

LITERACIA EM SAÚDE DO SONO DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: INSTRUMENTOS FACILITADORES NO AUMENTO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS

Cristiana de Jesus / Joana Luís da Conceição / Susana Espadaneira

Introdução

Tendo em conta as grandes transformações culturais, demográficas, políticas, financeiras e sociais que se observam no nosso quotidiano, existe um reflexo na alteração das famílias portuguesas e na necessidade/modelo de intervenção em saúde. Urge a necessidade de efetivar uma reestruturação/adaptação desta mesma intervenção, com enfoque na promoção de competências e potencialidades da família, ao invés do foco na problemática e nas dificuldades sentidas pelas mesmas (Dinis, Ribeiro, & Francisco, 2014).

O tornar-se pai e mãe corresponde a um processo cheio de transições. O nascimento do filho não é só uma mudança na vida de uma família, mas também um evento de reorganização individual e conjugal.

A mestria nas competências parentais influencia o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio comportamento e o comportamento da criança. De facto, quanto maior é o nível de conhecimentos e habilidades das mães e dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades das crianças (Cardoso, Silva, & Marín, 2015). Dando continuidade ao termo e importância das necessidades das crianças, a 21 de setembro de 1990, na Convenção sobre os Direitos da Criança, foi definido o conceito de competências parentais com o reconhecimento do princípio de que ambos os pais têm uma responsabilidade comum na educação e no desenvolvimento da criança. O interesse superior da criança deve constituir a sua preocupação fundamental. Sendo que, “cabe aos pais a principal responsabilidade comum de educar a criança, e o Estado deve ajudá-los a exercer esta responsa-

bilidade. O Estado deve conceder uma ajuda apropriada aos pais na educação dos filhos”.

De forma a permitir aos pais fortalecer as suas competências em relação ao crescimento dos seus filhos e nas tomadas de decisão que daí advêm, torna-se importante aumentar a literacia em saúde dos pais, ou seja, capacitá-los para um conjunto de competências cognitivas e sociais, para que possam aceder, compreender e utilizar a informação em saúde, promover tomadas de decisão fundamentadas no seu quotidiano e ao longo de todo o ciclo de vida, assegurando uma melhor saúde individual e da sua família (WHO, 1998).

O conceito de literacia em saúde inclui, não apenas a procura e compreensão da informação, mas também o controlo do indivíduo sobre a sua saúde, a sua capacidade para aplicar a informação e para assumir responsabilidades sobre a sua saúde (Kickbusch & Maag, 2005; WHO, 2009).

O nível de literacia em saúde do indivíduo tem implicações diretas na sua capacidade em navegar no sistema de saúde, como, por exemplo, procurar serviços ou preencher formulários, partilhar informações pessoais (como a sua história de doença com os profissionais), gerir os seus autocuidados, cumprir indicações médicas e compreender conceitos numéricos como probabilidade ou risco.

Todas estas dimensões são fundamentais para garantir que o indivíduo “toma o controlo” da sua saúde, bem como da saúde da sua família e dos seus descendentes. Por exemplo, as competências de numeracia são elementos-chave em literacia em saúde, uma mãe/pai precisa de calcular medidas de medicação para baixar a febre do seu filho, compreender rótulos alimentares, calcular a quantidade de açúcar ingerida por uma criança diabética ou mesmo calcular a hora de deitar da criança para garantir as horas de sono adequadas por noite.

Nessa perspetiva, as baixas competências em literacia em saúde podem, deste modo, ser uma barreira no acesso a informações e cuidados de saúde, uso de medicamentos e prevenção de doenças (Nutbeam, 2000).

Baixos níveis de literacia estão ligados a piores resultados de saúde individuais, maiores taxas de hospitalização e menor uso de serviços

preventivos de doença, o que leva conseqüentemente a um aumento com os custos de saúde do país (Kirsch, Jungeblut, Jenkins, & Kolstad, 1993).

As populações com menores níveis de literacia em saúde são os idosos, minorias étnicas, indivíduos com baixa escolaridade e indivíduos de níveis socioeconómicos mais baixos que, por sua vez, também são aqueles que têm níveis de saúde mais baixos (Adler & Newman, 2002).

Mas não só as pessoas com baixa escolaridade em saúde são menos saudáveis; são também menos capazes de lidar com doenças crónicas, têm menos conhecimento sobre saúde e têm dificuldades para ler e entender informações ou conselhos médicos (Davis, Wolf, & Bass, 2006). São ainda estas populações as que têm conhecimentos mais baixos acerca do seu organismo e causas de doença, sendo mais difícil compreenderem as relações de causalidade entre hábitos de vida saudável, como o exercício, a alimentação ou o sono.

Literacia em Saúde do sono infantil

O sono é cada vez mais reconhecido como um fator determinante na saúde infantil. Embora a importância do sono seja reconhecida, estima-se que em Portugal 25% das crianças tenham, em alguma fase da sua infância, uma perturbação do sono (Morais, Veiga, & Estevão, 2007).

O aumento da literacia em saúde do sono dos pais/cuidadores é fundamental para aumentar o seu conhecimento, a sua motivação e as suas competências para promoverem hábitos de sono saudáveis e reconhecerem problemas de sono nos seus filhos, promovendo a saúde infantil (Bonuck, Blank, True-Felt, & Chervin, 2016).

Desde o nascimento até à idade escolar é possível verificar a ocorrência de várias alterações do sono, conseqüentes do desenvolvimento da criança e do ambiente à sua volta (Khan et al., 2004), podendo este último contribuir de forma significativa para a qualidade do sono. O sono é entendido como um importante indicador de saúde

e um determinante de qualidade de vida, sendo uma necessidade biológica necessária para o funcionamento adequado à manutenção da vida. Caracterizado por uma postura específica – olhos fechados e numa posição deitada –, uma redução da atividade motora e uma interação diminuída com o ambiente, sendo um período importante para a regeneração fisiológica geral e mais especificamente para alguns processos internos cerebrais. É considerado um fenômeno universal e social.

Na criança, o sono normal deve satisfazer as suas necessidades de acordo com a idade e a cultura e deve cumprir parâmetros mensuráveis, critérios somáticos, psicológicos e comportamentais, de acordo com critérios descritos na literatura (WHO, 2004).

Ohayon et al. (2017) consideram como bons indicadores de qualidade de sono: curtos períodos de latência do sono (entre os 0 e os 15 minutos), a ocorrência de 0 a um despertar por noite superior a cinco minutos ao longo do sono, quantidade de tempo desperto após o início do sono ≤ 20 minutos e eficácia do sono $\geq 85\%$. Todos estes indicadores parecem ser influenciados por comportamentos associados ao sono e à hora de dormir, ou seja, à higiene do sono, como se verifica no estudo de Mindell, Li, Sadeh, Kwon e Goh (2015), onde as crianças com uma prática mais consistente de rotinas de sono conseguiram apresentar resultados dentro dos indicadores anteriormente referidos.

A “higiene do sono” é um conceito de literacia em saúde do sono que compreende modificações no ambiente do sono, práticas e rotinas dos pais e da criança, favoráveis a um sono de boa qualidade e de duração suficiente. Além disso, inclui a prática de atividades no período de vigília que favoreçam a chegada ao momento do sono, de maneira a propiciá-lo (Gruber et al., citado por Halal & Nunes, 2014). Desta forma, as recomendações para um sono saudável em crianças de idade pré-escolar são feitas ao nível da quantidade de sono, com o reconhecimento da necessidade e promoção de horários de deitar regulares que permitam à criança dormir o número adequado de horas, incluindo a sesta; ao nível da qualidade do sono, com práticas de higiene de sono, estabelecendo uma rotina de deitar, com atividades como a higiene pessoal da criança e o contar histórias, que preceda a

ida para a cama e seja sempre idêntica e com a eliminação de tecnologia antes de adormecer (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Os estudos de Beebe (2011) e de Mindell et al. (2015) associaram a existência de uma rotina na hora de dormir à qualidade do sono das crianças, bem como à diminuição de problemas de comportamento diurnos, apontando para uma relação direta entre o aumento dos ganhos em ambos os níveis e uma maior frequência na prática dessa rotina, com resultados também a longo prazo. Ambos os estudos corroboraram Turnbull, Reid e Morton (2013), que afirmavam existir evidências de que um sono inadequado teria influência sobre funções executivas importantes para o cotidiano de uma criança, nomeadamente a nível comportamental.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2017) e os estudos de Silva, Silva, Braga e Neto (2013) e de Mindell e Williamson (2018) evidenciam consequências a curto prazo: (a) humor e afetos: com o aumento da reatividade emocional e humor variável; (b) neurocognitivas: com diminuição da atenção, incapacidade de concluir tarefas, diminuição da flexibilidade do pensamento, diminuição do raciocínio abstrato, perturbação da memória; (c) comportamentais: sonolência diurna, agressividade, impulsividade/hiperatividade; e (d) motoras: com diminuição da destreza motora, aumento de lesões acidentais e quedas frequentes. Evidenciam também consequências a longo prazo: (e) diminuição do rendimento escolar: hiperatividade e défice de atenção, ansiedade e depressão; podendo também ocorrer alterações orgânicas: (f) alteração da função endócrina, alteração da função imunológica, alteração do metabolismo do açúcar, obesidade/excesso ponderal; e (g) perturbações da vida familiar: com aumento dos riscos de depressão familiar e disfunção familiar.

O estudo de Mindell e Williamson (2018) acrescenta ainda que a existência de uma rotina na hora de dormir é também essencial, por proporcionar um momento de bem-estar geral, cuidando a nível físico e emocional, levando a uma estimulação precoce da criança.

Embora seja cada vez mais reconhecida a importância do sono na saúde, existem ainda poucos estudos sobre esta questão no nosso país, baseados em inquéritos padronizados. O questionário *Portuguese*

Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ-PT) tem por objetivo avaliar os hábitos de sono e detetar eventuais problemas associados. A sua aplicação à população portuguesa demonstrou que os problemas comportamentais do sono e a sua privação são frequentes, mas culturalmente aceites por uma grande parte dos pais (Silva, Silva, Braga, & Neto, 2014). A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017) divulgou recomendações para a prática da sesta da criança em idade pré-escolar, elaboradas por um painel nacional de reconhecidos peritos dedicados ao estudo do sono e ao neuro-desenvolvimento em idade pediátrica.

Estas recomendações têm como objetivo uniformizar e promover melhores práticas para o sono noturno e para a sesta das crianças. É aconselhado que as crianças em idade pré-escolar realizem 10 a 13 horas de sono/dia, entre 10 a 11 de horas de sono noturno e 1 a 3 horas de sesta. Uma vez que, em Portugal, as crianças, principalmente as que frequentam os estabelecimentos públicos, em norma não realizam a sesta após os três anos de idade, associando fatores ambientais como a rotina familiar e fatores sociais, como longas deslocações para o trabalho e para a escola, obtemos um elevado número de crianças com privação crónica de sono, reforçando a necessidade de promover a literacia dos pais/educadores/profissionais de saúde em relação a esta temática.

Método

Objetivos

O presente trabalho descreve os procedimentos no projeto *Almofada Amiga*, um projeto de produção e disseminação de informação sobre o sono infantil, tendo como finalidade melhorar a literacia em saúde dos pais e outros cuidadores de crianças em idade pré-escolar, através da disseminação de mensagens e utilização de instrumentos baseados na evidência científica e veiculadas por materiais escritos e visuais acerca da higiene do sono infantil.

O projeto proposto tem como objetivo melhorar as rotinas de sono de crianças em idade pré-escolar, entre os três e os seis anos de idade, aumentando a consciencialização e prática dos pais sobre os benefícios das rotinas do sono, através da criação de instrumentos facilitadores no aumento das competências parentais.

Objetivos de desempenho

- OD1 Aumentar a consciência dos pais do número de horas de sono adequado à criança.
- OD2 Aumentar a consciência dos pais da necessidade de uma rotina associada ao deitar.
- OD3 Diminuir o uso de tecnologias antes de dormir.

A idade pré-escolar é um momento-chave para a promoção deste tipo de hábitos, permitindo a sua aquisição e consolidação ao longo do ciclo de vida (Bonuck et al., 2016). É também nesta fase de vida que os progenitores têm um papel fulcral de capacitação das crianças na consolidação de hábitos de sono saudáveis.

A metodologia utilizada, numa fase inicial, passou pelo levantamento de informação sobre a problemática do sono em crianças de idade pré-escolar e recomendações para atenuar tal ocorrência, levando à seleção e criação de instrumentos de uso simples, práticos e fáceis de introduzir na rotina de sono das crianças em idade pré-escolar, que fossem ao encontro das recomendações quer ao nível da quantidade quer da qualidade de sono.

O público-alvo são pais de crianças em idade pré-escolar, a nível individual, e os profissionais de saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a nível comunitário, por se tratar de um serviço que garante maior equidade e ser de cobertura universal (Cardoso, Silva, & Marin, 2015), garantindo o acesso das ferramentas e estratégias desenvolvidas a um universo mais abrangente de utilizadores.

Foi feito um levantamento das ações e materiais já existentes em Portugal, promovidos por organizações não privadas e que visavam esta temática (Tabela 1).

Tabela 1

Projetos de literacia em saúde do sono da criança em Portugal

Projeto	Organização	Características	Vantagens	Limitações	Acesso
Vitinho	RTP + Milupa	Anúncio televisivo da década de 80/90	Qualidade de sono: Rotina ao deitar Quantidade de sono: Indicador de hora de deitar	Disseminação na atualidade não chega a grande parte da população devido ao elevado número de canais televisivos	https://www.youtube.com/watch?v=nT5mffpi1HA
Nuvem Vitória	Grupo de voluntariado no Hospital de Santa Maria, em expansão para Porto, Cascais e Vila Franca de Xira	Promoção de hábitos saudáveis de sono em contexto hospitalar	Qualidade de sono: Rotina ao deitar – leitura de história Quantidade de sono: Indicador de hora de deitar	Foco em âmbito hospitalar	http://nuvemvitoria.pt
Higiene do sono da criança e adolescente	Associação Portuguesa do Sono e Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP)	Materiais pedagógicos e recomendações para pais	Qualidade de sono Quantidade de sono	Materiais informativos e recomendações escritas, com maior aplicação para segmentos com níveis adequados ou elevados de literacia em saúde	https://www.apsono.com/index.php/pt/centro-de-documentacao/centro-de-doc/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente
Dormir + Ler Melhor	Plano Nacional de Leitura e Centro de Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica	Projeto de educação para a saúde em âmbito escolar	Qualidade de sono: Rotina ao deitar	Aplicação em contexto escolar e com maior enfoque no 1º ciclo	https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21253/1/Sono-Escolas.pdf

Produção de materiais

A elaboração e a produção dos materiais seguiram um processo sistemático de seleção de mensagens, desenvolvimento de conteúdos, revisão e avaliação. Num primeiro momento foram considerados os fatores de higiene de sono identificados na revisão da literatura. Os materiais foram produzidos e revistos pela equipa multidisciplinar do projeto (psicólogo, assistente social e terapeuta da fala), bem como por *experts* das áreas da saúde, educação e comunicação (dois médicos de família, um enfermeiro, dois professores e dois técnicos de comunicação).

A produção e a revisão dos materiais consideraram o conteúdo, mas sobretudo tiveram em conta os baixos níveis de literacia da população portuguesa, enfatizando a produção de materiais escritos com linguagem muito simples e acessível e recurso a imagens e ícones de carácter universal. Foram consideradas as recomendações para produção de materiais que têm por base a metodologia *Plain Language* (Rudd, 2012; US Plain Language Action and Information Network, 2011).

Considerando as orientações para a produção de materiais para a população em geral, no desenvolvimento das mensagens foi utilizada uma linguagem coloquial, com frases pequenas e simples, uso de ícones ilustrativos das mensagens e voz ativa. Para se analisar os níveis de literacia, necessidades e contextos de interação diferentes, decorrentes da realidade de cada indivíduo e família, foram desenvolvidos materiais adaptados às necessidades das famílias e crianças.

Ao longo de todo o processo de produção dos materiais foram consultados os profissionais de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários, de educação e de comunicação.

Tendo em conta as recomendações, e de acordo com o objetivo deste projeto, definiram-se três objetivos de desempenho e os respetivos instrumentos a serem construídos para o efeito, evidenciados na Tabela 2.

Tabela 2

Objetivos de desempenho para promover a literacia em saúde do sono da criança em idade pré-escolar

	OD1	OD2	OD3
Objetivo de desempenho (OD)	Consciência do número de horas que tem de dormir	Consciência da necessidade de uma rotina associada ao deitar	Diminuição do uso de tecnologias antes de dormir
Determinante	Individual	Individual	Individual
Técnica (Modelo)	Crenças de saúde	Implementação de intenções	Transtéorico
Instrumentos	Calculadora de hora de dormir	Íman com rotina de deitar	Autocolante de sensibilização nos aparelhos

De forma a operacionalizar o OD1 foi construída uma Calculadora de Hora de Dormir (ver Anexo 1), com base no Modelo de Crenças em Saúde – dispor informação, *feedback* ou confrontação sobre causas, consequências e alternativas para um comportamento, aumentando a autoeficácia e capacidade de resolução de problemas (Becker & Maiman, 1975; Leventhal, Benyamini, Brownlee, Petrie, & Weinman, 1997; Rosenstock, 1996).

Este instrumento é produzido através de um algoritmo de horas de sono, de acordo com as recomendações da SPP, adaptado à idade pré-escolar, embora seja possível ser utilizado em crianças até aos 10 anos. Inicialmente utilizado pelo profissional de saúde que, em consulta, permite dar uma indicação precisa aos pais/educadores da hora de deitar das crianças, em função da hora em que estas acordam, sendo depois disponibilizada em formato de papel para que os pais possam levar consigo e colocar em prática. É um método simples, com apresentação inicial em formato digital, permitindo ser feita uma apresentação oral, tendo também uma base escrita, uma vez que é depois impressa. Promove o conceito de *Teach-back* (Kay & Kibble, 2016), assegurando que os pais compreenderam as recomendações feitas. Esta ferramenta é ainda uma mais-valia, pois diminui a necessidade do cálculo de horas de forma manual, indicando a necessidade de sesta e reforçando a rotina ao deitar. A calculadora de horas de sono aparece como instrumento de reforço à aprendizagem, podendo

considerar-se adequada a qualquer nível de literacia. Inclui sugestões práticas e fomenta a tomada de decisão, perceção de autoeficácia e manutenção do comportamento.

Para operacionalizar o OD2 foi construído um íman com rotina de deitar (ver Anexo 2) onde se encontram imagens da rotina a adotar antes de ir para a cama: arrumar os brinquedos, vestir o pijama, lavar os dentes e ler uma história – acentuado no Modelo de Implementação de Intenções, isto é, desenvolvimento de instrumentos orientadores da situação, direcionando o comportamento para o cumprimento dos objetivos (Gollwitzer, 1993, 1996). As imagens são de cariz infantil de forma a ser apelativo para a criança, existindo por baixo de cada imagem uma almofada, que deverá ser preenchida pelo pai/mãe/educador ou pela criança com recurso a caneta de feltro sempre que a tarefa correspondente esteja cumprida. Este é um instrumento de reforço positivo que também poderá ajudar a capacitar a criança para a autonomia e atende às necessidades de famílias com níveis mais baixos de literacia.

Por sua vez, para operacionalizar o OD3 foi construído um auto-colante (ver Anexo 3) com vista à sensibilização para a não utilização de aparelhos eletrónicos uma hora antes de se deitar. Trata-se de um instrumento visual (apenas imagem), que recorre a ícones universais para utilização em diversos aparelhos eletrónicos, sendo um recurso para pais e filhos e adequado a todos os níveis de literacia. Foi construído com base no Modelo Transteórico, providencia oportunidades para a resolução de questões pessoais relacionadas com o progresso individual na mudança comportamental. Estimula a avaliação cognitiva e afetiva do impacto negativo do comportamento não saudável e o impacto positivo do comportamento saudável (Prochaska e Velicer, 1997).

Dedicou-se especial atenção à consistência entre a imagem e o conteúdo e procurou-se encontrar uma identidade para o projeto (ver Anexo 4), com um nome e logotipo que promovessem o conceito de bem-estar e aconchego, elementos propícios a uma noite tranquila.

Assim, a designação *Almofada Amiga* decorre das dificuldades sentidas pelos pais na hora de deitar, como a resistência na ida para cama, remetendo o conceito de almofada como o amigo na hora de dormir. A almofada representa o objeto de transição que muitas destas crianças

têm na hora de dormir e que facilita o adormecimento autônomo na sua cama. A humanização da almofada com características da figura humana pretende simbolizar o conforto da *presença* na hora de adormecer.

Fase de teste

Uma vez criados estes materiais é necessário passar à fase de experimentação, onde será selecionado um centro de saúde onde os materiais serão apresentados aos médicos de família e enfermeiros que trabalhem na área da saúde infantil, através de sessões de esclarecimento onde é mostrada a relevância do projeto, a necessidade de capacitar os pais em relação ao sono dos seus filhos, os materiais criados e a sua forma de utilização.

Após a realização da consulta, onde os materiais são distribuídos, será solicitada à família que marque nova consulta passado um mês, de forma a efetuar um levantamento das opiniões das famílias sobre o uso dos materiais, com recurso ao preenchimento de um questionário de satisfação/opinião e avaliação de mudança de comportamentos de sono.

Após o tempo de experimentação é realizado, junto dos médicos de família e enfermeiros que utilizaram os materiais nas suas consultas, um levantamento dos aspetos positivos de cada um dos materiais, tendo em conta a sua perspetiva e o *feedback* dado pelos pais durante a consulta, bem como os aspetos a melhorar nos materiais ou na forma de disseminação dos mesmos. Com base nas opiniões recolhidas serão feitas as reestruturações necessárias.

Plano de *marketing*

Após a fase de teste proceder-se-á à fase de divulgação, sendo apresentado de seguida o plano de *marketing*.

Público-alvo

Pais com crianças em idade pré-escolar, residentes em meio urbano, que estejam profissionalmente ativos. A expectativa destes pais deverá

ser melhorar o nível de saúde dos seus filhos, diminuir birras, sonolência diurna, alterações de humor.

Produto

Almofada Amiga: calculadora, íman de rotina e autocolante.

Objetivos a alcançar

Aumentar o número de horas de sono e melhorar a higiene do sono das crianças em idade pré-escolar que frequentam o Agrupamento de Centros de Saúde selecionado para a fase de divulgação do projeto.

Estratégias

- 01) Envio de *press release* para os meios de comunicação locais e de disseminação sobre a problemática do sono infantil.
- 02) Divulgação via *email* do projeto junto dos profissionais do Agrupamento de Centros de Saúde selecionado para a fase de divulgação do projeto.
- 03) Agendamento de reunião com Direção do Agrupamento de Centros de Saúde para apresentação do projeto.
- 04) Convite via *email* para *workshops* de apresentação do projeto aos profissionais de saúde envolvidos na consulta de avaliação de desenvolvimento infantil (médicos e enfermeiros).
- 05) Realização do *workshop* com os profissionais de saúde e disponibilização dos materiais e instrumentos em formato digital e papel.
- 06) Realização de acompanhamento inicial da implementação do projeto após duas semanas da realização do *workshop*.
- 07) Convite para evento de apresentação do projeto aos agrupamentos de escolas, à área de educação e saúde da autarquia e às associações de pais para sessão sobre a importância do sono nas crianças em idade pré-escolar e para apresentação do projeto que, na altura, estará a ser realizado em parceria com o Agrupamento de Centros de Saúde.
- 08) Realização de acompanhamento da implementação do projeto com os profissionais de saúde, após oito semanas da realização do *workshop*.

- 09) Realização de quatro ações dirigidas a pais sobre a literacia em saúde do sono infantil em colaboração com o agrupamento de escolas.
- 10) Envio de *press release* aos meios de comunicação locais e de disseminação sobre o projeto *Almofada Amiga*.
- 11) Realização de avaliação da fase de implementação do projeto com os profissionais de saúde, após 16 semanas da realização do *workshop*.
- 12) Entrega de questionário de avaliação da satisfação/mudança comportamental dos pais aos profissionais de saúde envolvidos no projeto.
- 13) Recolha dos questionários de avaliação e tratamento da informação e *feedback*.
- 14) Reavaliação do projeto e alteração em instrumentos ou metodologia em função do *feedback* dos profissionais de saúde e pais envolvidos nesta fase de divulgação.
- 15) Realização de relatório de avaliação do projeto.
- 16) Partilha através de documento digital dos resultados do projeto para a Direção de Agrupamento de Centros de Saúde, Direção de Agrupamento Escolar e Direção da Associação de Pais.

Reflexão Crítica

O projeto *Almofada Amiga* foi iniciado com o objetivo de produzir e disponibilizar um conjunto de informação e ferramentas para os profissionais de saúde capacitarem pais e educadores na promoção do sono infantil numa fase etária crucial para a adoção e manutenção de hábitos saudáveis de higiene do sono.

A metodologia usada na produção dos instrumentos investiu na transladação do conhecimento produzido pela evidência científica para a utilização nas práticas do dia-a-dia da população. O resultado foi um conjunto de materiais baseados na melhor evidência disponível, adaptados às necessidades específicas dos diferentes utilizadores (em consulta, em casa, em interação com a criança) e adequados a diferentes níveis de literacia em saúde, orientando a sua acessibilidade a pessoas com níveis de literacia mais baixos. A forma como são apresentadas as propostas de instrumentos para melhorar o sono infantil, bem como o

papel dos profissionais de saúde na utilização dos materiais disponíveis, basearam-se em modelos teóricos comportamentais úteis para apoio na mudança de comportamentos.

No nosso país, a importância da promoção de hábitos de sono saudáveis em idade infantil não é uma área amplamente trabalhada pelos profissionais de saúde, sendo o foco muito orientado para os distúrbios de sono. De acordo com Bonuck et al. (2016), as intervenções nos hábitos de sono em idade pré-escolar são mais eficazes e com menor resistência por parte das crianças do que intervenções em idades mais tardias.

O facto do projeto *Almofada Amiga* estar ainda em fase de implementação não permite aferir quais os principais pontos críticos da compreensão e gestão do problema do sono infantil pelos diferentes intervenientes: profissionais de saúde, pais e crianças.

Contudo, sabe-se que o sono (de má qualidade) extravasa a célula familiar e está também relacionado com a comunidade educativa. Por exemplo, no que concerne à prática da sesta que, pelo seu desuso, coloca em privação crónica de sono muitas das crianças que frequentam o ensino pré-escolar público e privado do nosso país, conforme refere o relatório da SPP sobre a importância da regulação da prática da sesta em ambiente pré-escolar.

A problemática do sono infantil é, sem dúvida, uma área que merece atenção, existindo necessidade de investir na promoção da literacia em saúde do sono, capacitando da melhor forma os profissionais envolvidos. Uma abordagem sistémica do tema sono junto dos pais, profissionais de saúde e de educação é fundamental, já que a instituição de regras para uma boa higiene de sono em idade pré-escolar pode beneficiar a longo prazo o crescimento das crianças.

O estudo de Blunden, Benveniste e Thompson (2016) considera importante toda a comunidade compreender a importância da higiene do sono no desenvolvimento de uma criança, de forma a prevenir o surgimento de problemas associados. Essa prevenção é uma mais-valia para os pais/cuidadores, mas também para o sistema de saúde, podendo diminuir a procura de atendimento especializado, como afirmam Halal e Nunes (2014).

Urge a necessidade de um trabalho com base no modelo socioecológico (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988), trabalhando em múltiplos níveis com o mesmo fim. Trabalha-se conjuntamente o inter e intrapessoal, a parte organizacional (trabalhando as regras, regulamentos, políticas que promovem comportamentos), o comunitário/sociedade e as políticas públicas. Ou seja, agrupa-se entre políticos, profissionais de saúde, profissionais de educação e famílias a capacitação de que toda a informação de saúde e os seus serviços possam ser compreendidos e utilizados por todos. Assim, garante-se uma melhor gestão das doenças individuais, uma utilização apropriada dos cuidados de saúde, uma maior adesão aos tratamentos e um aumento da participação individual e coletiva em medidas preventivas.

Os materiais desenvolvidos poderão ser parte integrante de programas desta natureza. A oportunidade de fazer formação aos intervenientes (profissionais de saúde e educadores de creches, jardins-de-infância, autarquias, entre outros), conforme está previsto no plano de *marketing* do projeto *Almofada Amiga*. A tríade investigação – prática – políticas (Galsgow, Green, Taylor, & Stange, 2012), que fomenta a aplicação da evidência científica na prática clínica e educação, pode apoiar intervenções mais eficazes, em que a conjugação de literacia em saúde e políticas públicas facilite comportamentos mais saudáveis nas crianças e, deste modo, possa levar à resolução de problemas de saúde na sociedade.

Referências

- Adler, N. E., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Affairs*, 21(2), 60-76.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Beebe, D. W. (2011). Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 649-665.

- Blunden, S., Benveniste, T., & Thompson, K. (2016). Putting children's sleep problems to bed: Using behavior change theory to increase the success of children's sleep education programs and contribute to healthy development. *Children, 3*(3), 1-11.
- Bonuck, K. A., Blank, A., True-Felt, B., & Chervin R. (2016). Promoting sleep health among families of young children in head start: Protocol for a social-ecological approach. *Preventing Chronic Diseases, 13*, 160144. doi:10.5888/pcd13.160
- Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: Construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(4), 11-20. doi:10.12707/RIV14012
- Davis, T. C., Wolf, M. S., & Bass, P. F. (2006). Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine, 21*(8), 847-851.
- Dinis, C., Ribeiro, M. T., & Francisco, R. (2014). Promoção de competências parentais: Adesão das famílias involuntárias. In M. T. Ribeiro, P. T. Matos, & H. R. Pinto (Eds.), *Mediação familiar: Contributos de investigações realizadas em Portugal*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Glasgow, R., Green, L. W., Taylor, M., & Stange, K. (2012). An evidence integration triangle for aligning science with police and practice. *American Journal of Preventive Medicine, 42*, 646-654.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 4, pp. 141-185). Chichester: Wiley.
- Gollwitzer, P. M. (1996). The volitional benefits of planning. In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 287-312). New York: Guilford.
- Halal, C. S., & Nunes, M. L. (2014). Education in children's sleep hygiene: Which approaches are effective? A systematic review. *Journal of Pediatrics, 90*(5), 449-456.
- Kay, D., & Kibble, J. (2016). Learning theories 101: Application to everyday teaching and scholarship. *Advances in Physiology Education, 40*(1), 17-25. doi:10.1152/advan.00132.2015
- Khan, A., Franco, P., Groswasser, J., Scaillet, S., Kelmanson, I., Kato, I., . . . Dan, B. (2004). Sleep characteristics and sleep deprivation in infants,

- children and adolescents. In World Health Organization (Ed.), *WHO technical meeting on sleep and health* (pp. 38-61). Bonn: WHO Regional Office for Europe, European Centre for Environment Health.
- Kickbusch, I., & Maag, D. (2005). Health literacy: Towards an active health citizenship. In M. Sprenger (Ed.), *Public health in Österreich und Europa* (pp. 151-157). Lengerich, Germany: Papst Science.
- Kirsch, I. S., Jungeblut, A., Jenkins, L., & Kolstad, A. (1993). *Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey (NALS)*. Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Petrie, K. J., & Weinman, J. A. (1997). *Illness representations: Theoretical foundations, perceptions of health and illness* (pp. 19-45). Amsterdam Harwood Academic.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.
- Mindell, J. A., Li, A. M., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. Y. (2015). Bedtime routines for young children: A dose-dependent association with sleep outcomes. *Sleep*, 38(5), 717-722.
- Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 93-108.
- Morais, S., Veiga, Z., & Estevão, M. H. (2007). Hábitos e perturbações do sono numa população pediátrica de Coimbra. *Saúde Infantil*, 29(1),15-22.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. New York: Health Promotion International.
- Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., . . . Vitiello, M. V. (2017). National sleep foundation's sleep quality recommendations: First report. *Sleep Health*, 3, 6-19.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-124.

- Rudd, R. (2012). Guidelines for creating materials: Resources for developing and assessing materials. Boston, MA: Harvard School of Public Health. Retrieved from: <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: Estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5),196-202.
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2014). Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire: Validation and cross-cultural comparison. *Journal of Pediatrics (Rio J)*, 90(1), 78-84.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP]. (2017). Recomendações SPS – SPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Turnbull, K., Reid, G. J., & Morton, J. B. (2013). Behavioral sleep problems and their potential impact on developing executive function in children. *Sleep*, 36(7), 1077-1084.
- US Plain Language Action and Information Network. (2011). *Federal plain language guidelines*. Washington, DC: Author.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: Author.
- World Health Organization [WHO]. (2004). *WHO technical meeting on sleep and health*. Bonn: WHO Regional Office for Europe, European Centre for Environment Health.
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Background note: Regional preparatory meeting on promoting health literacy*. Geneva: Author.

Anexo 1

Calculadora de Hora de Dormir



CALCULADORA DE HORA DE DORMIR

Indique a idade da criança

A sesta é parte importante do sono

A criança de 3 anos deve dormir
uma sesta de 1,50 horas após o
almoco

Indique a hora que a criança acorda

Esta deve ser a hora de deitar

Um boa rotina de sono ajuda a preparar a criança para dormir. Cerca de 30m antes da hora de dormir acompanhe a criança para vestir o pijama, lavar os dentes e incentive a prática de leitura de história de dormir.



Foto: LátiaRediTreehouse.com

BOA NOITE!

Conselhos para o sono da sua criança

Mantenha o horário de deitar a criança todos os dias, mesmo aos fins de semana

Tenha uma rotina de deitar antes da ida para a cama (vestir o pijama, lavar os dentes, contar história)

Deite a criança ainda acordada, permitindo o uso de objeto de transição como um boneco

Evite que a criança adormeça num local que não seja a própria cama (cama dos pais, sofá)

Não permita a utilização de ecrãs (televisão, telemóvel, tablet ou consola de jogos) 1 hora antes de dormir



Anexo 2

Íman com rotina de deitar



Anexo 3

Autocolante de sensibilização



Diferentes aplicações do autocolante

Anexo 4

Identidade, Nome e Logotipo do Projeto Almofoada Amiga



Como citar?

Jesus, C., Conceição, J. L., & Espadaneira, S. (2019). Literacia em saúde do sono de crianças em idade pré-escolar: Instrumentos facilitadores no aumento das competências parentais. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 75-96). Lisboa: Edições ISPA [ebook].