de sono disfuncional, a depressão e a obesidade

No que concerne à relação entre os padrões de sono disfuncionais, a depressão e a obesidade não se confirmou uma correlação positiva entre as mesmas, como seria esperado. Da análise da tabela verifica-se que apenas as categorias comportamentos durante o dia e durante a noite ($r=.524$, $p=.012$), durante o dia e outros aspetos relacionados com o sono ($r=-.503$, $p=.022$) e durante a noite igualmente com outros aspetos ($r=-.588$, $p=.007$) é que se correlacionam de forma significativa moderada, sendo que apenas a correlação entre os comportamentos durante o dia e a noite é que é positiva. Verifica-se ainda que nenhuma das categorias do padrão de sono se correlaciona com a depressão, não podendo deste modo ser estabelecida nenhuma associação. Isto pretende apurar se certos comportamentos que a criança tem durante a noite a influencia a ter outros comportamentos durante o dia. Os comportamentos durante a noite são: número de horas de sono; o número de vezes que a criança acorda durante a noite; se quando a criança acorda consegue voltar a adormecer sozinho; qual a frequência com que ressona, faz xixi na cama, tem pesadelos, levanta-se e anda enquanto esta a dormir, fala enquanto esta a dormir, range os dentes, e tem medo de dormir no escuro. Os comportamentos durante o dia que parecem estar relacionados com os anteriormente referidos são: se dorme a sesta; se tem sono durante o dia; se se sente cansado durante o dia; e se anda irritado durante o dia.

Contudo, dos resultados obtidos compreende-se que não podemos afirmar que nas crianças com obesidade, quantos mais problemas de sono maior o nível de depressão e vice-versa. Para além disso, dentro das categorias relacionadas com o padrão de sono, apenas podemos afirmar que crianças com pior padrão de sono durante a noite também terão durante o dia ou o contrário e, ainda, que quanto pior o padrão de sono durante a noite ou durante o dia melhor serão os outros aspetos relacionados com a saúde.

Quadro 3. Coeficiente de correlação de *Kendall's Tau* entre as subescalas do PSVC e a CDI (N=15)

Correlação de <i>Kendall's Tau</i>						
	CDItotal	Hora_deitar	Durante_noite	Acordar	Durante_dia	Outros_aspetos
CDItotal	1,000 α	-,061	,263	-,092	,085	-,260
Hora_deitar	-,061	1,000 α	,194	,123	,164	-,120
Durante_noite	,263	,194	1,000 α	,081	,524*	-,588**
Acordar	-,092	,123	,081	1,000 α	-,280	,246
Durante_dia	,085	,164	,524*	-,280	1,000 α	-,503*
Outros_aspetos	-,260	-,120	-,588**	,246	-,503*	1,000 α

** p<.01

* p<.05

5.2. Hipótese 2: Prevê-se diferenças de género relativamente aos problemas de sono em função do género

Dos resultados obtidos no que se refere à comparação rapazes e raparigas com obesidade, tendo em conta os problemas de saúde, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, ou seja, as raparigas não apresentam maiores problemas de sono como seria esperado (hora de deitar: $Z=-.524$, $p=.601$; durante a noite: $Z=-.662$, $p=.508$; acordar: $Z=-1.376$, $p=.169$; durante o dia: $Z=-.265$, $p=.791$; outros aspetos: $Z=-.664$, $p=.507$).

Da análise dos resultados verifica-se que em todas as categorias do questionário de sono os resultados são semelhantes entre rapazes e raparigas. Estes dados não são corroborados por alguns estudos que revelam que há uma maior incidência de problemas de sono, como a insónia, no sexo feminino do que no sexo masculino (Ford & Cooper-Patrick, 2001; Sadeh, Raviv & Gruber, 2000).

Quadro 4. Resultados do teste *U de Mann-Whitney* na comparação de grupos em função do género, para as categorias do PSVC (N=15)

	Mean Rank		Z	P
	Masculino (N=4)	Feminino (N=11)		
Hora_deitar	7.00	8.36	-.524	.601
Durante_noite	9.25	7.55	-.662	.508
Acordar	5.50	8.91	-1.376	.169
Durante_dia	7.50	8.18	-.265	.791
Outros_Aspetos	6.88	8.41	-.664	.507

**p<.01

*p<.05

5.3. Espera-se uma relação negativa entre os problemas de sono e a percepção de saúde

Da análise dos resultados não se verifica nenhuma correlação no que respeita à percepção de saúde e as componentes do padrão de sono. Desta forma, não se verifica a hipótese em questão, uma vez que não podemos afirmar que as crianças com uma percepção negativa da saúde apresentam mais problemas de sono e vice-versa.

Da análise da tabela verifica-se que apenas as categorias comportamentos durante o dia e durante a noite ($r=.524$, $p=.012$), durante o dia e outros aspetos relacionados com o sono ($r=-.503$, $p=.022$) e durante a noite igualmente com outros aspetos ($r=-.588$, $p=.007$) é que se correlacionam de forma significativa moderada, sendo que apenas a correlação entre os comportamentos durante o dia e a noite é que é positiva, tal como já tinha sido verificado na análise da primeira hipótese deste estudo.

Verifica-se ainda que nenhuma das categorias do padrão de sono se correlaciona com a depressão, não podendo deste modo ser estabelecida nenhuma associação.

Dos resultados obtidos compreende-se que, nas crianças com obesidade, não podemos afirmar que quantos mais problemas de sono, pior é a percepção de saúde das mesmas, ou o contrário.

Quadro 5. Coeficiente de correlação de *Kendall's Tau* entre as subescalas do PSVC e a percepção de saúde (N=15).

Correlação de <i>Kendall's Tau</i>						
	Hora_deitar	Durante_noite	Acordar	Durante_dia	Outros_aspetos	Percepção_saúde
Hora_deitar	1,000 α	,194	,123	,164	-,120	-,079
Durante_noite	,194	1,000 α	,081	,524*	-,588**	,273
Acordar	,123	,081	1,000 α	-,280	,246	-,015
Durante_dia	,164	,524*	-,280	1,000 α	-,503*	,233
Outros_aspetos	-,120	-,588**	,246	-,503*	1,000 α	,000
Percepção_saúde	-,079	,273	-,015	,233	,000	1,000 α

** p<.01

* p<.05

6. Discussão dos Resultados

As crianças encontram-se numa faixa etária dos 8 aos 10 anos de idade, com escolaridade que varia entre o 3º ano e o 5º ano, situando-se todos na faixa do percentil 95 para a idade e para o sexo.

No que concerne à relação entre padrão de sono, depressão e obesidade não se confirmou uma correlação positiva entre as mesmas, como seria esperado. Verifica-se ainda que nenhuma das categorias do padrão de sono se correlaciona com a depressão, não podendo deste modo ser estabelecida nenhuma associação.

Contudo, analisando a literatura (Moreira, 2005; Silva, 2007; Singh, Mulder, Twisk, van Mechelen & Chinapaw, 2008), é comprovada a relação entre a obesidade infantil, alguns padrões de sono negativos e a depressão. Esses padrões de sono negativos estão relacionados com o número de horas de sono que a criança estabelece, com o número de vezes que a criança acorda durante a noite e se quando a criança acorda consegue voltar a adormecer sozinho, qual a frequência com que ressoa, faz xixi na cama, tem pesadelos, range os dentes, medo de dormir no escuro, entre outros. Mesmo que uma relação causal formal não tenha sido claramente estabelecida neste estudo, a coocorrência entre alguns padrões de sono, a obesidade e a depressão, requerem maior atenção dos estudiosos da área. Somente o aumento de estudos nesta área poderá promover intervenções eficazes, combatendo esta problemática, que está a aumentar e a causar prejuízos à saúde física e emocional dos indivíduos.

Estes resultados não corroboram alguns estudos que têm demonstrado que aproximadamente um terço das crianças em idade escolar sofre de problemas do sono nomeadamente resistência na hora de dormir, insónia inicial, sonolência ao acordar, rressonar, despertares noturnos, sonambulismo e sonolência diurna (Blader, Koplewics, Abikoff & Foley, 1997; Ivanenko, Cabtree e Gozal, 2005; Kahn, *et al.* 1989; Rona, Li, Guilford & Chinun, 1998;). Verifica-se ainda que nenhuma das categorias do padrão de sono se correlaciona com a depressão, não podendo deste modo ser estabelecida nenhuma associação ao contrário do encontrado na literatura (Lee, 2000), que defende que a privação do sono não enfraquece apenas as funções físicas e mentais, assim como pode causar problemas mentais como a depressão.

No que se refere à comparação entre rapazes e raparigas com obesidade, tendo em conta os problemas de saúde, dos resultados obtidos neste estudo não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, ou seja, as raparigas não apresentam maiores problemas de sono como seria esperado. Estes dados não são corroborados por alguns estudos

que revelam que há uma maior incidência de problemas do sono, como a insônia, no sexo feminino do que no sexo masculino (Ford & Cooper-Patrick, 2001; Sadeh, Raviv & Gruber, 2000). Neste estudo é de referir como limitações o nosso número de sujeitos, uma vez que conseguimos aplicar a apenas a 15 sujeitos, dos quais quatro eram do género masculino e onze do género feminino. Esta limitação provavelmente terá implicado a não observância de diferenças entre os grupos, uma vez que a amostra era muito reduzida.

Da análise dos resultados não se verificou nenhuma correlação no que respeita à perceção de saúde e as componentes do padrão de sono. Assim, não podemos afirmar que as crianças com uma perceção negativa da saúde apresentam mais problemas de sono e vice-versa. Estes dados não evidenciam o que sustenta a literatura. Na opinião de Ogden (2004), os indivíduos com obesidade que não se identifiquem com uma imagem supostamente idealizada de magreza, apresentam baixos níveis de auto estima e tendem a sentir-se mais deprimidos do que os indivíduos com um peso considerado normal (Ogden, 2004). Podemos ainda encontrar estudos que sustentam que a criança com obesidade tende a sentir-se menos satisfeita com a sua aparência física, uma vez que a criança se percebe de forma negativa em relação à sua aparência física (Barlow, 1999; Buela-Casal & Caballo, 1991; Kimm et al., 1999, citado por Simões & Meneses, 2007). E ainda, a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso poderá desencadear uma desvalorização da autoimagem e do autoconceito no indivíduo com obesidade, diminuindo assim a autoestima. Consequentemente, poderão surgir sintomas depressivos e/ou ansiosos, uma diminuição do bem-estar e um aumento da sensação de inadequação social, com uma consequente degradação da performance relacional (Travado et al., 2004).

7. Conclusão, Limitações de Estudo e Implicações Futuras

No presente estudo, existem, pontos críticos que impõem limites à análise dos dados, que exige prudência e cuidado na interpretação dos dados. Como limitações do estudo, podemos citar as respostas em retrospectiva e em terceira pessoa do questionário padrão sono-vigília em crianças, uma vez que o(a) encarregado(a) de educação ou os pais da criança podem não ter a total e inequívoca precisão das informações solicitadas, por não se lembrarem da situação ou mesmo terem desconhecimento da mesma.

Ressalta-se a dificuldade da amostra ser muito reduzida, não podendo ter um número de sujeito mais representativo da população, considerando que o acesso aos pacientes era possível em apenas um dia específico que seria o dia em que vinham à consulta, de acordo com o agendamento de consultas estabelecido pelo Hospital, com uma periodicidade variável, que no mínimo seria mensal podendo ser trimestral ou superior.

Consideramos que o fato de não existir um grupo de controle também foi outra limitação do estudo. Esta foi uma amostra por conveniência de um grupo de crianças que frequentam as consultas de Desenvolvimento do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos.

A limitação temporal foi outra das limitações. O levantamento dos questionários junto da amostra foi elaborado em apenas três meses, uma vez que a autorização para aplicar os questionários surgiu em Junho. No mês de Julho a Orientadora de Estágio no local esteve de férias o que impossibilitou qualquer ação da parte da estagiária no sentido de avançar com os procedimentos de recolha de dados. Assim, esta recolha deu-se praticamente de Agosto a Outubro, o que consideramos que foi limitativo. Com mais tempo e com um maior número de participantes, talvez alcançássemos uma margem mais confortável de participantes.

Em suma, são ainda escassos os estudos que relacionam o sono, a depressão e a obesidade nesta população, dificultando uma discussão e análise mais aprofundada do assunto. Posto isto, sugere-se a replicação deste estudo com uma amostra mais vasta, com grupos de controle bem como o planeamento de estudos longitudinais.

Neste estudo não foi comprovada nenhuma associação entre as variáveis em estudo, os padrões de sono, a sintomatologia depressiva e a obesidade. Contudo, consideramos que isto se deve ao fato da amostra ser reduzida, uma vez que pelo fato de estes indivíduos não apontarem padrões de sono desajustados nem níveis significativos de depressão não é suficiente não afastar as hipóteses consideradas inicialmente. Espera-se que esta investigação, apesar das suas já referidas limitações, seja um contributo para aprofundar os conhecimentos

acerca do sono e da depressão, associados à obesidade e permita de alguma forma reunir dados pertinentes para futuras ações interventivas que promovam a melhoria da qualidade de vida e consequente satisfação da saúde da criança com obesidade.

Referências Bibliográficas

- Abreu, J. (2007). *Como Tornar-se Doente Mental*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Ahima, R.S. & Flier, J.S. (2000). Leptin. *Annu Rev Physiology*: 62.
- Ainsworth, P. (2000). *Understanding depression, Jackson*. Mississippi: University Press of Mississippi.
- Almeida, C.M.E. Oliveira, MRM & Vieira, CM (2008). A relação entre a imagem corporal e obesidade em usuárias de unidades de saúde da família. *Rev. Simbiologias* V.1, n. 1 - Maio.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação*. Braga: Psiquilibrios. 3º Edição.
- Almondes, K. M. & Araújo, J. F. (2003). Padrão do ciclo de sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8(1), p. 37-43.
- Amaral, V. L. A. R., & Barbosa, M. K. (1990). Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre depressão. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 7(1), 31-59.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: APA.
- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 419-428.
- Annals of Internal Medicine. *Insufficient Sleep, Diet, and Obesity*. Consultado em 22 Jul. 2012. Disponível em: <URL: <http://annals.org/journal.aspx>
- Araújo L., Coutinho M., & Pereira D. (2008). Depressão em crianças e adolescentes escolares: Um estudo das representações sociais. *Associação de Psicologia Social*, 523.
- Associação Portuguesa do Sono (2012). Consultado em 22 Jul. 2012. Disponível em: <URL: <http://www.apsono.com/pt/>
- Azevedo, M. & Maia, A. (2006). *Maus-Tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, M.H.P., Ferreira, C.P. & Silva, C.F., (1988). Distúrbios do Ritmo do Sono-Vigília. *Coimbra Médica*, 9,267-270
- Back, A. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bahls, S. C. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63-67.

- Baldwin, D. & Birtwistle, J. (2002). *Na atlas of depression*. Boca Raton, London, New York, Washington d.c., The Parthenon Publishing Group.
- Barlow, D. y Durand, V.M. (2003), *Psicopatología*. Madrid: Thomson (Capítulo 6: Trastornos del estado de animo), pág. 218-219.
- Barlow, D. (1999). *Manual clínico dos transtornos psiquiátricos* (M. R. B. Osório, Trad). Porto Alegre: Artemed.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berkow, Robert – Manual Merck: Perturbações do Sono. Consultado em 22 Março 2012. Disponível em: <URL: <http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D90%26cn%3D861>>.
- Berthoud, HR. (2006). Homeostatic and non-homeostatic pathways involved in the control of food intake and energy balance. *Obesity*. Silver Spring.
- Blader, J.C. Koplewicz, H.S. Abikoff, H. & Foley, E. (1997). Sleep problems of elementary school children. A community survey. *Archives of Paediatric Adolescent Medicine*, 151.
- Black, D. W., Goldstein R. .B. & Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, 149 (2), pag. 227-234.
- Boekaerts, M. & Roder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 21(7), 311-337.
- Bos, C., Gomes, A., Clemente, V., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B., Soares, M. J., Cabral, A. S., Macedo, A., Gozal, D. e Azevedo, M. H. (2007). Sleep and behavioural / emotional problems in children: A population-based study. *Sleep Medicine*. Volume I, pág. 66-74.
- Bradford, R. (1997). *Children, Family and Chronic Disease*. London: Routledge.
- Braggion, C., Matsudo, S., & Matsudo, V. (2000). Consumo alimentar, atividade física e percepção da aparência corporal em adolescentes. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8 (1), 15-21.
- Brownell, K. D., & O'Neil, P. M. (1999). Obesidade. Em D. H. Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre, Artmed, pág. 355-403.
- Buela-Casal, G., Sierra, C., & Cano, M. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Buela-Casal, G., & Caballo, V. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Burke, P. & Elliot, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: a diathesis-stress model. *Psychosomatics*, 40 (1), 243-249.
- Busse, R. S. & Baldini, M. S. (1994). Distúrbios de sono em crianças. *Pediatria*, 16(4), 161-166.
- Caballo, V. (2003). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexual, afetivos e psicóticos*. São Paulo: Santos.
- Cappuccio, FP., Taggart, FM, Kandala, NB., Currie, A., Peile, E., Stranges, S. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep*. 31(5).
- Cardoso, S., & Vieira, D. (1990). Excesso de peso e obesidade nos mancebos portugueses: análise a nível nacional e regional. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 2 (3), 21-38.
- Carmo, I. Galvão-Teles, A. Reis, JPL (2001). Prevalência da Obesidade em Portugal in *Obesity Reviews*. Consultado em 22 de Março de 2012. Disponível em: <URL: www.pesoemedia.pt>
- Carmo, I. (2001). *Doenças do comportamento alimentar*. Lisboa: ISPA
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., & Allison, D. B. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90 (2), 251-257.
- Carter, PJ., Taylor, BJ., Williams, SM. & Taylor RW (2011). *Longitudinal analysis of sleep in relation to BMI and body fat in children: the FLAME study*. Department of Women's and Children's Health, University of Otago, New Zealand. Consultado em 22 Jul. 2012]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21622518>>
- Carskadon, M. A. (1990). Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician*, 17(1), 5-12.
- Cerqueira, M. (1999). Contribuição da hereditariedade para o estudo da obesidade: avaliação dos fatores sociais, hereditários e alimentares. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

- Chaput, JP. Després, JP. Bouchard, C. Tremblay, A. (2008). The association between sleep duration and weight gain in adults: a 6-year prospective study from the Quebec Family Study. *Sleep*. April 1;31.
- Chen, X., Beydoun, MA. & Wang, Y. (2008). *Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis*. Obesity (Silver Spring, 16(2).
- Choquet, M. & Menke, H. (1987). Development of self perceived risk behavior and psychosomatic symptoms in adolescents: A longitudinal approach. *Journal of Adolescence*, 10(3), 291-308.
- Clemente, V., Gomes, A., Ferreira, A. M., Pissarra, C. e Azevedo, M. H. (2000). Dimensions of sleep behaviors in children (Abstract). *Journal of Sleep Research*, 9 (Suppl. 1), 38.
- Clemente, V., Gomes, A., Ferreira, A. M., César, H., Pissarra, C., Coelho, I. e Azevedo, M. H. (1998). Sleepwalking and sleep terrors in Portuguese primary school children (Abstract). *Journal of Sleep Research*, 7 (Suppl. 2), 46.
- Clemente, V. (1997). Sono e Vigília em Crianças de Idade Escolar. Hábitos, comportamentos e problemas. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Clements, J., Wing, L., Dunn, G. (1986). Sleep problems in handicapped children: A preliminary study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 399-407.
- Clerget, S. (2001). *Não estejas triste meu filho: compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida*. Porto: Âmbar
- CIDS (1990). International Classification of Sleep Disorders: *Diagnostic and Coding Manual*. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy, MJ, Chairman. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association.
- Clinical trials. *Overnight Weight Loss and Sleep Structure*. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://clinicaltrialsfeeds.org/clinical-trials/show/NCT00915642>>
- CONEA (2001). *Congresso de Obesidade, Nutrição E Alimentação alerta para o impacto da patologia em Portugal*. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.saude.sapo.pt/gPN/293178.html>>.
- Correia, M. F. (2004). *Determinantes psico-afectivos e sócio-culturais no tratamento da obesidade*. Tese de Doutoramento, não publicada. Faculdade de Medicina, Lisboa.

- Coutinho, W. (1998). *Obesidade: conceitos e classificação*. In M. Angélica Antunes Nunes, Transtornos alimentares e obesidade (pp. 97-202). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Lda.
- Coutinho, W. (2002). Consenso. Consultado em 22 de Março de 2012. Disponível em: <URL: www.emagrecentro.com.br/news/consenso2.pdf>
- Crispim, CA. Zalcman, I. Dáttilo, M. Padilha, HG. Tufik, S. & Mello, MT. (2007). *Relação entre Sono e Obesidade: uma revisão da Literatura*.
- Csabi, G., Tenyi T., & Molnar, D. (2000). Depressive symptoms among obese children. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 5(1), 43-45.
- Czepielewski, M. (2001). *Obesidade*. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: www.abcdasaude.com.br/artigo.php?303>.
- Dahl, R. E. (1996). The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. *Seminaries of Paediatric Neurology*, 3, 44-50.
- Damiani, D., Carvalho, D. P. & Oliveira, R. G. (2000). Obesidade na infância – um grande desafio. *Pediatria Moderna*, 36 (8), 489-528.
- D' Hainaut, L. (1990). *Conceitos e métodos da estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Deatherage, JR. (2009). *Normal Sleep Architecture*. Elsevier Inc.
- Dias, P., Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo e S. Caires (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI). Braga: APPORT.
- Direção Geral de Saúde - DGS (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/Programa_nacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf>. pag.17.
- Direção Geral de Saúde - DGS (2004). A obesidade como doença crónica. Consultado em 20 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.dgs.pt/>>
- Duarte, M. (2008). *Influência dos estilos de vida familiar no desenvolvimento do excesso de peso e obesidade em crianças em idade pré-escolar*. Tese de Doutoramento, não publicada. Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Duggal, S., Carlson, E., Sroufe, A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143-164.

- Dzaja, A., Dalal, MA., Himmerich, H., Uhr, M., Pollmacher, T., Schuld, A. (2004). Sleep enhances nocturnal plasma ghrelin levels in healthy subjects. *Physiol Endocrinology Metabolic*.
- Erickson, S. J., Robinson, T. N., Haydel, K. F., & Killen, J. D. (2000). Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(9), 931-935.
- European Sleep Research Society (2012). *Journal of Sleep Research*. Consultado em 2 de Maio de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.esrs.eu/>>
- Fauroux, B., Aubertin, G. & Clement, A. (2008). *What's new in paediatric sleep in 2007?* Paediatric Respr. Rev.
- Fernandes, R. (2006). The normal Sleep. *Medicine*. 39(2)
- Fernandes, G., Ferronha, J., & Machado, M. (1998). Estudo epidemiológico da depressão infantil. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (Número especial), 39-51.
- Ferrara, M. & De Gennaro, L. (2001) How much sleep do we need? *Sleep Med Rev*.
- Ferreira, A., Clemente, V., Gozal, D., Gomes, A., Pissara, C., César, H., Coelho, I., Silva, C., e Azevedo, M. (2000). *Snoring in Portuguese Primary School Children*. *Pediatrics*, 106 (5), 64-69.
- Ferriani, M., Dias, T., Silva, K., & Martins, C. (2005). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 5 (1), 27-33.
- Fonseca, M. (1998). Obesidade na criança e adolescente. *Nascer e Crescer*, 3 (7), 208.
- Ford, D. E. & Cooper-Patrick, L. (2001). Sleep disturbances and mood disorders: an epidemiologic perspective. *Depression and Anxiety*, 14, 3-6
- Frelut, M. L., & Navarro, J. (2000). Obesity in the child. *Presse Medicale*, 29(10), 572-577.
- Frutuoso, M., Bismarck-Nasr, E., & Gambardella, A. (2003). Energy expenditure reduction and overweight in adolescents. *Revista de Nutrição*, 16 (3), 257-263.
- Fu-I. L., Curatolo, E., & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 24-27.
- Geliebter, A., Gluck, ME., Tanowitz, M., Aronoff, NJ, & Zammit, GK. (2000). Work-shift period and weight change. *Nutrition*.

- Gillin, J. C. (1998). Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica, suplement*, 393, 39-43.
- Glinski, J., Wetzler, S. & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11, 581-588.
- Gonçalves, M. & Simões, M. R. (2000) O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In *Distúrbios externalizados de comportamento: uma perspectiva desenvolvimental*. In I. Soares (Coord.) Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida.(pp.44-87). Coimbra: Quarteto Editora.
- Green, S. (1998). Obesidade: prevalência, etiologia, riscos para a saúde e terapêutica. *Nursing*, 126, 15-19.
- Grupta NK, Mueller WH, Chan W, Meininger JC. (2002). *Is obesity associated with poor sleep quality in adolescents?* PubMed. Consultado em 20 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12400037>>
- Guedes, M., & Monteiro, J. (1992). Algumas considerações sobre obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 2 (23), 121-124.
- Guerreiro, S. (2001). Emagrecer com conta, peso e medida. *Medicina & Saúde*, 43, 38-39.
- Guerreiro, S. (2000). Um mundo cada vez mais obeso. *Medicina & Saúde*, 29, 34-36.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87- 97.
- Heraghty, JL., Hilliard, TN., Henderson, AJ. & Fleming, PJ. (2008). *The psychology of sleep in infants*. Arch Ds Child.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
- INE (2010). Dieta portuguesa afasta-se das boas práticas nutricionais. Consultado em 20 de Março de 2012, Disponível em: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=83386467&DESTAQUESmodo=2>.
- INE (2006). Balança Alimentar Portuguesa - 1990-2003 Consultado em 20 de Março de 2012, Disponível em: <URL: http://www.dolceta.eu/portugal/Mod5/IMG/pdf/BAP1990-2003_INE2006.pdf>.

- Instituto do Sono - Centro Clínico e Investigação Portugal (2012). Consultado em 20 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.is-cci.com/>>
- Instituto de Medicina do Sono - Brasil (2012). Consultado em 20 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.imsono.com.br/>>
- Instituto de Medicina e Sono - IMS - Brasil (2012) Consultado em 20 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.institutodosono.com.br/>>
- Inui, A., Asakawa, A., Bowers, CY., Mantovani, G., Laviano, A., Meguid, MM. (2004). *Ghrelin, appetite, and gastric motility: the emerging role of the stomach as an endocrine organ*. *FASEB*; 18(3).
- Ivanenko, A., Cabtree, M. V. & Gozal, D. (2005). Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 9, 115-129.
- Jackson-Leach R., & Lobstein, T. (2006). *Estimated burden of pediatric obesity and co-morbidities in Europe*. Parte 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. *Journal Pediatric Obesity*.
- Jouret, B. (2002). Obésité de l'enfant. *Dossier enseignement*, 3 (37), 209-216.
- Journal Sleep. Consultado em 20 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.journalsleep.org/>>
- Kahn, A. Merckt, C. Rebuffat, E. Mozin, M.J. Sottiaux, M. Blum, D & Hennart, P (1989). Sleep problems in healthy preadolescents. *Pediatrics*, 84, 542-546.
- Karlsson, BH., Knutsson, AK, Lindahl, BO. & Alfredsson, LS. (2003). *Metabolic disturbances in male workers with rotating three-shift work*. Results of the WOLF study.
- Knutsson K.L., Spiegel, K., Penev, P. & Van Cauter, E. (2007). *The metabolic consequences of sleep deprivation*. *Sleep Medicine Reviews* 11(3):159-62
- Knutsson K.L. (2007). Impact of sleep and sleep loss on glucose homeostasis and appetite regulation. *Sleep. Med*.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: a longitudinal study of co-morbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovacs, M. (1982). *Children's Depression Inventory: manual*. Nova York: Multi-Health Systems.

- Kryger, MH. & Dement, WC. (2005). *History of sleep physiology and medicine. Principles and practice of sleep medicine*. 4th edition.
- Le Sommeil, les rêves et l'éveil (University of Lyon). Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: http://sommeil.univ-lyon1.fr/index_f.php>
- Lee-Chiong, TL. (2009). *Sleep Medicine essentials*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lee, T. J. (2000). *Sleep duration, subjective sleep disturbances and associated factors among university students in Korea*. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3054766/>>
- Lioret, S., Volatier, J., Basdevant, A., Pouillot, R., Maffre, J., & Martin, A. (2001). Prévalence de l'obésité infantile en France: aspects démographiques, géographiques et socio-économiques, d'après l'enquête INCA. *Cahier de Nutrition et Diétic*, 36, 405-410.
- Liu, X., Sun, Z., Uchiyama, M., Shibui, K., Kim, K. & Okawa, M. (2000). Prevalence e correlates of self report sleep problems in Chinese schoolchildren. *Sleep*, 23, 1053-1062.
- Livingstrong. *How Many Calories Do You Lose When You Sleep?* Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.livestrong.com/article/336175-how-to-lose-weight-sleep-8-hours/#ixzz26APV4AOW>>
- Lobo, J. (2003). Influência do Auto-conceito e das Estratégias de Coping na vulnerabilidade para a Depressão e para a Ansiedade em adolescentes com paralisia cerebral. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Lopes, H. (2004). Síndrome metabólica: aspetos históricos, prevalência e morbidade e mortalidade. *Rev Soc Cardio*. Estado de São Paulo.
- Luiz, A. M., Gorayeb, R., Júnior, R., & Domingos, N. A. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10 (1), 35-39.
- MacKenzie, N. (2000). *Childhood obesity: strategies for prevention*. *Pediatric Nursing*, 26 (5).
- Maham, L., & Escott-Stump, S. (1998). *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia* (9ª ed). São Paulo: Editora Afiliada.

- Malpique, C., Lima, R., Dulce, S., & Confraria, L. (2003). Risco psiquiátrico na puberdade adiantada. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (2), 21-35.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marques, A., Gaya, A. (1999). Atividade física, aptidão física e educação para a saúde: estudos na área pedagógica em Portugal e no Brasil. *Revista Paulista de Educação Física*, 13 (1), 83-102.
- Marujo, H. A. (2000) *Psicopatologia do desenvolvimento e depressão*. In I. Soares (Coord.) *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp.144-179). Coimbra: Quarteto Editora.
- Marujo, H. M. A. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Dissertação de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa
- Matos, M. Gaspar, T, Ferreira, M., Linhares, F., Simões, C., Diniz, J., Ribeiro, J., Leal, I Equipa do Aventura Social (2006). Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes - Projeto Europeu kidscreen - *Relatório Português*. Consultado em 22 Junho de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/>>
- McElroy, S. L., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E. B., Keck, P. E., & Nemeroff, C. B. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinic Psychiatry*, 65 (5), 634-651.
- McIntyre, T., Gouveia, J. L., Claudino, A., Trovisqueira, A., Soares, V., & Pereira, G. (2007). Validation of the hospital anxiety and depression scgale in portuguese post myocardial infarction patients". *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Mendes, A. (2008). *Cuidados primários à saúde mental: depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar*. Programa de pós-graduação em saúde mental, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- Mindell, J., Boaz, A., Joffe, M., Curtis, S. & Birley, M. (2004). Evidence based public health policy and practice: Enhancing the evidence base for health impact assessment. *Journal of Epidemiology Community Health*, 58, 546-55.
- Miranda, M., Isidoro, C., & Navarro, F., (2007). Educação nutricional fator determinante na prevenção do sobrepeso e obesidade em adolescentes. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 1 (4), 25-33.

- Monteiro, P. O. A., Victora, C. G., Barros, F. C., & Tomasi, E. (2000). Diagnóstico de sobrepeso em adolescentes: estudo do desempenho de diferentes critérios para o Índice de Massa Corporal. *Revista de Saúde Pública*, 34 (5), 506-513.
- Morais, L., & Confraria, L. (1997). Depressão na adolescência: sinais e sintomas mais típicos. *Saúde Infantil*, 19 (3), 53-61, pág. 54.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade: muito peso, várias medidas*. Porto: Âmbar.
- Moreira, P. Santos, S. Padrão, P. Cordeiro, T. Bessa, M., Valente, H. Barros, R., Pereira, V. Mitchell, V. Lopes, C & Moreira, A. (2010). *Food Patterns According to Sociodemographics, Physical activity, Sleeping and Obesity in Portuguese Children*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. Consultado em 22 Junho de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.mdpi.com/journal/ijerph>>
- Morrel, J. & Steele, H (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and caregiving behaviour in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal*, 24(5), 447-468.
- Mosquera, J. J., & Stobäus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida nas universidades. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 83-88.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1995). Aspectos teóricos e metodológicos do estudo da depressão na infância. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 12(3), 67-78.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1993). *Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos asmáticos e suas mães*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- National Center for Health Statistics (2005). *Percentage of adults who reported and average of < 6 hours of sleep per 24 hours period, by sex and age group*. MMWR-Morb Mortal Wkly Rep.
- National Sleep Foundation (2012). *Sleep and Obesity*. Consultado em 22 Junho de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.sleepfoundation.org/article/sleep-topics/obesity-and-sleep>>
- Niedermeyer, E. (1993). *Sleep and EEG - Electroencephalography - basic principles, clinical applications and related fields*. Third Edition Ed: Williams and Wilkins.
- Official Journal of the World Association of Sleep Medicine & the International Pediatric Sleep Association (2001). Volume 12, Supplement 1. Consultado em 22 Junho de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.wasmonline.org/>>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Oliveira, J. (2006). *Aspectos psicológicos de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- OMS (2002). *Controlling the global obesity epidemic*. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.who.int/nutrition/en/>>
- OMS (2002). *Obesity, high blood pressure, high cholesterol, alcohol and tobacco: The World Health Organization's response*. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: http://www.who.int/whr/media_centre/factsheet3/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (1995). *As metas da Saúde para todos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento - Ministério da Saúde.
- Organization Gallup (1999). *Sleep in America: 1995 Galup Poll. USA*. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.stanford.edu/~dement/95poll.html>>
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. e Rosado, V. (2004). *Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002*. *Am J. Hum Biol.*
- Padez, C. Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2009). Long sleep duration and childhood overweight/obesity and body fat. *Am. J. Hum. Biol.* May-Jun.
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono*. Lisboa: Lidel. Pág. 10-170.
- Passos, P. & Machado, C. (2002). Eventos depressivos na Puberdade. *Análise Psicológica*, 2 (xx), 225-232.
- Plano Nacional de Saúde (2004). *Mais saúde para todos*. Ministério da Saúde Direcção Geral da Saúde.
- Pereira, J., & Mateus, C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 65-80.
- Pires A. (2004). Lágrimas na inocência – *Hospitalização e Depressão Infantil no Hospital de Santa Maria*. Trabalho final de licenciatura, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

- Psychology Today. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.psychologytoday.com>>
- Rego, C. & Peças, M.A. (2007). *Crescer para Cima: como intervir ou tratar a obesidade da criança e do adolescente*. 101 Noites Editora - Criação de Produtos Culturais. Págs. 97-110.
- Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde- estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme: Lisboa
- Roberts, R. E., Roberts, R. C. & Chen, G. I. (2001). Functioning of adolescents with symptoms of disturbed sleep. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 1-17.
- Rontoyanni, VG. Baic, S. Cooper, AR (2007). Association between nocturnal sleep duration, body fitness, and dietary intake in Greek women. *Nutrition*. Nov-Dec; 23.
- Roth, T., Zammit, G., Kushida, C., Doghramji, K., Mathias, SD. & Wong, JM. (2002). A new questionnaire to detect sleep disorders. *Sleep Med*.
- Rose, R. M. (1998). Psicoendocrinologia. In J. D. Wilson & D. W. Foster (Orgs.), *Tratado de endocrinologia* (7a ed., pp. 809-841). São Paulo: Manole.
- Rosen, D. (2009). *Lose weight while you sleep!* Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.psychologytoday.com>>
- Sabia, R., Santos, J., & Ribeiro, R. (2004). Efeito da atividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbio e anaeróbio. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 10 (5), 349-355.
- Sadeh, A., Raviv, A. & Gruber, R. (2000). Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Developmental Psychology*, 36(3), 291-301.
- Saikali, CJ., Soubhia, CS., Scalfaro, BM. & Cords, TA. (2004). Imagem Corporal nos transtornos alimentares. *Psiquiatria Clínica*; 31 (4)164-6.
- Santiago, L., & Mesquita, E. (1999). Educação para a saúde e redução de obesidade em ambulatório. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1 (17), 53-63.
- Santiago, L., Mesquita, E., Carvalho, I., Rocha, M. (1998). Excesso Ponderal e obesidade em jovens – estudo observacional de base populacional. *Saúde Infantil*, 3 (20), 13-20.
- Seixas, M. (2009). *Avaliação da qualidade do sono na adolescência: Implicações para a saúde física e mental*. Tese de Mestrado, não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Serrano, A. Q., Vasconcelos, M. G., Silva, G. A., Cerqueira, M. M., & Pontes, C. M. (2010). Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 44 (1), 25-31.
- Serrão, F., Klein, J., & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psicologia - Universidade de São Francisco*, 12 (2), 257 – 268.
- Silva, S. (2003). *Entre a cultura da magreza e as sociedades da abundância: o corpo obeso*. Em: Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia: p.48-54.
- Silva, A. (2007). *Auto-percepções, auto-estima, ansiedade físico-social e imagem corporal dos participantes de fitness*. Monografia de Licenciatura, não publicada. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Coimbra.
- Simões, D. & Meneses, R. F. (2007). *Auto-Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade*.
- Simões, M. R. & Albuquerque, C. P. (1989). Avaliação Psicológica da criança e do adolescente: Escalas, Questionários e Inventários (I). Coimbra: Serviço de Defectologia,. *Colecção de Textos de Apoio, Série A, n.º 9*.
- Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. PubMed - for MEDLINE. Consultado em 22 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18331423>>
- Sleep Homepages. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.sleephomepages.org/>>
- Sociedade Brasileira do Sono (2012). Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.sbsono.com.br/absono/>>
- Son, S. & Kirchner, J. (2000). Depression in Children and Adolescents. *American Family Physician*, 2311.
- Spanemberg, L. & Juruema, M. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista Psiquiatria*, 26 (3): 300-311.
- SPCO (2002). Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade. Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: www.spc.pt/intro.asp>
- Spiegel, K. Leproult, R. L'Hermite-Baleriaux, M. Copinschi, G., Penev, PD & Van Cauter, E. (2004). Leptin levels are dependent on sleep duration: relationships

- with sympathovagal balance, carbohydrate regulation, cortisol, and thyrotropin. *Journal Clinical Endocrinology*; 89(11).
- Spiegel, K. Tasali, E. Penev, P. & Van Cauter, E. (2004). Brief Communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased hunger and appetite. *Ann Intern Med.* Dec 7; 141 (11).
- Spiegel K. (2005). *Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and Type 2 diabetes.* *Journal of Applied Physiology* 99:2008-19
- Sroufe, L., Duggal, S., Weinfield, N., & Carlson, E. (2000). Relationships, Development, and Psychopathology. In Arnold, J. Sameroff, Michael Lewis and Suzanne M. Miller (eds.), *Handbook of Development Psychopathology.* Kluwer Academic/plenum publishers, New York.
- Stein, M. A., Mendelsohn, J., Obermeyer, W. H., Amromin, J. & Benca, R. (2001). Sleep and behavior problems in school-aged children. *Paediatrics*, 107(4), 1-9.
- Stores, G. (2003). Misdiagnosing sleep disorders as primary psychiatric conditions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 69-77.
- Taheri, S. (2006). The link between short sleep duration and obesity: we should recommend more sleep to prevent obesity. *Arch Dis Child.* 91(11)
- Taheri, S., Lin, L. Austin, D, Young, T., Mignot, E. (2004). Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *Plos Med.*
- Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Oken E, Gunderson EP, Gillman MW (2008). Short Sleep duration in infancy and risk of childhood overweight. *Arch Pediat. Adolesc. Med.* April.
- The Sleep Well homepage (Stanford). Consultado em 19 de Março de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.stanford.edu/~dement/index.html>>
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C. & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3 (22), 533-550.
- Tribl, G., Schmeiser-Rieder, A., Saletu, B., Bolitschek, J. Kapfhammer, G. (2002). Sleeping habits in the Austrian population. *Sleep Med.*
- Van Cauter E. Spiegel, K. Leproult, R. (2007). *Impact of sleep and sleep loss on neuroendocrine and metabolic function.* *Hormone Research* 67:2-9

- van den Berg JF, Knvistingh Neven A, Tulen JH, Hofman A, Witteman JC, Miedema HM, Tiemeier H. (2008). Actigraphic sleep duration and fragmentation are related to obesity in the elderly: The Rotterdam Study. *J. Obes (Lond.) Jul.*
- Vaz-Serra, A. (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Cadernos da Depressão. Um Serviço à Profissão Médica. Porto.
- Vioque, J., Torres, A., Quiles, J (2000). Time spent watching television, sleep duration and obesity in adults living in Valencia, Spain. *Obesity Metabolic Disorders.*
- Weikel, JC., Wichniak, A., Ising, M., Brunner, H., Friess, E. & Held, K. (2003). Ghrelin promotes slow-wave sleep in humans. *Journal Physiology Endocrinology.*
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penich, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *Journal of Pediatrics*, 83, 165-172.
- Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Weissman, M. M., Greenwald, S., Nino-Murcia, G. & Dement, W. C. (1997). The mobility of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. *General Hospital Psychiatry*, 19, 245-250.
- Williamson, G., Walters, A., & Shaffer, D. (2002). Caregiver models of self and others, coping, and depression: predictors of depression in children with chronic pain. *Health Psychology*, 21 (4), 405-410.
- Wiggs, L. & Stores, G. (2001). *Sleep Disturbance in Disorders of Development: Its Significance and Management*. *Clinics in Developmental Medicine*. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Consultado em 22 de Junho de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1281388/>>
- Winnicott, D. (1963). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Association of Sleep Medicine. Consultado em 22 de Junho de 2012, Disponível em: <URL: <http://www.wasmonline.org/>>
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2000). *Health and health behavior among young people*. Denmark: WHO.

Yu, Y. Lu, BS, Wang, B. Yang, J. (2007). Short sleep duration and adiposity in Chinese adolescents. *Sleep* Dec. 1;30 (2).

Zavaschi, M. L. S, Satler, F., Poester, D. Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P. & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 189-195.

Anexos

Anexo I

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito de uma investigação sobre o padrão de sono e sintomatologia depressiva em crianças com obesidade, desenvolvida no contexto de uma Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Braga, venho pedir a sua colaboração.

Para tal, peço-lhe apenas que preencha os questionários que lhe serão fornecidos. A participação é importante, uma vez que permite obter conhecimentos acerca da temática em questão. Inicialmente deverá preencher o questionário sociodemográfico e de perfil clínico que permitirá fazer uma caracterização pessoal. Depois deverá preencher os seguintes questionários: questionário do Padrão Sono-Vigília de Crianças que pretende avaliar hábitos, comportamentos e problemas de sono em crianças de idade escolar; o inventário CDI (Children's Depression Inventory), que pretende avaliar a presença e a severidade da desordem depressiva na infância. O preenchimento dos referidos questionários não excede os trinta minutos.

Este estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos, sendo o anonimato e a confidencialidade dos dados absolutamente garantidos. A participação será voluntária, pelo que poderá retirar-se a qualquer momento. É de salientar que esta pesquisa não trará nenhum dano ou prejuízo para o participante.

Declaro que aceito participar no presente estudo.

Data/...../.....

Assinatura da Investigadora

Data/...../.....

Assinatura do participante (criança)

Data/...../.....

Assinatura do responsável pela criança

Declaro também que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar. De forma específica, fui informado (a) do objetivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e do direito que tenho em recusar participar, ou cessar a minha participação em qualquer altura, sem nenhuma consequência para mim.

Anexo II

Carta Comissão com autorização da
Ética do Hospital Santa Maria Maior

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE
Secretaria do Hospital

18.01.2012
Clare nº mec: 1131

Destino	Dra. Raquel Ausina Rio Novo
RECEBI ORIGINAL-FOTOCÓPIA	
Ass	Raquel Ausina
Nº Mec.	1360
EM	21 / 02 / 2012

Presidência,
nos termos do
processo de
comissão de ética

2012.02.16

A comissão de ética

1º presidente

2012.01.19

O Presidente do C.A.
Lino Mesquita Machado

Exmo. Presidente

Conselho de Administração

Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos
Presidente do C.A.
Lino Mesquita Machado

Ex. mo Sr. Presidente,

Eu, Raquel Manuela Ausina Rio Novo, aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a estagiar na Unidade Funcional de Psicologia do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos sob a orientação da Sr.ª Dr.ª Daniela Simões.

Assim, venho por este meio solicitar a autorização para a recolha da amostra do Projecto de Investigação, intitulado "*Qualidade do Sono, morbilidade psicológica e percepção de Saúde em crianças obesas*".

A obesidade considerada como a epidemia do séc. XXI quer a nível nacional como internacional, constitui um problema de saúde pública com repercussões a vários níveis. A obesidade, mediante uma exaustiva revisão bibliográfica traz diversas implicações quer físicas, quer a nível psicológico em crianças com obesidade. Associadas à obesidade, encontram-se as variáveis qualidade de sono, morbilidade psicológica e satisfação da saúde. A investigação da temática do sono relacionada com a obesidade, se bem que seja algo novo, é bastante pertinente uma vez que, existe a indicação de relação entre a obesidade e a qualidade do sono.

Para o efeito, a amostra será constituída por 40 crianças dos 8 aos 10 anos de idade com IMC igual ou superior a 95, do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos. As crianças serão avaliadas no momento de espera para a consulta pediátrica de obesidade infantil e os instrumentos utilizados serão um questionário sócio-demográfico, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI) (Buysse et al., 1989; versão portuguesa adaptada por Ramalho, 2007), o Hospital Anxiety Depression Scale

INFORMAMOS Vossa EXCELENCIA QUE FUI SOLICITADO À DRA. RAQUEL NOVO OS DOCUMENTOS EM ANEXO:

1º - CORRECÇÃO NA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS EM ESTUDO PARA "... PERCENTIL IGMAL OU SUPERIOR A 95" E O LOCAL PARA COLHEITA DE DADOS "... NO MOMENTO DE ESPERA PARA A CONSULTA DE PSICOLOGIA..." CONFORME ABORDADO NA PROPOSTA DE AUTORIZAÇÃO E AGORA CORRIGIDO;

2º - DOCUMENTO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO QUE ATESTA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO;

3º - PROJECTO DE TESE DE MESTRADO;

4º - DOCUMENTO DO CONSENTIMENTO INFORMADO A APLICAR.

AINDA SE VERIFICA A ORIENTAÇÃO DESTA COMISSÃO QUE PERMITE A MONITORIAÇÃO CONTINUA DA REALIZAÇÃO DO TRABALHO NO HOSPITAL.

ASSIM E COM OS PRESSUPOSTOS REFERIDOS, INFORMAMOS EDO PRESIDENTE DO PARECER FAVORÁVEL À REALIZAÇÃO DO ESTUDO. AINDA GOSTARIAMOS, SE VOSSA EXCELENCIA O ENTENDER, QUE SEJA SOLICITADO À DRA. RAQUEL A ENTREGA DO TRABALHO FINAL PARA O SEU INTERESSE PARA O H.S.M.M. EPE.

Comissão Ética
Hospital Santa Maria Maior, EPE.
Caru y kwuec
na. 11 2012

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE
Secretariado da Administração

Recebi em 10. 02. 2012
nº mec. 1435

(HADS) Zigmond e Snaith (1983) e o SF-36 - Versão Portuguesa do MOS (Ciconelli, 1997).

Foram formuladas as seguintes hipóteses que em seguida descrevemos, a partir da revisão bibliográfica:

Hipótese 1: Espera-se uma relação positiva significativa entre a obesidade, morbidade psicológica e problemas ao nível do sono.

Hipótese 2: Prevê-se que os sujeitos que apresentam problemas de sono, relativos à qualidade, apresentam maiores níveis de obesidade.

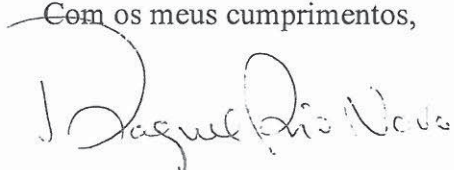
Hipótese 3: Existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças obesas do género masculino e feminino no que diz respeito aos problemas de sono e níveis de obesidade, prevendo-se que os primeiros apresentem valores mais elevados.

Hipótese 4: Prevê-se que os sujeitos com alterações negativas na percepção de saúde apresentem problemas de sono com maior gravidade, quer relativamente à qualidade quer relativamente à quantidade, e maiores níveis de obesidade que os sujeitos sem alterações negativas na percepção de saúde.

Agradeço desde já a sua oportunidade concedida, esperando que a realização deste estudo contribua para uma melhoria e avanço ao nível da investigação nesta área.

Barcelos, 16 de Janeiro de 2012

Com os meus cumprimentos,



Raquel Manuela Ausina Rio Novo

Anexo III

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Questionário sociodemográfico

Data: ____ / ____ / ____

1. Idade: _____

2. Género: 1 - Masculino

 2 - Feminino

3. Escolaridade: _____

4. Área de residência: 1 - Urbana

 2 - Rural

5. Nível socioeconómico: 1 - Alto

 2 - Médio

 3 - Baixo

Questionário clínico

1. Tens algum problema de saúde? 1 - Sim

2 - Não

Se sim, qual? _____

2. Que consultas médicas ou outras frequentas?

Nutrição

Pediatria

Psicologia

Pedo-Psiquiatria

Endocrinologia

Outra

3. Em comparação com as outras crianças da tua idade achas que a tua saúde é:

Excelente

Boa

Satisfatória

Fraca

Praticas algum exercício físico? 1 - Sim

2 - Não

Anexo IV

Padrão Sono-Vigília de Crianças (PSVC)

Código:

--	--	--

QUESTIONÁRIO SOBRE O PADRÃO SONO – VIGÍLIA DE CRIANÇAS (PSVC)

(adapt. de Clemente et al.,1997)

Pretendemos com este estudo avaliar os hábitos de sono do seu filho(a).

Para o efeito, é importante que responda a **todas as questões**.

Por favor, ao responder a este questionário, pedimos-lhe que se refira aos **últimos 6 meses**.

As informações que nos fornece são absolutamente confidenciais, nenhuma criança será identificada mesmo quando forem divulgados os resultados deste estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Por favor, preencha estes dados acerca do seu filho(a).

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: Fem. Mas.

ESCOLA que frequenta: _____ Ano de escolaridade: _____

Profissão (Pai): _____ Profissão (Mãe): _____

Por favor, ao responder a todas as questões, refira-se aos **últimos 6 meses**.

HORA DE DEITAR

1. Habitualmente a que horas se deita o seu filho (a)?

Em dias de escola: _____ horas _____ minutos

Nos fins-de-semana: _____ horas _____ minutos

2. O seu filho(a) deita-se a uma determinada hora porque:

(indique **só uma** resposta)

- a) Está de acordo com a rotina familiar
- b) Tem sono na altura
- c) É quando o seu programa de televisão acaba
- d) É quando os seus irmãos se deitam
- e) Tem de dormir o “suficiente” para as actividades do dia seguinte
- f) Outra
(Descreva resumidamente): _____

3. Habitualmente, quanto tempo leva o seu filho(a) para adormecer?

menos de 10 min 10-30 min mais de 30 min

4. Com que frequência o seu filho(a)

(indique em **cada pergunta** qual a resposta que se aplica ao caso do seu filho(a))

a) Adormece sozinho na própria cama?

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

b) Adormece na cama dos pais?

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

c) Precisa de uma coisa especial para adormecer (chuchar o dedo, boneca, fralda, etc.)?

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

d) Precisa de luz para adormecer?

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

e) **Precisa da presença dos pais, no quarto, para adormecer?**

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

f) **Está disposto a ir para a cama na hora de deitar?**

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

g) **Não quer ir para a cama na hora de deitar (chora, grita, inventa desculpas, etc.)?**

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

DURANTE A NOITE

5. ***Em média, quantas horas dorme o seu filho(a) durante a noite?***

Em dias de escola: _____ horas _____ minutos

Nos fins-de-semana: _____ horas _____ minutos

5.1. ***Habitualmente, quantas vezes o seu filho(a) acorda durante a noite?***

0 vezes 1 vez 2 vezes 3 vezes mais que 3 vezes

5.2. ***Quando o seu filho(a) acorda durante a noite, habitualmente consegue voltar a adormecer sozinho?***

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

6. ***Durante a noite, com que frequência o seu filho(a)***

(indique em **cada pergunta** qual a resposta que se aplica ao caso do seu filho(a))

a) **Ressona alto?**

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

b) **Faz xixi na cama?**

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

c) **Tem pesadelos (sonhos maus)?**

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

d) **Levanta-se e anda enquanto está a dormir?**

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

e) **Fala enquanto está a dormir?**

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

f) Começa de repente a gritar como se estivesse muito aflito, não se lembrando de nada quando acorda?

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

g) Range os dentes enquanto está a dormir?

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

h) Tem medo de dormir no escuro?

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

ACORDAR DE MANHÃ

7. *Habitualmente, a que horas o seu filho(a) acorda?*

Em dias de escola: _____ horas _____ minutos

Nos fins-de-semana: _____ horas _____ minutos

8. *Habitualmente, o que acorda o seu filho(a) de manhã?*

(indique só uma resposta)

- a) Despertador
- b) Um dos pais ou outro membro da família
- c) Barulho
- d) Vontade de ir ao quarto de banho
- e) Acorda por si
- f) Outra

(Descreva resumidamente): _____

DURANTE O DIA

9. *O seu filho costuma dormir a sesta?*

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

10. *Habitualmente, o seu filho(a) tem sono durante o dia?*

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

11. *Habitualmente, o seu filho(a) parece cansado durante o dia?*

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

12. Habitualmente, o seu filho(a) anda irritado durante o dia?

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

OUTROS ASPECTOS

13. Acha que o seu filho(a) tem algum problema em dormir?

SIM NÃO

14. Já alguma vez procurou um médico ou um psicólogo por causa de um problema de sono do seu filho(a)?

SIM NÃO

15. O seu filho(a) toma medicamentos para o ajudar a dormir?

SIM NÃO

15.1 Se SIM, por favor indique o nome desses medicamentos: _____

16. Se o seu filho sofre de algum(s) problema(s), por favor indique qual ou quais.

Epilepsia Asma Bronquite Paralisia Cerebral

Diabetes Atraso mental Autismo Infantil Síndrome de Asperger

Outras: _____

MUITO OBRIGADA!

Anexo V

Children Depression Inventory (CDI)

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____ Data: _____

C D I

Copyright: Maria Kovacs, Ph. D. (Tradução autorizada)

As crianças e adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros.

Tens aqui uma lista de sentimentos e ideias por grupos. Para cada grupo de três frases escolhe a que **melhor** te descreve nas **últimas duas semanas**. Depois de escolheres uma frase de um grupo, passa para o seguinte.

Não há respostas certas ou erradas. Escolhe só a frase a maneira como te tens sentido recentemente. Põe uma cruz (☒) na tua resposta.

Tens em baixo um exemplo para aprenderes a responder a estas frases. Põe uma cruz junto à frase que **melhor** te descreve.

Exemplo:

- Leio livros muitas vezes
- Leio livros de vez em quando
- Nunca leio livros

Vamos agora ver os outros grupos de frases.

Lembra-te: Escolhe em cada grupo a frase que te descreve melhor nas últimas duas semanas.

<p><input type="checkbox"/> Estou triste de vez em quando</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Estou triste muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Estou triste o tempo todo</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca nada me vai correr bem</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem</p> <p><input type="checkbox"/> As coisas vão correr-me bem</p>
<p><input type="checkbox"/> Faço quase tudo bem</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Faço muitas coisas mal</p> <p><input type="checkbox"/> Faço tudo mal</p>	<p><input type="checkbox"/> Divirto-me com muitas coisas</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Divirto-me com algumas coisas</p> <p><input type="checkbox"/> Nada é divertido para mim</p>
<p><input type="checkbox"/> Sou sempre mau(má)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Sou mau(má) muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sou mau(má) de vez em quando</p>	<p><input type="checkbox"/> De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Tenho receio que me aconteçam coisas más</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho a certeza que me vão acontecer coisas más</p>
<p><input type="checkbox"/> Eu detesto-me</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Eu não gosto de mim</p> <p><input type="checkbox"/> Gosto de mim</p>	<p><input type="checkbox"/> Sou culpado(a) de tudo</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas coisas más acontecem por minha causa</p> <p>8 <input type="checkbox"/> As coisas más não costumam ser culpa minha</p>
<p><input type="checkbox"/> Não penso em matar-me</p> <p><input type="checkbox"/> Penso às vezes em matar-me, mas nunca o farei</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Quero matar-me</p>	<p><input type="checkbox"/> Tenho vontade de chorar todos os dias</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho vontade de chorar muitas vezes</p> <p>10 <input type="checkbox"/> De vez em quando tenho vontade de chorar</p>
<p><input type="checkbox"/> Tudo me aborrece imenso</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Aborreço-me muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Aborreço-me de vez em quando</p>	<p><input type="checkbox"/> Gosto de estar com pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> Não gosto muitas vezes de estar com pessoas</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Nunca quero estar acompanhado(a) por pessoas</p>

<p><input type="checkbox"/> Nunca consigo tomar decisões</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Para mim é difícil tomar decisões</p> <p><input type="checkbox"/> Tomo decisões com facilidade</p>	<p><input type="checkbox"/> Gosto do meu aspecto</p> <p>14 <input type="checkbox"/> Há algumas coisas do meu aspecto que não gosto muito</p> <p><input type="checkbox"/> Sou feio(a)</p>
<p><input type="checkbox"/> Tenho sempre que me esforçar muito para fazer os trabalhos da escola</p> <p>15 <input type="checkbox"/> Muitas vezes tenho que me esforçar para fazer os trabalhos da escola</p> <p><input type="checkbox"/> Não é difícil fazer o trabalho da escola</p>	<p><input type="checkbox"/> Durmo mal todas as noites</p> <p>16 <input type="checkbox"/> Muitas noites durmo mal</p> <p><input type="checkbox"/> Durmo sempre muito bem</p>
<p><input type="checkbox"/> Sinto-me cansado(a) de vez em quando</p> <p>17 <input type="checkbox"/> Sinto-me cansado(a) muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me sempre cansado(a)</p>	<p><input type="checkbox"/> A maioria dos dias não me apetece comer</p> <p>18 <input type="checkbox"/> Há muitos dias em que não me apetece comer</p> <p><input type="checkbox"/> Como sempre bem</p>
<p><input type="checkbox"/> Não me preocupo com a minha saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Preocupo-me muito com a minha saúde</p> <p>19 <input type="checkbox"/> Ando sempre preocupado(a) com a minha saúde</p>	<p><input type="checkbox"/> Não me sinto só</p> <p>20 <input type="checkbox"/> Sinto-me só muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me sempre só</p>
<p><input type="checkbox"/> Nunca me divirto na escola</p> <p><input type="checkbox"/> Divirto-me na escola de vez em quando</p> <p>21 <input type="checkbox"/> Divirto-me muitas vezes na escola</p>	<p><input type="checkbox"/> Tenho muitos amigos(as)</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho muitos amigos(as) mas gostava de ter mais</p> <p>22 <input type="checkbox"/> Não tenho amigos</p>
<p><input type="checkbox"/> Os meus resultados escolares são bons</p> <p><input type="checkbox"/> Os meus resultados escolares já foram melhores</p> <p>23 <input type="checkbox"/> Estou muito mal em disciplinas que dantes era muito bom</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca vou conseguir ser tão bom (boa) como os(as) outros(as)</p> <p><input type="checkbox"/> Se eu quiser poderei ser tão bom (boa) como os(as) outros(as)</p> <p>24 <input type="checkbox"/> Consigo ser tão bom (boa) como os(as) outros(as)</p>

<p><input type="checkbox"/> Ninguém gosta mesmo de mim</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho a certeza se há alguém que</p> <p>25 goste de mim</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho a certeza de que alguém gosta de mim</p>	<p><input type="checkbox"/> Costumo fazer o que me mandam</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes não faço o que me mandam</p> <p>26</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca faço o que me mandam</p>
<p><input type="checkbox"/> Dou-me bem com os(as) outros(as)</p> <p>27 <input type="checkbox"/> Ando muitas vezes em brigas</p> <p><input type="checkbox"/> Ando sempre metido(a) em brigas</p>	