



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
Ano 2012

**SANDRA MÓNICA  
RODRIGUES DE  
ALMEIDA CAPÃO**

**CASAIS EM PROCESSO DE ADOÇÃO E  
QUALIDADE DE SONO**



Universidade de Aveiro  
Ano 2012

Departamento de Educação

**SANDRA MÓNICA  
RODRIGUES DE  
ALMEIDA CAPÃO**

**CASAIS EM PROCESSO DE ADOÇÃO E  
QUALIDADE DE SONO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na Especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar no Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha família

## **o júri**

Presidente

**Doutora Anabela Maria Sousa Pereira,**  
Professora Auxiliar c/ agregação, do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Doutora Mariana Vaz Pires Marques,**  
Assistente Convidada, Instituto Superior Miguel Torga

**Doutora Ana Cardoso Allen Gomes**  
Professora Auxiliar, do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

## Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Allen Gomes, orientadora da Tese.

Ao amigo Professor Doutor Carlos Fernandes, por todo o seu apoio.

À minha orientadora de estágio, Dr<sup>a</sup> Ana Bela Valente, pela ajuda prestada no Serviço de adoção com a qual me facilitou a execução do presente trabalho.

A toda a minha família, em especial ao meu filho e ao meu marido pelo esforço, amor, dedicação bem como pela compreensão nos momentos difíceis, marcados pela ansiedade, pela preocupação e pela paciência.

Ao meu pai e à minha mãe, por todo o amor e dedicação e por serem um exemplo máximo para mim.

Ao meu irmão Hugo, por ter sido o principal responsável pela minha decisão por ter dado este passo tão importante para a minha vida pessoal e profissional, bem como pela sua preciosa ajuda, pelas suas palavras de motivação e de encorajamento nos momentos mais difíceis.

Ao meu irmão Bruno, pelo incentivo e pela preocupação.

À minha amiga Ana Gomes, por toda a ajuda prestada.

Ao meu amigo Pedro Bem-Haja, por se ter mostrado tão prestável e por ter contribuído de forma indelével neste custoso processo.

À minha amiga de sempre Sandra Madaíl, por ter estado sempre a meu lado, e, apesar da minha ausência, por ter continuado sempre a sorrir e a fazer-me sorrir.

## palavras-chave

Qualidade de Sono, Adoção, Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg.

## Resumo

A adoção tem vindo a aumentar ao longo dos tempos, proporcionando qualidade de vida não só aos adotados como às famílias adotantes. Os futuros pais manifestam sérias preocupações e receios antes, durante e mesmo após o processo de adoção estar concluído, o que pode levar a uma menor qualidade de sono. O presente estudo procura compreender se os sujeitos de casais que estão em processo de adoção apresentam uma qualidade de sono mais pobre comparativamente com sujeitos de casais que não se encontram no mesmo processo. No entanto, parece não existirem estudos sobre a presente temática e devido a isso não será possível comparar os resultados segundo a formulação de uma hipótese específica. Ainda assim, esperava-se que os participantes do grupo de casais em processo de adoção apresentassem pior qualidade de sono, avaliada pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP), do que os grupos de sujeitos com filhos e sujeitos que não têm e não pretendem ter filhos num futuro próximo. Esperava-se ainda que os participantes do sexo feminino tivessem qualidade de sono mais pobre que os do sexo masculino, nos três grupos.

A amostra ficou constituída por 88 participantes com idades compreendidas entre 24 e 51 anos, distribuídos em três grupos: grupo Casais com filhos; grupo Casais sem filhos, e grupo Casais em adoção.

Constatou-se que os três grupos não se distinguem entre si de modo estatisticamente significativo, em nenhuma das pontuações extraídas do IQSP nomeadamente quanto à eficiência do sono, duração do sono, perturbação do sono, latência do sono, disfunção diária devida ao sono, qualidade global do sono, necessidade de medicação para o sono e valor total da escala. Apesar disso, houve diferenças clinicamente relevantes, nomeadamente quanto ao facto de entre os grupos em processo de adoção, encontrarmos das mais elevadas percentagens de pessoas com sono de pobre qualidade, tendo em conta uma pontuação total no IQSP > 5.

Tal como era esperado, os dados sugerem uma tendência para a qualidade de sono ser pior nas mulheres do que nos homens. Apesar da ausência de significância estatística para as diferenças encontradas, o que é certo, é que entre os participantes em processo de adoção encontram-se das mais elevadas percentagens de pessoas com qualidade de sono pobre. Apontando para o futuro, discutem-se não só sugestões para futuros trabalhos e limitações encontradas, como também sugestões a ter em conta em setting clínico.

**keywords**

Quality of Sleep, Adoption, Pittsburgh Sleep Quality Index.

**Abstract**

Adoption has been increasing over time, providing quality of life both to the adopted child and to their adopting parents.. Future Parents express serious concern and fears before, during and even after the adoption process has been completed, which can lead to a poorer quality of sleep. This study seeks to screen whether couples who are in the adoption process have poorer sleep than couples who are not in the same process. However, no studies were found on this theme. Still, it is expected that participants in the group of couples in the adoption process have lower sleep quality assessed by Sleep Quality Index of Pittsburgh, than groups of couples with children and couples who do not have and not intend to have children in the near future. It is also expected that female participants have poorer quality of sleep than males in all three groups. The sample consisted of 88 participants aged between 24 and 51 years divided into three groups: couples with children group, couples without children group, and couples in adoption group.

It was found that the differences between the three groups were not statistically significant for any of the scores of the PSQI, namely sleep efficiency, sleep duration, sleep disorder, sleep latency, daytime dysfunction due to sleep disorder, overall quality of Sleep, needing sleep medication and the total score. Even though not significant, clinically relevant percentages of men and women reporting poor sleep quality (total PSQI > 5) were found amongst the adoption groups. Pointing to the future, we discuss limitations and suggestions both for future studies and suggestions to be considered in clinical settings.

## **Índice**

Introdução.....	1
Metodologia.....	5
<i>Participantes</i> .....	5
<i>Instrumentos</i> .....	6
<i>Procedimentos</i> .....	7
Resultados.....	8
Discussão.....	15
Referências .....	18



## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Pontuações nas componentes e total da Escala em função do SEXO.....	<b>8</b>
<b>Tabela 2</b> – Pontuações nas componentes e no total da Escala em função dos 3 grupos (homens).....	<b>10</b>
<b>Tabela 3</b> – Pontuações nas componentes e no total da Escala em função dos 3 grupos (mulheres).....	<b>11</b>
<b>Tabela 4</b> – Qualidade de sono – participantes com qualidade de sono Boa/ Média <i>versus</i> Pobre, adotando o ponto de corte Pontuação Global PSQI > 5 (cf. Buysse et al.,1989).....	<b>14</b>

## **Introdução**

Não existe, nos dias de hoje, uma definição absolutamente consensual para o conceito de sono, contudo, os vários estudos que se têm debruçado sobre este tema, desde a antiguidade e passando por Freud e Pavlov, permitiram o reconhecimento de que o sono é muito mais do que um estado estático de repouso.

Já em 1996, Buela-Casal considerava a existência de determinados aspetos que, por si só, constituíam o conceito de sono, nomeadamente: (1) estado reversível e cíclico; (2) ausência quase total de movimento; (3) aumento do limiar, a estímulos externos; (4) alterações da atividade cerebral e psicofisiológica (Gomes, 2005), entre outros. Outros autores, tais como Thorpy e Yager (2001), acreditam que o sono decorre do abrandamento da atividade cerebral, o que, por sua vez, origina cessação da cognição e da consciência.

O sono pode, assim, ser caracterizado como um processo fisiológico, comportamental e ativo que consiste em dois estados distintos e quantitativamente mensuráveis, acompanhados por alterações eletroencefálicas características (Geib & Teresinha, 2007).

A exploração do sono depende do estudo da atividade cerebral que, por sua vez, é conduzido tendo por base três registos cruciais: atividade elétrica cerebral, através do eletroencefalograma (EEG); atividade elétrica muscular, através do eletromiograma (EMG); e, por fim, o movimento dos olhos, através do eletrooculograma (EOG). Desta forma, torna-se possível a distinção entre o estado de vigília (indivíduo ativo ou relaxado) e o estado de sono, sendo que neste último é já possível discriminar as suas diferentes fases. Assim sendo, o sono é classificado em duas fases distintas, nomeadamente:

1. NREM – (*Non Rapid Eye Movements*) fase inicial do sono que se subdivide em quatro estádios (E1 – E4) e caracteriza-se pela progressiva lentificação das ondas cerebrais, desde o chamado sono leve (estádio 2 do sono) até ao sono mais profundo (estádios 3 e 4 do sono). De igual forma, à medida que os estádios se sucedem, o indivíduo torna-se cada vez menos reativo aos estímulos sensoriais (Geib et al., 2003; Gomes, 2005; Aparas, 2008). Nas primeiras fases do sono NREM surgem, normalmente, ondas Teta, assim como as ondas Delta que caracterizam as fases 3 e 4 (Carretié, 2001). De igual forma, é caracterizado pela diminuição do metabolismo basal e da temperatura corporal, mas permite preparar

o organismo para a fase REM e para o despertar. Também, promove a reparação celular (Geib et al., 2003).

2. REM – (*Rapid Eye Movements*) fase de grande atividade cerebral e movimentos rápidos dos olhos, sendo, portanto, grandemente associada aos sonhos. Ocorre em intervalos regulares de 90 minutos aproximadamente, após o ciclo completo de sono NREM. O aumento dos níveis metabólicos e do consumo de energia cerebral, torna-se evidente, assim como a atonia muscular, a diminuição da temperatura corporal e a menor resposta às variações de CO<sub>2</sub> sanguíneo (Aparas, 2008; Geib et al., 2003; Gomes, 2005;). É também designado por sono paradoxal.

Relativamente ao ciclo circadiano sono – vigília, este é controlado pelo sistema nervoso central sendo, também, influenciado por fatores ambientais e sociais (Geib et al., 2003), o que significa que cada indivíduo possui características únicas dos seus padrões de sono. No estudo de Kleitman (1963) citado em Dongen et al (2005), considerando o tempo de sono noturno em indivíduos normais, as principais diferenças denotadas estão no momento do sono e na duração do mesmo. O ciclo sono-vigília também pode funcionar como ritmo e como zeitgeber de outros ritmos (Azevedo, 1980).

São vários os casos de distúrbios de sono que podem hoje ser mensurados e classificados. No estudo de Groeger et al (2004), citado em Blake e Kerr (2010), numa amostra representativa de 2000 britânicos, 58% reportaram problemas de sono na quinzena anterior, e em que 18% que afirmou que o sono foi insuficiente em grande parte das noites. Num estudo com jovens, 48% dos alunos relatou ter sentido sonolência diurna, com frequência principalmente no início da manhã e no início da tarde (Sanchez et al., 2007). Também, cerca de 30% da população adulta nos Estados Unidos da América, assim como 20 a 40% da população mundial apresenta problemas de sono (Mello et al., 2005). De igual modo, é estimado que 6% da população da Austrália sofre de perturbações de sono (Access Economics Pty Limited, 2004 citado em Blake e Kerr, 2010). Quando as crianças são as principais vítimas dos distúrbios de sono, alguns autores creem que tais problemas estão associados com desordens emocionais/comportamentais que podem incluir problemas de atenção, ansiedade/depressão, desordens de externalização, entre outros (Gregory & O'Connor, 2010).

O sono, assim como o repouso, assumem funções restauradoras, tornando-se, portanto, essenciais para a manutenção de uma vida saudável (Geib et al., 2003).

A maioria dos adultos necessita de uma *média* de 7 a 8 horas de sono, com despertares noturnos que representam até 5% do tempo total na cama, para que se encontre num estado ótimo de vigília (Soares, 2006).

No estudo de Groeger et al (2004), foi reportado que os indivíduos que dormem horas suficientes, apresentam níveis superiores de energia, satisfação e sucesso comparativamente com aqueles que não dormem o suficiente. Por outro lado, hábitos de sono saudáveis podem evitar graves consequências, tais como diminuição da motivação e da concentração, défices de memória, menor desempenho escolar, sonolência diurna, alterações de humor como irritabilidade, agressividade e depressão, entre outros (Sanchez et al., 2007), o que sugere que o bem-estar do indivíduo parece estar relacionado com a qualidade de sono e vice-versa (Grey e Watson, 2002).

Atendendo ao grande impacto que o sono apresenta na saúde física e na saúde mental e considerando o elevado número de adultos que apresentam distúrbios de sono (Dongen et al., 2005; Blake e Kerr, 2010), o presente trabalho vem questionar como será a qualidade de sono resultante do estatuto de parentalidade de casais ou pessoas singulares e mais especificamente no seio das famílias sem filhos que pretendem adotar.

A adoção tem vindo a aumentar ao longo dos tempos, proporcionando qualidade de vida não só aos adotados como às famílias que os acolhem. Este processo, ainda que moroso e delicado, permite aos adotados boa qualidade de vida e usufruto de oportunidades que não teriam com os pais biológicos e, por outro lado, permite às famílias de adoção o encerramento de um luto devido às dificuldades de conceber um embrião e a oportunidade de prosperar emocionalmente.

Atualmente, entre 1 e 5 milhões de americanos são adotados (Hollinger, 1998; Stolley, 1993 citado em Wiley & Baden, 2005). Os autores Silversteine e Kaplan (1988) propõem que a adoção é um processo intergeracional que auxilia a tríade das famílias biológicas, dos adotados e das famílias que adotam para sempre. Os mesmos autores acreditam que existem sete problemas que estão presentes nos três membros do processo de adoção, nomeadamente: perda, rejeição, culpa e vergonha, dor, identidade, intimidade e mestria/controlo. Deste modo, a psicologia tem um papel muito importante no processo geral de adoção (Wiley & Baden, 2005), uma vez que fornece aconselhamento, desenvolvimento de tarefas e modelos, de estratégias de coping, abordagens de prevenção,

ajustamento a transições de vida e desenvolvimento, segundo uma perspectiva multicultural (Gelso & Fretz, 2001).

No artigo de Wiley & Baden (2005), são apontados vários fatores que influenciam negativamente a mãe biológica durante a gravidez e durante o processo de adoção, tais como: sentimento de culpa e raiva, problemas de cariz psicológico, problemas de saúde relacionados com a perda - que incluem distúrbios de sono, pesadelos e falta de apetite - e problemas com as relações afetivas. Por outro lado, os sujeitos que adotam, manifestam igualmente sérias preocupações e receios, antes, durante e mesmo após o processo de adoção estar concluído. Desta forma, acreditamos que o processo de adoção pode, de facto, desde o seu início, envolver e/ou desencadear problemas de sono. Contudo, no estudo de Sekine et al (2006), os autores verificaram que indivíduos casados parecem ter melhor qualidade de sono, independentemente da presença de filhos no casamento, do que indivíduos solteiros. Os mesmos autores sustentam que a qualidade de sono varia entre os sexos, sendo que as mulheres, tendo um número de horas de trabalho significativamente superior ao dos homens, (isto quando se contabilizam as tarefas domésticas), apresentam menor qualidade de sono. Também, conflitos entre família e trabalho parecem ser um dos fatores que diminuem a qualidade de sono.

O presente estudo procura compreender se os sujeitos que estão em processo de adoção apresentam problemas de sono com maior frequência do que casais que não se encontram no mesmo processo. Para tal, foram formados três grupos distintos: um grupo constituído por casais e indivíduos singulares com filhos; o segundo, constituído por indivíduos com faixas etárias muito aproximadas e que não têm nem pretendem ter filhos num futuro próximo; e, por último, um terceiro grupo de casais e indivíduos singulares, em processos de adoção. No total, o presente estudo contou com uma amostra de 88 participantes, casais e singulares, aos quais foi aplicado o questionário de Pittsburgh (Buysse et al., 1989, versão para Portugal cedida pelo primeiro autor para presente estudo), sobre a qualidade do sono, e foram comparados os resultados através do programa SPSS.

Uma vez que, de momento, parecem não existir estudos sobre a presente temática, não será possível comparar os resultados segundo a formulação de uma hipótese específica. Contudo, espera-se que os resultados indiquem que os participantes do terceiro grupo (grupo de casais e singulares em processo de adoção), sofram com mais frequência e intensidade de distúrbios de sono comparativamente com o primeiro (casais e indivíduos

singulares com filhos), e o segundo grupo (casais com faixas etárias muito aproximadas que não têm nem pretendem ter filhos num futuro próximo). Por outro lado, espera-se que nos três grupos, os participantes do sexo feminino tenham qualidade de sono mais pobre que os do sexo masculino.

## **Metodologia**

### *Participantes*

O presente estudo contou com uma amostra de 88 participantes, com idades compreendidas entre os 24 e os 51, sendo a média de idades de 38,89 anos (DP = 5,35). Todos vivem em casal, exceto um caso. Quanto às habilitações literárias apresentavam um grau de educação igual ao 12º ano de escolaridade e à licenciatura, não havendo discrepâncias neste fator específico.

Foram formados três grupos distintos:

Um grupo de 30 participantes (20 homens e 10 mulheres), que pertencem a casais com filhos (**Grupo Casais com Filhos**), composto por 24 indivíduos casados, e 6 divorciados em coabitação com novo parceiro (sem estatuto de união de facto), com idades compreendidas entre os 24 e 51 anos e uma média de idades de 39,93 (DP=5,458). Os filhos dos indivíduos deste grupo têm idades compreendidas entre os 3 e os 24 anos com uma média de idades de 8,75 (DP=4,73);

O segundo, constituído por 30 participantes (14 homens e 16 mulheres), que pertencem a casais que não têm nem pretendem ter filhos num futuro próximo (**Grupo Casais sem Filhos**), composto por 7 indivíduos casados, 11 em união de facto, 9 solteiros e 3 divorciados em coabitação com novo parceiro, com idades compreendidas entre 27 e os 50 e com média de idades de 36,57 (DP=4,923);

O terceiro grupo de 28 participantes (14 homens e 14 mulheres), pertencentes a casais e um indivíduo singular em processo de adoção (**Grupo Adoção**), sendo que 8 indivíduos são casados, 13 vivem em união de facto, 4 são solteiros, 2 divorciados e 1 viúvo e possuem idades compreendidas entre os 31 e os 48 anos e com média de idades de 40,46 (DP=4,857).

### *Instrumentos*

Com o objetivo de avaliar e quantificar a qualidade do sono dos participantes de cada grupo, foi aplicado o Questionário de Pittsburgh (PSQI), sobre a qualidade do sono, versão portuguesa para Portugal, cedida pelo autor (consultar em anexo).

Formulado por Buysse, Reynolds, Monk, Berman e Kupfer, em 1989, este instrumento tem como principais objetivos proporcionar uma medida válida e estandardizada sobre a qualidade de sono, permitir a distinção entre sono “bom” e “pobre” e, por fim, facultar um índice que seja fácil de responder, administrar e interpretar (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989).

O desenvolvimento deste instrumento baseou-se na experiência clínica com pacientes com distúrbios de sono, em questionários de sono até então abordados na literatura e utilizados em meio clínico e experimental, assim como através da experiência clínica prévia com o instrumento durante um período de 18 meses.

O PSQI é constituído por um conjunto de 19 questões de auto-resposta e 5 questões que devem ser avaliadas pelo parceiro ou companheiro de quarto. Estas 5 questões deverão ser apenas utilizadas como informações clínicas suplementares e, portanto, não são cotadas. Pelo contrário, as 19 questões permitem aceder a informações relativas à qualidade de sono, assim como à sua duração, latência, frequência e gravidade de problemas específicos relacionados com problemas de sono. Os 19 itens são agrupados em sete componentes de pontuação, cada uma delas cotada numa escala de 0 a 3:

- (1) Qualidade do sono;
- (2) Latência do sono;
- (3) Duração do sono;
- (4) Eficiência habitual do sono;
- (5) Distúrbios do sono;
- (6) Uso de medicação para o sono;
- (7) Disfunções durante o dia.

Posteriormente, as pontuações destas sete componentes, são somadas, originando a pontuação global do PSQI, que varia de 0 a 21. As pontuações globais mais elevadas indicam qualidade de sono “pobre”. Para cotar a escala de Pittsburgh seguimos as indicações desde 2005 recomendadas por Daniel J. Buysse e disponibilizadas a partir do

sítio do Instituto de Medicina do sono, da Universidade de Pittsburgh (*PSQI Scoring*, cf. [http://www.sleep.pitt.edu/content.asp?id=1484 & subid=2316](http://www.sleep.pitt.edu/content.asp?id=1484&subid=2316))

De acordo com os estudos sumariados por Buysse et al, o PSQI é um questionário de fácil uso, todas as questões que o compõem são consistentes e as suas pontuações globais, individuais e das componentes permanecem estáveis ao longo do tempo, o que significa que pode ser utilizado em estudos longitudinais. Também, é um instrumento válido, uma vez que permite discriminar indivíduos com e sem distúrbios do sono. No que se coaduna à fidelidade do instrumento, o alpha de cronbach toma o valor de 0,83.

### *Procedimentos*

A aquisição do instrumento para aplicação no presente estudo, requereu uma autorização dos próprios autores do PSQI, mais precisamente a Daniel J. Buysse, que foi contactado através de via eletrónica, a quem foi solicitada a autorização do uso do PSQI na versão Portuguesa e na mesma língua (Português-Portugal). Foram, também, fornecidas instruções úteis para a utilização correta deste questionário, de acordo com as normas da Universidade de Pittsburgh, que detém os direitos de cópia do questionário.

Todos os participantes que compõem a amostra total são, de alguma forma, conhecidos da investigadora e foi, portanto, pedida a sua participação dentro e fora do contexto laboral. Todos os casais em processo de adoção que fazem parte da amostra encontram-se em fase de reavaliação, ou seja, momento em que, após um período de espera com duração entre os dois e os três anos, são chamados para uma reavaliação à sua situação socioeconómica, familiar, de saúde, entre outras informações consideradas relevantes e essenciais para o processo de adoção. Esta reavaliação tem o intuito de retificar alguma alteração desde o momento em que foram primariamente seleccionados para adoção até ao momento presente.

Como procedimento formal, antes da aplicação do questionário em si, foi entregue a cada indivíduo uma carta de consentimento, informado que continha informação específica acerca do estudo em questão, mais precisamente sobre os objetivos, explicação breve dos procedimentos, critérios de confidencialidade e ausência de prejuízo ou recompensa pelo preenchimento do questionário.

No total, foram entregues 120 questionários, mas 8 indivíduos recusaram a responder e 24 nunca chegaram a entregar, perfazendo um total de amostra igual a 88.



Ao longo do recrutamento de participantes, procurou-se reunir casais sem filhos ou solteiros, com faixa etária semelhante ao grupo de adoção contudo, em casos pontuais, tal não foi possível.

Não foram efetuados quaisquer exames ou diagnósticos de foro clínico e psicológico, pelo que, após explicação prévia do estudo, foi apelado a todos os participantes que respondessem o mais honestamente possível.

Os questionários foram respondidos independentemente, isto é, por cada membro do casal separadamente e, em caso de dúvidas, os participantes eram convenientemente esclarecidos.

A análise dos dados foi efetuada através do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), na versão 17, por meio de determinação de médias, medianas, desvios padrão, percentis, valores mínimos e máximos, frequências simples, absolutas e relativas, valores de assimetria e curtose para estudo das distribuições das variáveis. Foi adotado um nível de significância correspondente a  $p < 0.05$  nos testes usados para comparação dos grupos: qui quadrado; Kruskal-Wallis e Mann-Whitney;

## Resultados

Na tabela 1 os valores dos componentes da escala aparecem de acordo com os cálculos que determinam ordens, sendo que quanto maior é a ordem (ex., 3 em vez de 0), pior é a qualidade do sono ou do componente.

**Tabela 1 – Pontuações nas componentes e total da Escala em função do SEXO**

SEXO	Duracão Sono	Disturbios Sono	Latência Sono	Disfunção		Medicamentos Para dormir	PSQI TOTAL
				Diária devido Sono	Qualidade Sono		
<b>H</b> N (Válido)	38	38	38	38	38	38	38
Média	.44	1.13	.73	.86	1.02	.47	5.00
Mediana	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	4.00
Desvio Padrão	.76	.474	.79	.77	.75	1.05	3.55
Mínimo	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.00
Máximo	3.00	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	15.00
Percentis	25	.00	1.00	.00	.00	.75	2.75
	75	1.00	1.00	1.00	1.25	.00	6.25

<b>M</b>	<b>N (Válido)</b>	50	50	50	50	50	50	50
	Média	.48	1.16	.48	.96	1.00	.68	5.26
	Mediana	.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00	4.00
	Desvio Padrão	.81	.54	.70	.80	.69	1.15	3.66
	Mínimo	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	Máximo	3.00	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	15.00
	Percentiles							
	25	.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	3.00
	75	1.00	1.25	1.00	1.00	1.00	1.00	7.25

Tendo em conta que as pontuações de todos os componentes variam entre 0 (o melhor) e 3 (o pior), e que o total da escala varia entre 0 (o melhor) e 21 (o pior), com o 5 como valor de corte (>5 corresponde a pobre qualidade de sono), podemos constatar que os homens apresentam valores medianos nos componentes iguais ou inferiores a 1 e a mediana do valor total é inferior ao ponto de corte, acontecendo o mesmo com as mulheres.

Embora seja discutível usar médias com escalas de medida ordinal, tanto o autor como os diversos estudos acerca deste inventário utilizam as médias nas suas análises. Assim, comparando a média do total dos homens com a das mulheres, constatamos que as mulheres se encontram acima do ponto de corte ( $M= 5.26$ ), o que sugere que as mulheres terão pior qualidade do sono. Contudo a mediana nas mulheres é de 4, portanto igual à mediana dos homens e abaixo do ponto de corte.

Tendo em conta que a idade é uma variável relevante na qualidade do sono, procurámos avaliar se os 3 grupos se distinguem ou não em relação à idade. Verificámos pelo teste Kruskal-Wallis que há diferenças significativas entre os grupos relativamente à idade ( $\chi^2 = 12.052$ ;  $gl = 2$ ;  $p= .002$ ), sendo o grupo de adoção o que inclui os indivíduos com mais idade (posto médio = 52.34), seguido pelo grupo “Casais com filhos” (posto médio = 50.25) e pelo grupo “Casais sem filhos” (posto médio = 31.43). Contudo, não será variável confundente, na medida em que não encontrámos correlação estatisticamente significativa entre a idade e o total da escala de qualidade de sono ( $\rho = -.070$ ;  $p= .519$ ).

Seguidamente passamos à análise de maior interesse para os nossos objetivos que é a comparação entre grupos com filhos, sem filhos e em processo de adoção. Estas análises foram feitas separando homens e mulheres, pois apesar de termos visto que não há

diferenças marcadas entre sexos, não está excluída a possibilidade de haver efeitos de interação entre sexo e os três grupos existentes sobre a qualidade de sono.

Os resultados apresentam-se nas tabelas 2 e 3.

**Tabela 2: Pontuações nas componentes e no total da Escala em função dos 3 grupos (homens)**

	PSQIHSE	PSQIDURAT	PSQIDISTUB	PSQILATEN	PSQIDAYDYS		PSQIMEDS		PSQI			
					Eficiência	Duração	Distúrbios	Latência		Disfunção	PSQISLEPQUAL	Medicamentos
										Diária devido	Qualidade de	para dormir
	Sono	Sono	Sono	Sono	Sono	Sono = Q6	= Q7	Total				
Casais Com filhos	Md	0	,00	1,00	,50	1,00	1,00	,00	3,50			
	P 25	0	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	2,00			
	P 75	0	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	5,00			
	M	0	,40	1,10	,70	,80	1,00	,10	4,50			
	DP	1	,97	,57	,82	,63	,82	,32	3,75			
	Min	0	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,00			
	Max	3	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	14,0			
Casais sem filhos	Md	0	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	4,00			
	P 25	0	,00	1,00	,00	,00	,00	,00	2,00			
	P 75	0	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00	5,00			
	M	0	,29	1,14	,57	,93	,93	,21	4,14			
	DP	0	,47	,36	,76	,83	,73	,80	2,66			
	Min	0	,00	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00			
	Max	1	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	11,0			
Adoção	Md	0	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	5,00			
	P 25	0	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	3,00			
	P 75	1	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	3,00	10,0			
	M	1	,64	1,14	,93	,86	1,14	1,00	6,21			
	DP	1	,84	,53	,83	,86	,77	1,41	4,08			
	Min	0	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,00			
	Max	3	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	15,0			

**Tabela 3: Pontuações nas componentes e no total da Escala em função dos 3 grupos (mulheres)**

		PSQIDAYDYS					PSQIMEDS		PSQI
		PSQHSE	PSQIDURAT	PSQIDISTUB	PSQILATEN	Disfunção	PSQISLEQUAL	Medicamentos	
		Eficiência Sono	Duração Sono	Distúrbios Sono	Latência Sono	Diária devido Sono	Qualidade de Sono = Q6	para dormir = Q7	
casais com filhos	Md	0	,00	1,00	<b>,00</b>	1,00	1,00	,00	4,00
	P 25	0	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	3,00
	P 75	1	1,00	1,50	,00	1,00	1,00	,00	7,00
	M	1	,65	1,10	,20	,90	1,00	,55	5,15
	DP	1	,93	,64	,41	,91	,73	1,15	3,75
	Min	0	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Max	3	3,00	2,00	1,00	3,00	3,00	3,00	13,0
casais sem filhos	Md	0	,00	1,00	<b>,00</b>	1,00	1,00	,00	4,00
	P 25	0	,00	1,00	,00	,50	1,00	,00	3,00
	P 75	0	,00	1,50	1,00	1,50	1,00	1,00	6,50
	M	0	,19	1,25	,56	1,00	,94	,69	4,88
	DP	1	,40	,45	,73	,73	,57	1,20	2,36
	Min	0	,00	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
	Max	3	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	9,00
Adoção	Md	0	,00	1,00	<b>,50</b>	1,00	1,00	,00	3,50
	P 25	0	,00	1,00	,00	,00	,00	,00	2,00
	P 75	1	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	10,0
	M	0	,57	1,14	,79	1,00	1,07	,86	5,86
	DP	1	,94	,53	,89	,78	,83	1,17	4,82
	Min	0	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Max	2	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	15,0

No que se relaciona com os valores dos fatores e o valor total da escala em função dos três grupos, constatamos pela Tabela 2 (homens), que nos três grupos os participantes apresentaram valores medianos inferiores ou iguais a 1 nas componentes, sendo de assinalar valores diferentes na latência de sono, o que pode sugerir que existem diferenças entre os três grupos no tempo para adormecer, que em mediana é mais elevado no grupo de adoção (1) e mais baixo no grupo sem filhos (,00). Encontrámos valores totais medianos no IQSP de (3.5) no grupo de casais com filhos, (4) no grupo de casais sem filhos e no grupo de adoção uma mediana de (5), ou seja, visivelmente superior à dos restantes grupos, o que

pode constituir um resultado clinicamente relevante, apesar de não ser estatisticamente significativo. Embora seja polêmico usar as médias em escalas de tipo ordinal, consideramos relevante destacar a média do grupo de adoção, por ser superior ao ponto de corte, logo indicador de sono pobre de acordo com os critérios de Buysse et al. Em relação à tabela 3 (grupos das mulheres), a média da pontuação global encontra-se acima do ponto de corte, tanto no grupo de casais com filhos ( $M= 5.15$ ), como no grupo adoção ( $M= 5.86$ ). Em relação aos valores totais medianos, no grupo casais com e sem filhos ( $Md= 4.00$ ), e no grupo adoção ( $Md= 3.50$ ). No que respeita aos valores medianos nas componentes do IQSP, são inferiores ou iguais a 1 em todas elas, qualquer que seja os grupos considerados. Apesar disso, na latência de sono, as medianas sugerem um tempo para adormecer superior no grupo de adoção ( $Md= 0.5$ ), do que nos outros dois ( $Md = 0$ ).

No que diz respeito ao teste das nossas duas hipóteses, devido ao facto de estarmos perante variáveis de natureza essencialmente ordinal e das distribuições dos dados da amostra nem sempre se revelarem normais (testes de Kolmogorov-Smirnov), optou-se em todos os casos, por testes não paramétricos e privilegiou-se a mediana como medida de tendência central assim como os percentis 25 e 75 como medidas de dispersão. Tendo em conta a primeira hipótese, segundo a qual esperaríamos encontrar diferenças entre os 3 grupos de casais relativamente à qualidade do sono e seus componentes, constatámos que os três grupos não se distinguem entre si de modo estatisticamente significativo em nenhuma das variáveis. Efetivamente, os valores de “p” encontrados nas análises de Kruskal-Wallis foram, por variável, entre os três grupos de homens, os seguintes: eficiência do sono ( $p=.325$ ), duração do sono ( $p= .436$ ), perturbação do sono ( $p= .978$ ), latência do sono ( $p= .481$ ), disfunção diária devida ao sono ( $p= .919$ ), qualidade global do sono ( $p= .679$ ), necessidades de medicação para o sono ( $p= .098$ ) e valor total da escala ( $p= .333$ ). Para os três grupos de mulheres foram os seguintes: eficiência do sono ( $p= .193$ ), duração do sono ( $p= .280$ ), perturbação do sono ( $p= .767$ ), latência do sono ( $p= .083$ ), disfunção diária devida ao sono ( $p= .743$ ), qualidade global do sono ( $p= .861$ ), necessidades de medicação para o sono ( $p= .513$ ) e valor total da escala ( $p= .993$ )

Apesar da ausência de significância estatística nas comparações entre os três grupos, vale a pena examinar os resultados próximos da significância, uma vez que estes poderão ser clinicamente relevantes. Nos homens o valor de P para a comparação dos grupos quanto à necessidade de tomar medicação para o sono é inferior a 0,10, o que

aponta para uma possível tendência a ter em conta. Consultando o valor das medianas, constata-se que são iguais nos três grupos. Já nas médias é visível que há mais toma de medicação no grupo de adoção do que nos outros (M= 1,08 para o grupo da adoção; M= 0,21 para o grupo de casais sem filhos e M= 0,10 para casais com filhos). Nas mulheres, no que respeita à latência do sono, nas comparações entre p's dos três grupos encontrou-se um P menor que 0,10. Consultando as medianas, verifica-se que o grupo adoção tem uma mediana mais alta que os outros dois grupos (o mesmo se passa com as médias).

Na tabela 4, mostramos os resultados tendo em conta o ponto de corte de 5 estipulado por Buysse et al (1989), que permite diferenciar indivíduos com qualidade de sono pobre (> 5), de indivíduos com qualidade de sono aceitável/boa (= ou <5), a partir da pontuação total no IQSP.

Relativamente à segunda hipótese, de que as mulheres terão pior qualidade do sono, depois de dicotomizarmos as pontuações do total da Escala em superiores vs. iguais/inferiores a 5 (ponto de corte recomendado por Buysse et al., 1989), correspondendo a «boa» versus «pobre» qualidade do sono; o teste do Qui quadrado (Tabela 4) revela que não há diferenças estatisticamente significativas  $\chi^2 = 1.799$ ; g.l.= 1; p=,132. Atendendo a este valor de p, pode apenas falar-se de uma tendência para que as mulheres tenham pior qualidade de sono. E efetivamente as frequências observadas apontam nesse sentido: se 26.3% dos homens (cerca de 1 em cada 4) apresenta pobre qualidade de sono, tal sucede em 40% das mulheres (1 em cada 2.5), ou seja, uma proporção visivelmente superior. Por isso, a relevância clínica deve ser tida em conta.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas pode dever-se ao tamanho da amostra.

**Tabela 4 - Qualidade de sono – participantes com qualidade de sono Boa/ Média versus Pobre, adotando o ponto de corte Pontuação Global PSQI > 5 (cf. Buysse et al., 1989)**

SEXO			GRUPOS			Total	
			Casais C/filhos	Casais S/filhos	Casais em Adoção		
<b>H</b>	QUAL	Boa ou	N	8	11	9	28
	SONO	Média	% na QUAL.SONO	28.6%	39.3%	32.1%	100.0%
		(PSQI ate 5)	% entre Grupos	80.0%	78.6%	64.3%	73.7%
	Pobre	(PSQI > 5)	N	2	3	5	10
		% na QUAL.SONO		20.0%	30.0%	50.0%	100.0%
		<b>% entre Grupos</b>		<b>20.0%</b>	<b>21.4%</b>	<b>35.7%</b>	<b>26.3%</b>
Total	N		10	14	14	38	
	% na QUAL.SONO		26.3%	36.8%	36.8%	100.0%	
	% entre Grupos		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
<b>M</b>	QUAL	Boa ou	N	13	9	8	30
	SONO	Média	% na QUAL.SONO	43.3%	30.0%	26.7%	100.0%
		( PSQI ate 5)	% entre Grupos	65.0%	56.3%	57.1%	60.0%
	Pobre	(PSQI > 5)	N	7	7	6	20
		% na QUAL.SONO		35.0%	35.0%	30.0%	100.0%
		<b>% entre Grupos</b>		<b>35.0%</b>	<b>43.8%</b>	<b>42.9%</b>	<b>40.0%</b>
Total	N		20	16	14	50	
	% na QUAL_SONO		40.0%	32.0%	28.0%	100.0%	
	% entre Grupos		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Quanto à nossa análise de interesse, que consiste na comparação entre os três grupos - com filhos, sem filhos e em adoção -, não foram encontradas diferenças significativas. Especificando:

-- Comparando as proporções ou as percentagens de mulheres com pobre qualidade de sono, entre os três grupos, chegamos à conclusão, através do teste  $\chi^2$  que as diferenças não são significativas. ( $\chi^2 = ,350$ ; g.l.=2; P=,840)

-- Quanto aos homens não se reuniram os pressupostos para se aplicar o teste qui quadrado (houve duas células com valores esperados inferiores a 5), tendo sido feito um

teste de Fischer's exact test para comparar dois grupos (homens com filhos e homens em adoção), o qual também não foi significativo ( $P=,357$ ).

Apesar da ausência de significância estatística, parece-nos que deve ser tida em conta a relevância clínica das percentagens de pessoas com pobre qualidade de sono, consoante o grupo considerado. Assim, nos indivíduos do sexo masculino, é no grupo adoção que se encontra uma maior fatia de casos de pobre qualidade de sono (35.7%, ou seja, cerca de 1 em cada 3 pessoas desse grupo), sendo as percentagens nos grupos com e sem filhos visivelmente mais baixas, respectivamente 20 e 21% (ou seja, aproximadamente 1 em cada 5 pessoas desses grupos). Nas mulheres, o grupo adoção e sem filhos são aqueles em que se encontram mais casos de pobre qualidade de sono, 43 e 44%, respectivamente, enquanto no grupo com filhos é um pouco mais baixa, 35%.

## **Discussão**

O propósito do presente estudo relacionou-se com procurar saber se os casais que estão em processo de adoção apresentam problemas de sono com maior frequência do que casais que não se encontram no mesmo processo. Uma vez que tanto quanto sabemos, ainda não foram efetuados estudos sobre o tema, o foco do presente trabalho foi a importância do sono para a saúde mental, mais direcionado para a influência do sono no bem-estar mental da rede familiar.

Sendo o ciclo sono-vigília um ritmo circadiano que está dependente dos fatores ambientais, apresentando, assim, oscilações de 24 horas (Almondes e Araújo, 2003), é possível assumir que determinadas experiências de vida possam, de facto, alterar este ritmo. No estudo de Kravitz et al (2003), os autores apontam para alguns fatores que influenciam dificuldades em manter um sono saudável, nomeadamente: (1) variáveis sociodemográficas, como a idade, estado civil, escolaridade, emprego, facilidade ou dificuldade para financiar as necessidades básicas; (2) variáveis psicológicas que podem incluir irritabilidade, depressão, e tensão; (3) variáveis psicossociais, que englobam toda a rede e sistemas de suporte do indivíduo; e, por último, (4) variáveis relativas a estados físicos, condições médicas e auto-perceção de saúde.

De igual forma, o stress é considerado um fator que desencadeia problemas de sono, uma vez que é um ativador do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA), produzindo estado de alerta (Palma et al, 2007). Alguns estudos, como o de Rocha e Martino (2010),



realçam o stress ocupacional como um dos principais fatores de risco no desenvolvimento de distúrbios de sono, principalmente no que diz respeito aos turnos e à tensão psicológica exigida pelo trabalho. Tal como o stress, a depressão parece estar igualmente relacionada com o sono (Schaefer, 1995), assim como a ansiedade que também é apontada como tendo um papel relevante e muito influente no aparecimento de distúrbios do sono (Karacan et al., 1983; Almondes e Araújo, 2003; Albertini e Siqueira, 2001). De acordo com Holmes (1997), a ansiedade tem uma função ativadora que incita o estado de alerta face a um perigo eminente. Ainda mais interessantes são os estudos de Sadeh & Gruber (1997), Uhde (1998), Valldeoriola & Molinuevo (1999) e Yamashita (1997), citados em Almondes e Araújo (2003), que apontam para a importância do comportamento emocional e da relação que estabelece com o sono e a ansiedade.

Os resultados do estudo de Almondes e Araújo (2003), sobre o padrão do ciclo sono-vigília em estudantes universitários, permitem sugerir que o traço de ansiedade, como característica de personalidade do indivíduo, influencia o padrão do ciclo sono-vigília. Neste estudo, os participantes com maiores pontuações para traços de ansiedade, apresentaram um ciclo sono-vigília menos instável face aos estímulos exógenos/ambientais, o que significa que a ansiedade, como fator endógeno, influencia o padrão ciclo sono-vigília e, por sua vez, os fatores exógenos (horários, pressões académicas), parecem contribuir para o aumento do estado de ansiedade.

É possível concluir que a existência de situações que provocam stress, ansiedade, frustração e outros sentimentos negativos, tais como o processo de adoção, possam, de facto, ter grandes influências na qualidade do sono de um indivíduo. Por este motivo esperávamos encontrar pior qualidade de sono em “grupos casais de adoção”. Porém, constatámos que os três grupos não se distinguem entre si de modo estatisticamente significativo em nenhuma das variáveis, das quais salientamos a eficiência do sono, duração do sono, perturbação do sono, latência do sono, disfunção diária devida ao sono, qualidade global do sono, necessidades de medicação para o sono e valor total da escala. Apenas encontramos duas diferenças próximas da significância estatística, em ambos os casos sugestivas de um sono mais pobre nas pessoas em processo de adoção (necessidade de medicação para dormir e latência de sono tendencialmente mais elevados, em média, nos grupos de adoção masculino e feminino, respetivamente).

A ausência de diferenças significativas poderá ter a ver com a dimensão da amostra, relativamente reduzida. Outro motivo poderia ser um possível efeito confundente

da variável idade. Contudo, na nossa amostra não encontramos uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o total da escala de qualidade de sono. Outro dos fatores que pode explicar estes resultados é a transversalidade da insegurança laboral que segundo diversos estudos ao nível dos fatores psicossociais no trabalho leva a um menor nível de saúde global e está correlacionada negativamente com variáveis como sintomas depressivos, stress e *Burnout* (Kristensen, 2002). No momento atual de crise que se vive no nosso país, esta parece-nos a explicação mais plausível.

Relativamente à nossa hipótese sobre as diferenças de sexo, alguns estudos apontam ainda para uma maior incidência de problemas de qualidade do sono no sexo feminino (Sekine et al, 2006). Na nossa amostra, apesar de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas, do ponto de vista estritamente clínico e da análise visual de dados, o nosso estudo vai de encontro aos resultados do estudo de Sekine. Efetivamente, comparando os homens com as mulheres, nos três grupos há mais mulheres com pobre qualidade do sono do que homens.

Entretanto, apesar da ausência de diferenças significativas quando se comparou a frequência de qualidade de sono pobre (pontuação global no IQSP > 5) nos três grupos (casais com filhos, casais sem filhos e casais em adoção), o que é certo é que nos grupos adoção, sejam eles masculinos ou femininos, encontramos percentagens importantes de pessoas a manifestar um sono de fraca qualidade (visualmente idênticas ou superiores às verificadas nos grupos com filhos e sem filhos). Começando pelos grupos masculinos, em todos eles há homens com pobre qualidade de sono, mas existe uma percentagem visivelmente mais elevada no grupo de adoção (35.7%), do que nos outros dois grupos. Cerca de um em cada três homens em processo de adoção tem pior qualidade de sono. Estará relacionado com maior ansiedade face a ter filhos? Por outro lado, relativamente às mulheres, comparando os grupos, constatámos que os grupos Casais sem filhos e Casais em adoção têm percentagens idênticas e elevadas, superiores a 40% (43,8% e 42,9%), de casos com pobre qualidade de sono, sendo o grupo de casais com filhos os que apresentam a percentagem mais baixa de mulheres com pobre qualidade de sono. Em suma, em ambos os sexos são as pessoas com filhos que tendem a ter melhor qualidade de sono, ao passo que nos grupos de adoção encontramos das percentagens mais altas de indivíduos com pobre qualidade de sono. Ainda que as diferenças não tenham assumido significância estatística, salienta-se a relevância clínica destes dados.

Uma das principais limitações deste estudo foi, precisamente, a falta de publicações científicas acerca deste assunto em específico (i.e., qualidade de sono em casais em processo de adoção). Também por este mesmo motivo, o presente estudo vem colmatar esta falha, na esperança de promover a elaboração de estudos semelhantes dentro desta temática.

Ainda, apesar de o questionário utilizado ser validado na sua versão original, ser dos mais usados em todo o mundo e ter uma grande relevância para a compreensão da qualidade do sono dos participantes, nos seus vários componentes, seria também interessante se, neste estudo, tivesse sido aplicado algum questionário que permitisse avaliar o estado de ansiedade dos participantes para, assim, tornar mais evidente a relação entre o sono e o processo de adoção. Fica, então, uma sugestão para um próximo estudo.

Contudo, e apesar dos resultados do presente estudo não confirmarem as nossas hipóteses do ponto de vista estatístico, tendo em conta a dimensão da amostra e a relevância clínica (considerando a análise visual de dados), alertamos para a necessidade de profissionais de saúde que lidam com casais e indivíduos em processos de adoção averiguarem se existem queixas de sono que mereçam atenção. Assim, estes indivíduos poderão beneficiar de informação sobre regras de higiene de sono que lhes permita melhorar o seu sono.

## Referências

Albertini, R. & Siqueira, V. (2001). A ortodontia e a síndrome da apneia obstrutiva do sono. *Jornal Brasileiro Ortodontia Ortopedia Facial*, 6(33), 213-221.

Almondes, K. & Araújo, J. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 37-43

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association

Azevedo, M. H. P. (1980). Efeitos psicológicos do trabalho por turnos em mulheres. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Aparas, T. (2008). Sono-vigília em crianças com e sem perturbações do espectro do autismo. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro.

Formatted: Font: 16 pt

Barros, M. & Nahas, M. (2001). Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Revista Saúde Pública*, 35(6): 554-63.

Blake, J. & Kerr, D. (2010). Development of an online sleep diary. IGI Global, chapter 21, p.289-290. DOI: 10.4018/978-1-60566-266-4.ch021

Buela-Casal, G. (1996). *El sueño y sus transtornos*. Madrid: Aguilar.

Buysse, D., Reynolds, C., Monk T., Berman, S. & Kupfer, D. (1989). The Pittsburg sleep quality index: a new instrument for Psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 193-213

Carretié, L. (2001). *Psicofisiología*. Madrid: Pirâmide. Capítulo 2, pp. 47-61

Costa, R., Silva, R., Silva, F., Costa, R.H., & Farias, T. (). Fatores intervenientes dos distúrbios do sono em mulheres. VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal: fortalecendo redes e alianças estratégicas pela cidadania e saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Dongen, H., Vitellaro, K. & Dinges, D. (2005). Individual Differences in Adult Human Sleep and Wakefulness: Leitmotif for a Research Agenda. *SLEEP*, Vol. 28, No. 4, 479-496

Ferro, C., Ide, M. & Streit, M. (2008). Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia. *Fisioterapia Mov.*, 21(1):33-38

Gregory, A. & O'Connor, T. (2010). Sleep Problems in Childhood: A Longitudinal Study of Developmental Change and Association With Behavioral Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume 41, Issue 8, pp 964-971

Gomes, A. (2005). Sono, sucesso acadêmico e bem-estar em estudantes universitários. Dissertação de doutoramento, Universidade de Aveiro.

Groeger, J., Zijlstra, F. & Dijk, D. (2004). Sleep quantity, sleep difficulties and their perceived consequences in a representative sample of some 2000 British adults. *J. Sleep Research*, No. 13, 359-371. Retirado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2869.2004.00418.x/pdf>

Geib, L., Neto, A., Wainberg, R. & Nunes, M. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista Psiquiatria*. RS, 25(3): pp. 453-465

Geib, T. & Teresinha, L. (2007). Desenvolvimento dos estados de sono na infância. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 60, núm. 3, mayo-junio, 2007, pp. 323-326

Gelso, C. J., & Fretz, B. R. (2001). *Counseling psychology*. Belmont, CA: Wadsworth.

Gray EK & Watson D. (2002). General and specific traits of personality and their relation to sleep and academic performance. *Journal Personality*; 70: pp. 177-206.

Groeger, J., Zijlstra, F. & Dijk, D. (2004). Sleep quantity, sleep difficulties and their perceived consequences in a representative sample of some 2000 British adults. *Journal of Sleep Research*, 13, pp. 359–371. Retirado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2869.2004.00418.x/pdf>

Hollinger, J. H. (1998). *Adoption law and practice: Vol. 1. Supplement*. New York: Matthew Bender.

Johnson E, Chilcoat H, Breslau N (2000), Trouble sleeping and anxiety/ depression in childhood. *Psychiatry Research* 94:93–102

Karacan, I., Thornby, J. & Williams, R. (1983). Sleep disturbance: a community survey. In: uilleminault, C., e Lugaresi, E., eds. *Sleep/Wake Disorders: Natural History, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983, 37-60

Kleitman N. *Sleep and Wakefulness*. Chicago: University of Chicago Press; 1963.

Kravitz, H., Ganz, P., Bromberger, J., Powell, L., Sutton-Tyrrell, K. & Meyer, P. (2003). Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*, 10(1):19-28.

Martins, R., Garcia, A., Garbin, C. & Sundefeld, M. (2008). Relação da classe econômica e qualidade do sono na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(2):147-53

Mello, M., Boscolo, R., Esteves, A. & Tufik, S. (2005). O exercício físico e os aspectos biológicos. *Revista Brasileira Medicina do Esporte*. Vol. 11, Nº 3, pp. 203-207

Palma, D., Tiba, P., Machado, R., Tufik, S. & Suchecki, D. (2007). Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: o eixo hipotálamo-pituitária- adrenal como fator modulador. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 29(1 Supl):533-538.

Patten C, Choi W, Gillin J, Pierce J (2000), Depressive symptoms and cigarette smoking predict development and persistence of sleep problems in US adolescents. *Pediatrics* 106: U50–U58

Rocha, M. & Martino, M. (2010). O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Revista Escola de Enfermagem*, 44(2):280-286

Sadeh, A. & Gruber, R. (1997). Stress, anxiety and adolescent sleep: a clinical developmental perspective. Trabalho apresentado no *Contemporary Perspectives on Adolescent Sleep*, Marina Del Rey, California. Retirado de: <http://www.websciences.org/adolescentsleep>.

Schaefer KM.(1995). Sleep disturbances and fatigue in womem with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clinical Studies*, 24(3):229-233.

- Souza, C., Aldrighi, J. & Filho, G. (2005). Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. *Revista Associação Médica Brasileira*. 51(3): 170-176
- Stolley, K. S. (1993). Statistics on adoption in the United States: The future of children. *Adoption*, 3, 26-42.
- Silverstein, D. N., & Kaplan, S. (1988). Lifelong issues in adoption. In L. Coleman, K. Tilbor, H. Hornby, & C. Boggis (Eds.), *Working with older adoptees: A source book of innovative models* (pp. 45-53). Portland: University of Southern Maine.
- Stoleru S, Nottelmann E, Belmont B, Ronsaville D (1997), Sleep problems in children of affectively ill mothers. *Journal Child Psychol Psychiatry* 38:831–841
- Sekine, M., Chandola, T., Martikainen, Marmot, M., P. & Kagamimori, S. (2006). Work and Family Characteristics as Determinants of Socioeconomic and Sex Inequalities in Sleep: The Japanese Civil Servants Study. *SLEEP*, Vol. 29, No.2, 206-216
- Soares C N. Insônia na menopausa e perimenopausa: características clínicas e opções terapêuticas. *Revista psiquiatria clínica*. (São Paulo); 33(2): 103-109.
- Sanchez, R., Mathias, A., Itokazu, T., Lima, R. & Andrade, M. (2007). Sono e saúde: uma exposição didática itinerante. Faculdade de Ciências e Letras – UNESP – Campus de Assis.
- Thorpy, M. J., & Yager, J. (2001). *The encyclopedia of sleep and sleep disorders* (2nd ed., updated and rev.). New York: Facts on File [1st ed.: 1991].
- Uhde, T. (1998). The anxiety disorders. *Principles and practice of sleep medicine*, 871-894
- Valldeoriola, F. & Molinuevo, J. (1999). Therapy of behavioral disorders in Parkinson's disease. *Biomedical Pharmacotherapy*, 53, 149-153
- Yamashita, K. (1997). Mental health of nurses – 2 years follow-up. *Nihon Kango Kagakkaishi*, 17, 64-68.
- Wiley, M. & Baden, A. (2005). Birth parents in adoption: research, practice and counseling psychology. *The counseling psychologist*, Vol. 33 No. 1, January 2005 13-50. DOI: 10.1177/0011000004265961