

Ana Margarida Costa Pinto, 42150

## Dissertação de Mestrado

Perceção de Mães e Pais sobre a Qualidade do Sono Infantil dos 6 aos 12 meses: Associação com Sintomatologia Depressiva dos Progenitores

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Conde

Data:  
janeiro, 2025



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.

Perceção de Mães e Pais sobre a Qualidade do Sono Infantil dos 6 aos 12 meses:  
Associação com Sintomatologia Depressiva dos Progenitores

Ana Margarida Costa Pinto



# Declaração de Autoria



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

## DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Nome (s): Ana Margarida Costa Pinto Estudante(s) n.º 42150 do curso de Licenciatura /  
Mestrado/Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde declaro(am) que o Trabalho/ Projeto  
/Dissertação/Relatório apresentado para avaliação na(s) Unidade(s) curricular(es)  
é da minha/nossa autoria e cumpre as normas de integridade académica.

Assim assume-se:

-Esclarecer explicitamente se partes do trabalho foram já apresentadas para avaliação de outras unidades curriculares ou provas de grau na Universidade Portucalense ou noutras instituições;

-Identificar corretamente as fontes utilizadas, de forma a que possam ser consultadas e atestada a autenticidade do trabalho que apresento;

-Assumir, sob compromisso de honra, a responsabilidade da autoria integral do trabalho, não tendo contratado serviços de terceiros para a sua realização;

-Indicar a supervisão recebida para elaboração do trabalho;

-Reconhecer como fraudulentas práticas que correspondem a formas de plágio, cópia servil, omissão ou citação deficiente de fontes, percebendo que tais práticas infringem direitos de autoria e são contrárias à integridade académica;

- Submeter, quando solicitado, à consideração do(s) docente(s), relatórios que tenham sido emitidos por equipamento especializado na deteção de plágio.

Data: 25/01/2025.....

Assinatura(s) Ana Margarida Costa Pinto.....



# **Perceção de Mães e Pais sobre a Qualidade do Sono Infantil dos 6 aos 12 meses: Associação com Sintomatologia Depressiva dos Progenitores**

Dissertação apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Doutora Ana Conde.

Departamento de Psicologia e Educação

Janeiro, 2025

# AGRADECIMENTOS

Nesta reta final, é fundamental expressar a minha gratidão a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a conclusão desta etapa tão importante na minha vida.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer Professora Doutora Ana Conde pela orientação prestada ao longo destes longos meses. Durante este período de insegurança e dúvida, o apoio, a disponibilidade e a partilha de conhecimento foram fundamentais para a conclusão desta etapa.

Não posso deixar de mencionar os grandes responsáveis pela concretização deste sonho: os meus pais e a minha irmã. Obrigada por me darem força e por fazerem de mim uma pessoa melhor, dia após dia. Amo-vos com todas as minhas forças.

Ao meu namorado, Edwin, agradeço pelo companheirismo e por nunca me deixar desistir. Não me canso de dizer que és um grande exemplo pela pessoa trabalhadora e resiliente que és. Amo-te!

Aos meus amigos, Inês, Bea, António e Marta por estarem sempre ao meu lado e me apoiarem tanto.

Sem vocês nada disto seria possível!

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre a saúde mental dos progenitores (mães e pais) e a percepção que estes têm dos hábitos de sono dos seus filhos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 meses. Para tal, foram comparadas as percepções de 35 mães e 35 pais sobre os hábitos de sono das crianças, analisada a associação entre o stress parental e a depressão e a percepção dos respetivos progenitores acerca dos hábitos de sono da criança (Resistência em ir para a Cama e Sonolência Diurna), e avaliado o peso explicativo da depressão e do stress parental na predição do relato desses hábitos. Os resultados indicaram que não existem diferenças significativas entre mães e pais na percepção dos hábitos de sono das crianças, mas que a depressão materna está associada à percepção de maior resistência dos filhos em ir para a cama. Além disso, o stress materno revelou-se um preditor negativo da percepção de sonolência diurna. Estes resultados sugerem que a saúde mental dos progenitores, particularmente das mães, pode influenciar a forma como os hábitos de sono infantil são percebidos.

**Palavras-chave:** Sono infantil; Saúde mental parental; Depressão; Stress; Percepção parental

## ABSTRACT

The present study aimed to investigate the relationship between the mental health of parents (mothers and fathers) and their perception of their children's sleep habits, with children aged between 6 and 12 months. To this end, the perceptions of 35 mothers and 35 fathers regarding their children's sleep habits were compared, the association between parental stress and depression and the perception of the respective parents regarding the children's sleep habits (Resistance to Going to Bed and Daytime Sleepiness) was analyzed, and the explanatory weight of depression and parental stress in predicting the report of these habits was evaluated. The results indicated that there were no significant differences between mothers and fathers in their perception of the children's sleep habits, but maternal depression was associated with a perception of greater resistance of the children to going to bed. Moreover, maternal stress was found to be a negative predictor of the perception of daytime sleepiness. These results suggest that parents' mental health, particularly that of mothers, may influence the way children's sleep habits are perceived.

**Keywords:** Infant sleep; Parental mental health; Depression; Stress; Parental perception

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>2</b>
<b>RESUMO</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>5</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>11</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>15</b>
Participantes	15
Procedimentos de investigação	17
Instrumentos	17
Procedimentos de análise estatística dos dados	20
<b>RESULTADOS</b>	<b>21</b>
Relatos de mães e pais quanto à sua saúde mental e percepção dos hábitos de sono das crianças	21
Associação entre o stress parental e a depressão dos progenitores e a sua percepção sobre os hábitos de sono dos seus filhos	22
Peso explicativo da depressão e do stress parental das mães na predição do relato dos hábitos de sono das crianças	25
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>26</b>
<b>Limitações e potencialidades do estudo</b>	<b>28</b>
<b>Conclusão</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>30</b>

# ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1	15
Tabela 2	16
Tabela 3	21
Tabela 4	22
Tabela 5	23
Tabela 6	24

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSI	Índice de Stress Parental
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CSHQ-I	Children's Sleep Habits Questionnaire – Infant Version
RC	Resistência a ir para a Cama
SD	Sonolência Diurna

# INTRODUÇÃO

O sono infantil desempenha um papel fundamental no desenvolvimento saudável das crianças, sendo essencial para o seu crescimento físico, cognitivo e emocional. A qualidade do sono nos primeiros anos de vida está associada a uma série de benefícios, incluindo a consolidação da memória, o fortalecimento do sistema imunológico e a regulação emocional (Bathory & Tomopoulos, 2017). No entanto, dificuldades no sono infantil são comuns e podem ser influenciadas por diversos fatores, incluindo práticas parentais, ambiente familiar e características individuais da criança.

No contexto da parentalidade, a forma como os pais percebem o sono dos filhos pode ser influenciada por variáveis psicológicas, tais como níveis de stress e sintomas depressivos. A literatura tem demonstrado que mães com níveis elevados de stress ou sintomas depressivos tendem a reportar mais dificuldades no sono das crianças, possivelmente devido a uma percepção mais negativa do comportamento infantil (Gui et al., 2022; Ma et al., 2022). A relação entre saúde mental parental e sono infantil pode ser explicada por mecanismos bidirecionais, nos quais dificuldades de sono das crianças podem agravar sintomas de stress e depressão nos progenitores, ao mesmo tempo que a saúde mental destes pode impactar negativamente a qualidade e os padrões de sono dos filhos (Liu et al., 2020).

Embora grande parte da investigação sobre este tema tenha focado principalmente as mães, há um crescente reconhecimento da importância de incluir os pais na compreensão dos fatores que influenciam o sono infantil. Estudos sugerem que os pais desempenham um papel significativo na rotina do sono das crianças e que as suas percepções e práticas podem diferir das das mães (Sadeh et al., 2011). No entanto, a evidência sobre estas diferenças ainda é limitada, tornando essencial uma abordagem mais abrangente que inclua ambos os progenitores.

Diante deste enquadramento, o presente estudo teve como principais objetivos:

(1) comparar mães e pais quanto à sua saúde mental (depressão e stress parental) e à percepção que têm dos hábitos de sono (Resistência em ir para a Cama e Sonolência Diurna) das crianças entre os 6 e os 12 meses de idade; (2) analisar a associação entre o stress parental e a depressão dos progenitores e a percepção das dificuldades/hábitos de sono infantil; e (3) avaliar o peso explicativo da depressão e do stress parental na predição do relato dessas dificuldades de sono pelas mães e pelos pais. Através desta investigação, pretendeu-se contribuir para uma melhor compreensão das dinâmicas

familiares envolvidas na percepção do sono infantil e salientar a importância de considerar a saúde mental dos progenitores no desenho de estratégias de apoio ao desenvolvimento saudável das crianças.

Ao adotar uma abordagem que diferencia a percepção de mães e pais sobre o sono infantil, este estudo poderá fornecer informações valiosas para futuras intervenções direcionadas ao bem-estar parental e à promoção de práticas que favoreçam hábitos de sono saudáveis nas crianças. Além disso, ao analisar o impacto da saúde mental dos progenitores na forma como percebem o sono dos filhos, esta investigação poderá fornecer evidências relevantes para o desenvolvimento de programas de apoio psicológico dirigidos a famílias com bebês na primeira infância

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O sono é uma necessidade fisiológica de considerável importância para o desenvolvimento infantil, cuja relevância se estende à promoção de um desenvolvimento saudável, seja em termos físicos, cognitivos ou comportamentais. A sua importância é equiparada à da alimentação, sendo um fator crucial para a sobrevivência humana (Orton & Bilgin, 2024).

É notável que a maioria das crianças, particularmente entre os 12 e os 36 meses de idade, dedica aproximadamente metade ou mais de metade do período diurno ao sono (Marinho et al., 2021). Estudos em humanos demonstraram que a qualidade de sono em crianças é essencial não só para um desenvolvimento saudável, mas, também, para o bem-estar materno e familiar e é um preditor significativo de saúde em adultos (Bathory & Tomopoulos, 2017).

Durante os primeiros anos de vida, o cérebro é mais responsivo ao mundo exterior, e a maioria das vias neuronais que suportam a comunicação, a compreensão, o desenvolvimento social e o bem-estar emocional crescem rapidamente nos primeiros três anos. A falta de sono pode, portanto, trazer sérias consequências nesse âmbito.

Diante dos numerosos e novos estímulos experienciados durante este período, é durante o sono que ocorre o aumento do suprimento de sangue para os músculos, a restauração da energia, o crescimento e a reparação dos tecidos, além da libertação das hormonas essenciais para o crescimento e desenvolvimento (Twiss, 2016).

Durante o primeiro ano de vida, as crianças atingem alguns marcos desenvolvimentais como a regulação e a consolidação dos padrões sono-vigília (Ragni et al., 2019). Nos primeiros meses, o ritmo circadiano ainda não está completamente

definido, resultando em um padrão de sono distribuído ao longo do ciclo dia-noite, reminescente do ciclo básico de descanso-atividade observado durante a vida fetal. Entre os 6 e os 9 meses de idade, há um aumento na vigília e o estabelecimento das sesta diurnas. Neste sentido, aos 12 meses de idade, a maioria dos bebês, entre 70% a 80%, tende a dormir predominantemente durante a noite (Bruni et al., 2014). Deste modo, o primeiro ano de vida pode ser considerado como um período com mudanças substanciais dramático do sono, tendo em conta que é neste espaço de tempo que o sono infantil começa a mudar de uma distribuição uniforme, multifásica e diurna para um sono noturno mais consolidado (Gui et al., 2022).

Durante a infância, os pais estabelecem, habitualmente, uma rotina para dormir e despertar com os seus filhos, e ainda que nesta fase os problemas de sono, como a dificuldade para adormecer ou para permanecer no sono, sejam comuns, os pais devem procurar dar respostas para evitar que estas dificuldades persistam. Neste contexto, é importante notar que para além dos comportamentos dos pais diretamente relacionados ao sono, todas as interações existentes entre pais e filhos podem, potencialmente, afetar o sono das crianças logo desde o primeiro ano de vida (Tétreault et al., 2004).

Quando os bebês demonstram habilidade para se acalmarem autonomamente após um despertar sem que os pais estejam conscientes do referido despertar, estes últimos tendem a perceber uma qualidade de sono superior nos seus filhos. Em contrapartida, quando o bebê requer intervenção por parte dos pais para efetuar a transição entre o estado de vigília e sono, os progenitores relatam uma maior incidência de problemas relacionados com o sono nas suas crianças (Burnham et al., 2002).

No estudo conduzido por Middlemiss (2004), foi observado que a presença dos pais durante a rotina de sono, semelhante à amamentação, pode estar associada a um aumento nos despertares noturnos das crianças. Isso ocorre porque, sob uma perspetiva comportamental, a presença dos pais durante a rotina noturna pode ser interpretada como uma "armadilha comportamental". Esta associação entre a presença dos pais e o momento de adormecer pode resultar na incapacidade das crianças de adormecerem sozinhas, tornando-as dependentes dos pais tanto para iniciar o sono quanto para se acalmarem durante os despertares noturnos. Além disso, o estudo revelou que bebês colocados em seus berços ou camas enquanto ainda estão acordados foram percebidos como tendo menos despertares noturnos e mais propensos a voltarem a dormir sozinhos. Por outro lado, bebês que são colocados no berço já adormecidos demonstram uma maior dependência dos pais para este processo.

De acordo com o paradigma transacional, os atributos parentais, como personalidade e bem-estar psicológico, exercem influência sobre a qualidade do sono infantil, refletindo-se também nos padrões de sono dos progenitores nas suas práticas noturnas (Ragni et al., 2019). Conforme preconizado pelo modelo de segurança emocional, a sensação de estabilidade e segurança emocional resulta de relações familiares estáveis e previsíveis. Desta forma, as crianças podem reagir com angústia emocional diante de perturbações familiares e dificuldades pessoais dos progenitores, sugerindo que estes possam potencialmente induzir sentimentos de stress e ansiedade prejudiciais ao início do sono (Ragni et al., 2019).

De igual forma, de acordo com Gibson et al. (2012), há uma correlação entre o número de intervalos de descanso que as crianças têm e os problemas de sono relatados. Isso sugere que a frequência com que os pais colocam as crianças para dormir pode influenciar a percepção de problemas de sono nessas crianças. Por sua vez, os estudos de Gui et al. (2022) e Ma et al. (2022) concluíram que mães com sintomas depressivos mais pronunciados podem ser menos sensíveis e cuidadosas com os bebês, resultando em hábitos de sono irregulares, como adormecer tarde e ter rotinas inconsistentes. Isso pode levar a uma redução do tempo de sono dos bebês e mais despertares durante a noite. Além disso, pesquisas demonstram que os padrões de sono das crianças são influenciados pelos dos pais, tanto em nível comportamental quanto biológico. Assim, mães com depressão podem apresentar hábitos de sono desregulados e crenças disfuncionais sobre o sono, afetando negativamente o sono de seus filhos. Além disso, estudos conduzidos por Liu et al. (2020) indicaram que as emoções depressivas maternas durante os períodos pré e pós-parto estão associadas a uma maior incidência de problemas de sono nas crianças, enquanto um aumento na felicidade durante a gravidez foi relacionado a uma diminuição desses problemas de sono nas crianças.

Estes resultados estão em consonância com pesquisas anteriores, como destacado por Armitage et al. (2009), que sugerem que bebês de mães deprimidas tendem a ter menos sono tranquilo e mais agitação durante os episódios de sono em comparação com aqueles sem histórico materno de depressão.

Consta, ainda, na literatura que as ligações entre os sintomas de depressão materna e os problemas de sono infantil ocorrem sobretudo entre meninos e mães. Resultados revelam que, quando comparados com as meninas, os meninos são mais suscetíveis aos sintomas de depressão materna e, por sua vez, as mães também são mais suscetíveis aos efeitos dos problemas de sono dos meninos do que das meninas (Dias & Figueiredo, 2021; Dias & Figueiredo, 2020).

Para explicar os resultados anteriormente descritos, alguns autores sugerem que a presença de cognições disfuncionais pode explicar a percepção subjetiva de uma qualidade de sono inferior nas crianças (Halal et al., 2021).

É amplamente reconhecida a alta prevalência de depressão no período pós-parto. Em Portugal, a prevalência da depressão pós-parto entre as mães varia entre 10% a 15% (Serviço Nacional de Saúde, 2023), destacando a importância de investigar como essa condição se relaciona com os problemas de sono durante essa fase crucial do desenvolvimento infantil. Além disso, é fundamental considerar que a avaliação desses problemas de sono frequentemente é realizada pelos próprios progenitores, cujas percepções podem ser influenciadas pela presença de sintomas depressivos. Portanto, é imperativo direcionar a atenção não apenas para as mães, mas também para os pais, que têm sido sub-representados nesse contexto de estudo.

Assim sendo, esta é uma abordagem que permite perceber se ambos os progenitores têm uma percepção semelhante ou diferente da qualidade do sono dos filhos e se a saúde mental dos progenitores se associa de forma semelhante ou diferente à das mães e dos pais sobre o sono dos filhos

# MÉTODO

## Participantes

A amostra estudada é composta por 70 participantes (díades de 35 mães e 35 pais), com uma distribuição etária relativamente similar. A maioria dos participantes é casada, com uma proporção menor vivendo em união de facto.

A grande maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa, com uma pequena percentagem de brasileiros e colombianos. Um outro aspeto relevante a destacar é a ausência de perturbações psicológicas declaradas pelos participantes.

*Tabela 1*

*Dados Sociodemográficos dos progenitores (N=70)*

Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)
<b>Idade min-max (M±DP)</b>	<b>19-50 (33.6 ± 6.65)</b>	<b>18-41 (31.5 ± 5.88)</b>
<b>Estado Civil</b>		
Casado	19 (54.3)	19 (54.3)
Coabitação	16 (45.7)	16 (45.7)
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	33 (94.3)	33 (94.3)
Brasileira	1 (2.9)	1 (2.9)
Colombiana	1 (2.9)	1 (2.9)
<b>Perturbação Psicológica</b>		
Sim	0 (0)	0 (0)
Não	35 (100)	35 (100)

A amostra é composta por uma maioria de crianças do sexo feminino, com gestações, na sua maioria, sem risco reportado. Os bebês foram de termo na quase totalidade dos casos, tendo os mesmos sido amamentados em 74.3% das situações. A grande maioria das crianças não apresentou problemas de saúde relatados. A ocorrência de problemas de saúde foi relatada apenas para uma criança, estando relacionada com uma situação do foro renal.

*Tabela 2*

*Características Desenvolvimentais das Crianças*

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	14 ( 40)
Feminino	21 (60)
<b>Gestação de Risco</b>	
Sim	4 (11.4)
Não	31 (88.6)
<b>Prematuro ou de Termo</b>	
Prematuro	2 ( 5.7)
Termo	33 (94.3)
<b>Amamentado</b>	
Sim	26 (74.3)
Não	9 (25.7)
<b>Problemas de Saúde</b>	
Sim	1 (2.9)
Não	34 (97.1)

## **Procedimentos de investigação**

Este estudo cumpriu todas as formalidades éticas exigidas e previstas na investigação com seres humanos tal como definido pela Declaração de Helsinki.

O presente estudo tem um design transversal, abrangendo uma amostra de conveniência constituída por progenitores de crianças com idades entre os 6 e os 12 meses de vida. Para participarem no estudo, os progenitores deveriam estar casados ou em regime de coabitação com o outro progenitor da criança. Para a recolha de dados, procedeu-se à divulgação do estudo nas redes sociais e através de contactos pessoais, e presencialmente em estabelecimentos de ensino. Os progenitores formalizaram a aceitação da participação no estudo através da assinatura do consentimento informado, onde constavam os objetivos do estudo e a garantia do anonimato e da confidencialidade na recolha e posterior tratamento dos dados. Para além destas informações, no consentimento informado constava, também, os critérios de exclusão e de inclusão para participação no estudo.

Os participantes preencheram o protocolo de investigação constituído pelos instrumentos que a seguir se descrevem em momento único, em formato digital por meio do Google Docs ou em formato papel, de acordo com a sua conveniência.

## **Instrumentos**

### ***Questionário Sociodemográfico***

O protocolo de avaliação para o estudo em causa, envolveu um questionário que teve como principal objetivo a recolha de informações sobre as características sociodemográficas dos participantes neste estudo e características desenvolvimentais da respetiva criança, dividido em duas secções diferentes. Na primeira parte, direcionada ao pai/mãe da criança de referência para a participação no estudo, inclui questões referentes a idade, sexo, nacionalidade, estado civil, informações do agregado familiar, informações sobre a relação com a mãe/pai do filho e informação sobre alguma possível perturbação psicopatológica diagnosticada. A segunda parte incluiu questões referentes à criança como o sexo, a idade, informações acerca da gestação, da amamentação e sobre problemas de saúde diagnosticadas na criança.

## ***Índice de Stress Parental (ISP)- Versão reduzida (Abidin, 1995; Santos, 2008)***

O Índice de Stress Parental foi desenvolvido originalmente por Abidin (1995) e adaptado para a versão portuguesa por Santos (2008). A versão reduzida do instrumento permite obter informações sobre o stress parental percebido e inclui três subescalas: Distress Parental (12 itens), Interação Disfuncional Progenitor Criança (12 itens) e Domínio Criança (12 itens). É um instrumento de autopreenchimento em que os itens são respondidos através de uma escala de resposta tipo Likert composta por 5 pontos, desde o ponto 1 (“Discordo Completamente”) até ao ponto 5 (“Concordo Completamente”).

A validação portuguesa da escala apresenta uma consistência interna satisfatória, com valores de coeficiente de alpha de Cronbach de .71 para a subescala relativa à Criança,

.82 para a subescala relativa aos Pais e de .77 para a subescala da Interação. Quanto ao resultado Total, o valor de coeficiente de alpha de Cronbach foi de .89.

No caso da amostra em estudo, o coeficiente alpha de Cronbach para a subescala relativa à Criança foi de .77 para as mães e de .86 para os pais. Na subescala relativa aos Pais, foi de .85 para as mães e de .86 para os pais. Já na subescala de Interação, no caso das mães o alpha de Cronbach foi de .81 e para os pais foi de .86. No resultado final, o alpha teve o valor de .88 para as mães e de .92 para os pais.

Em relação à classificação do stress parental percebido, foram definidos os seguintes pontos de corte: um percentil baixo corresponde a valores menores ou iguais a 25, o percentil médio baixo abrange os valores entre 24 e 50, o percentil médio vai de 50 a 75, o percentil elevado de 75 a 90 e, por fim, o percentil muito elevado corresponde a valores superiores a 90.

## ***Escala de Depressão- CES-D (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2004)***

CES-D é um inventário de autorrelato que avalia uma variedade de sintomas depressivos como a tristeza, a perda de interesse, a dificuldade na concentração, fadiga, perda de apetite, entre outros. Compreende 20 itens avaliados numa escala de resposta de Likert de 4 pontos, correspondente à avaliação que o sujeito faz acerca da frequência do sintoma ao longo da última semana: 0 (“Nunca ou muito raramente”), 1

("Ocasionalmente"), 2 ("Com alguma frequência"), 3 ("Com muita frequência ou sempre"). Quatro destes itens foram redigidos na direção positiva com o intuito de quebrar possíveis tendências de resposta e avaliar os efeitos positivos (item 4, item 8, item 12 e item 16). A pontuação total pode variar entre 0 a 60 pontos, com pontuações mais altas a indicar níveis mais elevados de depressão. O ponto de corte utilizado para identificar possíveis casos de depressão foi de >20 pontos.

A consistência interna da validação portuguesa do CES-D ( $\alpha$  de Cronbach) foi de 0,92 para a escala total. No caso da amostra em estudo, o  $\alpha$  de Cronbach para a escala total foi de .80 no caso das mães, e de .70, no caso dos pais.

### ***Questionário de Hábitos de Sono das Crianças- CSHQ-I (Owens et al., 2000; Dias et al., 2018)***

O CSHQ-I é um instrumento utilizado para avaliar os padrões de sono em bebês dos 0 aos 12 meses, desenvolvido para ser preenchido pelos cuidadores da criança. É um instrumento composto por 33 itens divididos por quatro subescalas: resistência a ir para a cama, ansiedade do sono, hábitos de sono positivos e sonolência diurna. Estes itens são respondidos através de uma escala tipo Likert de quatro pontos: habitualmente (para comportamentos que ocorrem de cinco a sete vezes por semana), às vezes (duas a quatro vezes por semana), raramente (zero a uma vez por semana) e não aplicável (para comportamentos que não são aplicáveis à idade do bebê). Quanto à interpretação dos resultados, maiores scores no CSHQ-I, indicam mais problemas de sono.

A consistência interna da validação portuguesa do CSHQ-I ( $\alpha$  de Cronbach) foi de 0,78 para a escala total e variou de 0,52 a 0,77 para as subescalas.

No caso da amostra em estudo, para as mães, o  $\alpha$  de Cronbach variou entre .11 e .76 para as subescalas. No caso dos pais, variou entre .05 e .93.

Considerando que os valores de alfa encontrados apenas foram aceitáveis para as subescalas Resistência em ir para a Cama (mãe .664; pai .684), Ansiedade do Sono (pai .926), e Sonolência Diurna (mãe .759.; e pai .674.), apenas foram tidas em consideração as dimensões Resistência em ir para a Cama e Sonolência Diurna para a avaliação dos hábitos de sono das crianças.

## Procedimentos de análise estatística dos dados

A análise dos dados foi conduzida com recurso ao IBM SPSS Statistics (versão 29). Em primeiro lugar foram realizadas análises descritivas de maneira a podermos caracterizar a amostra em estudo, tanto a nível sociodemográfico como clínico. Para a avaliação dos indicadores de consistência interna dos instrumentos utilizados, foi usado o alfa de Cronbach.

De maneira a concretizar o primeiro objetivo, comparando os relatos de mães e de pais quanto à sua saúde mental (depressão e stress parental) e perceção dos hábitos de sono nas crianças (Resistência em ir para a cama e Sonolência Diurna), foram realizadas análises T- Test para amostras emparelhadas.

Neste seguimento, para analisar a associação entre o stress parental e a depressão dos progenitores e a perceção que estes têm sobre os hábitos de sono (Resistência em ir para a cama e Sonolência diurna) das crianças, realizaram-se correlações de Pearson (para os níveis de stress parental e depressão) e análises T- Test para amostras independentes, para os pontos de corte de stress parental e depressão.

Por último, de maneira a analisar o peso explicativo da depressão e do stress parental na predição do relato de hábitos de sono das crianças foram efetuadas regressões lineares múltiplas independentes para as mães e para os pais, recorrendo às variáveis de saúde mental que se mostraram associadas nas análises de correlação e/ou nas análises T-test para amostras independentes.

A significância estatística foi reportada tendo em consideração os valores de  $p < .05$ .

# RESULTADOS

## Relatos de mães e pais quanto à sua saúde mental e percepção dos hábitos de sono das crianças

A tabela 3 apresenta os resultados das análises T-test para amostras emparelhadas, no sentido de comparar as percepções de mães e pais sobre os hábitos de sono (Resistência em ir para a cama e Sonolência diurna) das crianças dos 6 aos 12 meses de idade. De igual forma foram comparados os níveis de depressão e stress parental dos progenitores. Os resultados obtidos mostraram a inexistência de diferenças significativas que nos níveis de depressão e stress parental entre mães e pais, quer nos relatos que estes fazem dos hábitos de sono dos seus filhos.

*Tabela 3*

*Teste T para amostras emparelhadas*

	<i>Mãe M (DP)</i>	<i>Pai M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
<b>Depressão (CESD)</b>	11.91 (6.69)	10.63 (6.08)	.985	.332
<b>Stress Parental (PSI)</b>	65.08 (16.41)	61.43 (14.42)	1.126	.268
<b>Hábitos de Sono da Criança</b>				
<b>Resistência a ir para a cama</b>	.79 (.30)	.84 (.33)	-1.396	.172
<b>Sonolência Diurna</b>	.41 (.44)	.43 (.40)	-.388	.700

## Associação entre o stress parental e a depressão dos progenitores e a sua perceção sobre os hábitos de sono dos seus filhos

Os resultados das análises de correlação de Pearson indicaram uma associação positiva estatisticamente significativa entre os níveis de depressão materna (CES-D Mãe) e os resultados dos relatos da mãe na dimensão Resistência em ir para a cama (RC), sugerindo que mães com maiores níveis de depressão tendem a perceber os seus filhos como tendo uma maior resistência a ir para a cama. Além disso, observou-se também uma associação negativa estatisticamente significativa entre os níveis de stress parental da mãe (PSI Mãe) e os resultados dos seus relatos na dimensão Sonolência diurna, sugerindo que mães com maiores níveis de stress parental evidenciam uma menor perceção de sonolência diurna nos seus filhos.

Não foram encontradas associações significativas entre as demais variáveis analisadas, incluindo as variáveis referentes aos pais (ver tabela 4).

*Tabela 4*

*Correlações de Pearson entre os resultados do PSI, CES-D e os respetivos resultados nas dimensões Resistência em ir para a Cama e Sonolência diurna do CSHQ-I de mães e pais*

	RC	SD
<b>PSI Mãe</b>	R= .179 P= .303	R= -.395* P= .019
<b>CES-D Mãe</b>	R= .400* P= .017	R= -.031 P= .858
<b>PSI Pai</b>	R= .077 P= .660	R= -.069 P= .696
<b>CES-D Pai</b>	R= .225 P= .193	R= .191 P= .278

A tabela 5 apresenta os resultados de testes t para amostras independentes, comparando as percepções de mães com elevada depressão / stress parental e mães com baixa depressão /stress parental relativamente às dimensões de Resistência em ir para a cama e a Sonolência diurna dos seus filhos. De modo global não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para a generalidade das comparações, exceto nos relatos de sonolência diurna entre mães com elevados níveis de depressão (ponto de corte > 20) e mães com baixos níveis de depressão: as primeiras evidenciam menos relatos de sonolência diurna do que as segundas.

*Tabela 5*

*Teste t para amostras independentes – comparação dos relatos de hábitos de sono por parte de mães com elevada depressão /stress parental vs. baixa depressão /stress parental*

	<b>Mães elevada depressão (n=6) / stress parental (n=11) (M±DP)</b>	<b>Mães baixa depressão (n=29) / stress parental (n=24) (M±DP)</b>	<b>t</b>	<b>P</b>	<b>Tamanho do efeito Cohen's d</b>
<b>CES-D</b>					
<b>RC</b>	.78 ± .27	.79 ± .31	.062	.951	.305
<b>SD</b>	.07 ± .16	.46 ± .45	3.736	.001	.416
<b>PSI</b>					
<b>RC</b>	.88 ± .30	.75 ± .30	-1.248	.221	.298
<b>SD</b>	.22 ± .40	.48 ± .44	1.672	.104	.427

A tabela 6 apresenta os resultados de testes t para amostras independentes, comparando as percepções de pais com elevada depressão / stress parental e pais com baixa depressão /stress parental relativamente às dimensões de Resistência em ir para a cama e a Sonolência diurna dos seus filhos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para a generalidade das comparações efetuadas.

*Tabela 6*

*Teste t para amostras independentes – comparação dos relatos de hábitos de sono por parte de pais com elevada depressão /stress parental vs. baixa depressão /stress parental*

	<b>Pais elevada depressão (n=5) / stress parental (n=12) (M±DP)</b>	<b>Pais baixa depressão (n=30) / stress parental (n=23) (M±DP)</b>	<b>t</b>	<b>P</b>	<b>Tamanho do efeito Cohen's d</b>
<b>CES-D</b>					
<b>RC</b>	.92 ± .31	.83 ± .33	-.589	.560	.331
<b>SD</b>	.71 ± .46	.37 ± .38	-1.767	.087	.385
<b>PSI</b>					
<b>RC</b>	.84 ± .28	.85 ± .36	.089	.930	.332
<b>SD</b>	.39 ± .38	.44 ± .41	.353	.727	.402

## **Peso explicativo da depressão e do stress parental das mães na predição do relato dos hábitos de sono das crianças**

Considerando as associações significativas encontradas e descritas na secção anterior, foram realizadas análises de regressão linear múltipla, com recurso ao método Stepwise para cada uma das dimensões de hábitos de sono das crianças (Resistência em ir para a cama e Sonolência diurna), de acordo com os relatos da mãe, de modo a avaliar o peso preditivo do stress parental e da depressão materna nessas percepções. Os resultados obtidos mostraram que a depressão materna ( $\beta = .400$ ,  $t = 2.505$ ,  $p = .017$ ) permite prever relatos de maior Resistência em ir para a cama em crianças ( $F = 6.277$ ,  $p = .017$ ), explicando esta variável 13.4% da variância observada na variável dependente. De igual forma, os resultados obtidos mostraram que o stress parental das mães ( $\beta = -.395$ ,  $t = -2.473$ ,  $p = .019$ ) permite prever relatos de menor Sonolência diurna em crianças ( $F = 6.117$ ,  $p = .019$ ), explicando esta variável 13.1% da variância observada na variável dependente.

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivos: (1) comparar mães e pais quanto à sua saúde mental (stress parental e depressão) e à percepção que têm dos hábitos de sono (resistência em ir para a cama e sonolência diurna) das crianças entre os 6 e os 12 meses de idade; (2) analisar a associação entre o stress parental e a depressão dos progenitores e a sua percepção sobre os hábitos de sono dos filhos; e (3) avaliar o peso explicativo da depressão e do stress parental na predição do relato dos hábitos de sono pelas mães e pelos pais.

Relativamente ao primeiro objetivo, os resultados indicaram a inexistência de diferenças significativas entre mães e pais na percepção dos hábitos de sono dos seus filhos, sugerindo uma similaridade nestas percepções. De igual forma, não se observaram diferenças significativas nos níveis médios de depressão e stress parental entre mães e pais. Por sua vez, no que diz respeito à associação entre o stress parental e a depressão dos progenitores e sua percepção dos hábitos de sono infantis, os resultados sugerem que, nas mães, tanto o stress parental quanto a depressão se relacionam com os relatos maternos dos hábitos de sono da criança. Particularmente, níveis mais elevados de stress parental por parte da mãe associam-se a menos relatos de sonolência diurna, o mesmo se verificando nas mães com sintomas clinicamente significativos de depressão. Por sua vez, maiores níveis de depressão associam-se a relatos de maior resistência em ir para a cama. Esta relação não se observou, contudo, para os pais.

A associação entre a depressão e do stress parental foi reforçada nas análises de predição efetuadas, onde tanto a depressão quanto o stress parental se apresentaram como preditores significativos, respetivamente de uma maior percepção, por parte das mães, de resistência em ir para a cama por parte dos filhos, bem como menor sonolência diurna.

Os resultados obtidos nesta investigação fornecem informações relevantes sobre a percepção parental dos hábitos do sono infantil e a influência da saúde mental dos cuidadores. A análise realizada através do teste t para amostras emparelhadas revelou que não houve diferenças estatisticamente significativas entre as percepções de mães e pais quanto às dificuldades de sono dos seus filhos. Isso sugere que, de um modo geral, ambos os progenitores percebem de maneira

semelhante os hábitos de sono das crianças, corroborando estudos anteriores que apontam para uma convergência na avaliação parental do comportamento infantil (Bower & Taylor, 2019; Brennan & Hammen, 2009; Sadeh et al, 2002).

No entanto, a análise de correlação evidenciou que os níveis de depressão materna estão associados à percepção de maior resistência dos filhos em ir para a cama, sugerindo que mães com sintomas depressivos podem interpretar os comportamentos de sono infantil de forma mais negativa. Esse resultado está alinhado com pesquisas anteriores que indicam uma tendência para uma percepção mais negativa dos pais sobre o comportamento infantil em contextos de maior sofrimento psicológico (Ragni et al., 2019).

A relação entre os níveis de stress materno e a percepção da sonolência diurna também foi significativa, indicando que mães mais stressadas tendem a relatar uma maior sonolência diurna nos filhos. Este achado pode refletir um viés cognitivo em que mães com maiores níveis de stress interpretam sinais comuns de cansaço como mais preocupantes ou intensos do que mães com menores níveis de stress (Orton & Bilgin., 2024).

No que se refere às análises de regressão, observou-se que a depressão materna foi um preditor significativo da percepção de resistência em ir para a cama, explicando aproximadamente 13,4% da variância. Este resultado reforça a hipótese de que os sintomas depressivos maternos podem influenciar a forma como as dificuldades de sono infantil são percebidas. Em contraste, a sonolência diurna não foi significativamente explicada pela depressão materna, sugerindo que outros fatores podem estar envolvidos nessa percepção. Entre esses fatores, destaca-se a qualidade do sono materno, uma vez que mães com dificuldades de sono podem ter percepções mais sensíveis ou distorcidas sobre os hábitos de sono dos filhos (Dørheim et al., 2009). Além disso, o suporte social disponível para as mães (Brennan & Hammen, 2009) e a situação socioeconômica das famílias (Repetti & Wang, 2017) podem também influenciar a forma como os hábitos de sono infantil são avaliados.

Para os pais, os resultados não indicaram relações significativas entre depressão ou stress e a percepção das dificuldades de sono infantil. Embora o estudo não tenha avaliado diretamente o envolvimento dos pais nas rotinas de sono das crianças, é possível que diferenças no papel desempenhado por cada progenitor na regulação do sono infantil possam influenciar a forma como as dificuldades de sono são percebidas e relatadas. Estudos anteriores sugerem que, em muitas famílias,

as mães tendem a assumir um papel mais ativo na gestão do sono dos filhos, o que pode levar a uma maior associação entre os estados emocionais das mães (como depressão e stress parental) e as suas perceções dos hábitos de sono das crianças (Sadeh et al., 2011). Assim, embora o estudo atual não tenha explorado diretamente essa variável, a literatura aponta para a possibilidade de que a perceção das dificuldades de sono infantil seja mediada, em parte, pelo envolvimento diferencial dos pais nas rotinas de sono.

Em conclusão, os resultados indicam que, enquanto não há diferenças significativas entre pais e mães na perceção global do sono infantil, fatores como depressão e stress materno podem influenciar a forma diferencial como as dificuldades de sono são percebidas pelos progenitores. Esses achados reforçam a importância de considerar a saúde mental materna no contexto da avaliação do sono infantil e sugerem a necessidade de apoio psicossocial para as mães que enfrentam dificuldades emocionais, visando promover um ambiente mais equilibrado para o desenvolvimento do sono infantil.

## **Limitações e potencialidades do estudo**

Apesar dos contributos deste estudo, algumas limitações devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o reduzido tamanho amostral pode limitar a generalização dos resultados para a população em geral. Estudos futuros com amostras maiores poderão fornecer uma visão mais abrangente e representativa sobre a relação entre a saúde mental parental e a perceção do sono infantil.

Além disso, o design transversal adotado não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Estudos longitudinais seriam mais apropriados para compreender as direções das associações e possíveis efeitos ao longo do tempo. Tendo em conta que esta é uma problemática de natureza bidirecional, pois a qualidade de sono também pode ser um preditor de depressão nos progenitores, no estudo de Carroll et al. (2024), concluiu-se que ter um filho com problemas de sono, por si só, não prediz a depressão. No entanto, os efeitos desses problemas de sono na duração do sono materno e na sua autoeficácia predizem indiretamente a depressão, sugerindo que a interação entre as variáveis é mais complexa e envolve múltiplas dimensões temporais.

Outro fator a considerar é o baixo alfa de Cronbach observado em algumas subescalas do CSHQ, o que comprometeu a inclusão de todas as subescalas na

análise. Esse baixo nível de consistência interna pode ter sido influenciado por diferenças na interpretação das perguntas pelos participantes. O formato das questões do CSHQ permite certa subjetividade na resposta, o que pode contribuir para variações na forma como os pais percebem e relatam os hábitos de sono dos seus filhos. Essa variabilidade pode, por sua vez, ter impactado a confiabilidade das escalas utilizadas. No futuro, investigações poderão explorar formas de melhorar a precisão e a uniformidade na aplicação do CSHQ, garantindo maior consistência nos resultados obtidos.

Apesar das limitações, este estudo também potencialidades. Uma das principais vantagens foi a possibilidade de comparar diretamente as percepções de mães e pais relativamente ao sono infantil. Este aspeto permite uma melhor compreensão das diferenças e semelhanças nas avaliações parentais, contribuindo para uma abordagem mais abrangente e informada sobre o impacto da saúde mental no contexto familiar. Além disso, o estudo reforça a importância de considerar fatores emocionais e psicológicos dos cuidadores na avaliação do sono infantil, podendo servir de base para futuras intervenções e estratégias de apoio parental.

## Conclusão

Esta investigação teve como objetivo a análise da influência da saúde mental dos pais na percepção dos hábitos de sono dos filhos entre os 6 e os 12 meses de idade. Os resultados mostraram que, de modo geral, não há diferenças significativas entre mães e pais na percepção global dos hábitos de sono das crianças. No entanto, a saúde mental materna demonstrou um impacto relevante: a depressão materna foi associada a uma maior percepção de resistência na hora de ir para a cama, enquanto o stress materno esteve relacionado com a maior percepção de sonolência diurna nos filhos. Por outro lado, não foram observadas relações significativas entre a saúde mental dos pais e a percepção dos hábitos de sono. Estes resultados destacam a importância de considerar a saúde emocional das mães na análise dos hábitos de sono infantil, sugerindo que a saúde mental materna pode influenciar diretamente a percepção das dificuldades de sono das crianças.

## REFERÊNCIAS

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index- Manual* (3ª ed.). Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Armitage, R., Flynn, H., Hoffmann, R., Vazquez, D., Lopez, J., & Marcus, S. (2009). Early Developmental Changes in Sleep in Infants: The Impact of Maternal Depression. *Sleep*, 32(5), 693–696. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.693>
- Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool- Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29–42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Bower, D. R., & Taylor, B. (2019). Parental perceptions of children's sleep problems: Evidence from a national survey. *Journal of Sleep Research*, 28(6).
- Brennan, P. A., & Hammen, C. (2009). Chronic stress, the family environment, and the development of children's sleep problems: A longitudinal perspective. *Child Development*, 80(2), 553–563.
- Bruni, O., Baumgartner, E., Sette, S., Ancona, M., Caso, G., Di Cosimo, M. E., Mannini, A., Ometto, M., Pasquini, A., Ulliana, A., & Ferri, R. (2014). Longitudinal Study of Sleep Behavior in Normal Infants during the First Year of Life. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10(10). <https://doi.org/10.5664/jcsm.4114>
- Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2002). Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 713–725. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00076>

- Carroll, A. E., Appleton, J., & Harris, K. M. (2023). Child sleep problems, maternal sleep and self-efficacy: Sleep's complicated role in maternal depression. *Journal of Sleep Research*, 33(2). <https://doi.org/10.1111/jsr.14005>
- Coogan, A. N., & Murray, J. (2018). Agreement between maternal and paternal reports of children's sleep. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(5), 541–550.
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2020). Mother's prenatal and postpartum depression symptoms and infant's sleep problems at 6 months. *Infant Mental Health Journal*, 41(5), 614-627. <https://doi.org/10.1002/imhj.21869>
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2021). Unidirectional and bidirectional links between maternal depression symptoms and infant sleep problems. *Journal of Sleep Research*, 30(5). <https://doi.org/10.1111/jsr.13363>
- Dias, C. C., Figueiredo, B., & Pinto, T. M. (2018). Children's sleep habits questionnaire—infant version. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 94(2), 146-154.
- Dørheim, S. K., Bjorvatn, B., & Moen, B. E. (2009). Insomnia and depression during pregnancy: The impact on maternal and fetal health. *Sleep Medicine Reviews*, 13(2), 113–120.
- GIBSON, R., GANDER, P., & ELDER, D. (2011). Factors differentiating infants identified by parents as problem sleepers, and those that are not. *Sleep and Biological Rhythms*, 10(1), 46–52. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2011.00517.x>
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339–348.
- Gui, Y., Deng, Y., Sun, X., Li, W., Rong, T., Wang, X., Jiang, Y., Zhu, Q., Liu, J., Wang, G., & Jiang, F. (2022). Early childhood sleep trajectories and association with maternal depression: a prospective cohort study. *Sleep*, 45(5). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsac037>

- Halal, C. S., Bassani, D. G., Santos, I. S., Tovo-Rodrigues, L., Del-Ponte, B., Silveira, M. F., Andréa Dâmaso Bertoldi, Barros, F. C., & Nunes, M. L. (2020). Maternal perinatal depression and infant sleep problems at 1 year of age: Subjective and actigraphy data from a population-based birth cohort study. *Journal of Sleep Research, 30*(2). <https://doi.org/10.1111/jsr.13047>
- Liu, J., Ji, X., Wang, G., Li, Y., Leung, P. W., & Pinto-Martin, J. (2020). Maternal emotions during the pre/postnatal periods and children's sleep behaviors: The mediating role of children's behavior. *Journal of Affective Disorders, 273*, 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.178>
- Ma, S., Yin, X., Tao, R., Jiang, X., Xie, J., Li, P., Zhu, D., & Zhu, P. (2022). Association of maternal prenatal depression and anxiety with toddler sleep: the China-Anhui Birth Cohort study. *Archives of Women's Mental Health, 25*. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01200-w>
- Marinho, C. A. R. S., Duarte, J. C., Koch, C., & Santos, M. R. (2021). Padrão de sono em crianças de 12 a 36 meses de idade. *Escola Anna Nery, 26*. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0269>
- Middlemiss, W. (2004). Infant sleep: a Review of Normative and Problematic Sleep and Interventions. *Early Child Development and Care, 174*(1), 99–122. <https://doi.org/10.1080/0300443032000153516>
- Orton, O., & Bilgin, A. (2024). Maternal Depression and Sleep Problems in Early Childhood: A Meta-Analysis. *Child Psychiatry and Human Development, 1–14*. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01717-y>
- Owens, J. A., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep-New York, 23*(8), 1043-1052.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Ragni, B., De Stasio, S., Barni, D., Gentile, S., & Giampaolo, R. (2019). Parental Mental Health, Fathers' Involvement and Bedtime Resistance in Infants. *Italian Journal of Pediatrics*, 45(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0731-x>

Repetti, R. L., & Wang, M. (2017). Socioeconomic status, parental stress, and the health of children: Effects of the home environment. *Child Development Perspectives*, 11(1), 33–39.

Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2002). Sleep, emotional regulation, and behavior problems in children. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 99–106.

Sadeh, A., Mindell, J., & Rivera, L. (2011). "My child has a sleep problem": A cross-cultural comparison of parental definitions. *Sleep Medicine*, 12(5), 478–482. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.10.008>

Santos, S. V. (2008). Forma Reduzida do Parenting Stress Index (PSI): Estudo Preliminar. XIII Conferência Internacional Avaliação Formas e Contextos. Braga: Universidade do Minho

Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Depressão pós-parto*. SNS 24.

Twiss, J. (2016). Physiology and importance of sleep in early childhood.

Urizar, G. G., & Muñoz, R. F. (2021). Role of Maternal Depression on Child Development: A Prospective Analysis from Pregnancy to Early Childhood. *Child Psychiatry & Human Development*, 53. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01138-1>

Vameghi, R., Amir Aliakbari, S., Sajjad, H., Sajedi, F., & Alavimajd, H. (2015). Correlation Between Mothers' Depression and Developmental Delay in Infants Aged 6-18 Months. *Global Journal of Health Science*, 8(5),.





UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541  
4200-072 Porto  
Portugal

+351 225 572 000  
+351 969 773 967

[upt@upt.pt](mailto:upt@upt.pt)  
[www.upt.pt](http://www.upt.pt)

