



Promoção de perceções parentais adequadas na Obesidade Infantil: Que intervenções de Enfermagem?

**Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre
em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

Catarina Machado Escudeiro

Coordenadora: Prof.^a Doutora Regina Ferreira

2016, Março

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO
JOVEM

**PROMOÇÃO DE PERCEÇÕES PARENTAIS ADEQUADAS NA OBESIDADE
INFANTIL: QUE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Autor

Catarina Escudeiro, nº 130435004

ORIENTADORA

Professora Doutora Maria Regina Ferreira

Santarém, Março, 2016

RESUMO

A obesidade tem vindo a aumentar drasticamente em Portugal, afetando com especial relevo cada vez mais crianças e adolescentes. A participação dos pais no processo de acompanhamento e intervenção de enfermagem à criança com problemas de obesidade é, assim, de fundamental importância. Estes nem sempre têm percepções adequadas do peso da criança o que dificulta uma intervenção válida

Metodologia: RSL, com pesquisa em bases de dados científicas (2011 a 2016).

Objetivo: Refletir criticamente as intervenções de enfermagem atendendo à PBE na área da Obesidade Infantil

Resultados: O envolvimento dos pais é garantia para uma melhor prestação de cuidados à criança obesa. Evidenciam-se percepções muitas vezes inadequadas do excesso de peso ou obesidade por parte dos pais.

Conclusões: Mobilizar a PBE nos cuidados de enfermagem à criança com obesidade torna-se fulcral para perceber as razões das percepções parentais inadequadas e atuar sobre elas.

Palavras-chave: Obesidade Infantil, Pais, Percepções, Enfermeiro

ABSTRACT

Obesity has been increasing drastically in Portugal, especially affecting an escalating number of children and teenagers. Thus, it is of the utmost importance that parents take an active part in all nurse-led monitoring and assistance processes related to addressing child obesity. There are instances in which parents do not have an adequate perception of their children's weight, making a valid nursing practice more difficult.

Methodology: Systematic Literature Review, researching 2011-2016 data in scientific databases.

Objective: To reflect critically nursing interventions given the evidence-based practice in the area of Childhood Obesity.

Results: Parental involvement is a guarantee for better care for obese children. Evident perceptions often inadequate overweight or obese by the parents.

Conclusions: Mobilizing evidence-based practice in child nursing care obesity becomes central to understand the reasons of inadequate parental perceptions and act on them.

Keywords: Child Obesity, Parents, Perceptions, Nurse

AGRADECIMENTO

A todos os que me acompanharam neste percurso, que tornaram todos os maus momentos em bons momentos e que fizeram com que este trabalho se tornasse possível.

Um muito obrigado.

PENSAMENTO

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no oceano. Mas o oceano seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

ABREVIATURAS E SIGLAS

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESCJ – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmitidas

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Da Criança e do Jovem

ELI – Equipa local de Intervenção

Enf.^a - enfermeira

IMC – Índice de Massa Corporal

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

Nº - número

NREM – Nursing Role Effectiveness Model

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - página

PBE – Prática Baseada na Evidência

Prof.^a - professora

PNS – Plano Nacional de Saúde

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PTE - Prática Tutelada em Enfermagem

Qes – Qualidade em Saúde

RN - Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SCJ – Saúde da Criança e do Jovem

SHST - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

Sr^a – senhora

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

TTRN – Taquipneia transitória do recém-nascido

UC – Unidade Curricular

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	11
1 – BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	13
2 – REFLETINDO SOBRE APRENDIZAGENS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	13
2.1 CONHECER A ESTRUTURA FÍSICA, ORGÂNICA E FUNCIONAL DOS DIFERENTES CONTEXTOS	14
2.1.1 Integrar a equipa de Saúde multidisciplinar do Serviço de Neonatologia e Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica dos contextos de estágio	14
2.2 DESENVOLVER COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESCJ NO CUIDAR DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA	18
2.2.1 Prestar cuidados de enfermagem especializados, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem em situações de Saúde e/ou de risco	18
2.2.2 Assistir a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde	24
2.2.3 Cuidar da criança /jovem e família nas situações de especial complexidade	27
2.3 DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	31
2.3.1 Colaborar na Obtenção da Acreditação do Serviço de Pediatria do contexto de estágio	32
3.1 CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA DA TEMÁTICA	39
3.2 METODOLOGIA DE PESQUISA	42
3.3 ANÁLISE REFLEXIVA	44
4 – CONCLUSÃO	47
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	
ANEXO I – Projeto De Estágio II.....	53
ANEXO II – Planificação Da Atividade “Estudo De Caso”	82
ANEXO III – Apresentação Em Powerpoint – “Estudo De Caso – Maus Tratos”	85
ANEXO IV – Questionário Aplicado E Respetiva Avaliação Da Atividade “Estudo De Caso”	99
ANEXO V – Trabalho Escrito “O Papel Da Amamentação Ineficaz Na Origem Da Obesidade Infantil”	103
ANEXO VI – Parametrização Do Foco “Estado Nutricional”	122

ANEXO VII – Quadro De Analise Do Artigo E Artigo Original - “Childhood Obesity And Perception In A Rural Australian Population: A Pilot Study”	125
ANEXO VIII – Quadro De Analise Do Artigo E Artigo Original - “Parental Perception Of Child Weight: A Concept Analysis”	132
ANEXO IX – Quadro De Analise Do Artigo E Artigo Original - “Parents’ Perceptions And Attitudes On Childhood Obesity: A Q-Methodology Study”	149

INDICE DE QUADROS

	f.
Quadro 1 – Formulação da questão utilizando a metodologia PI[C]OD	42
Quadro 2 – Limitadores da pesquisa nas bases de dados	43
Quadro 3 – Pesquisas nas bases de dados de cada palavra chave individualmente e conjugada entre si	44

INTRODUÇÃO

O presente relatório, intitulado “*Promoção de percepções parentais adequadas na Obesidade Infantil: Que intervenções de enfermagem?*” surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da criança e Jovem II e Relatório, referente ao 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (CMESCJ), sendo apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

O estágio teve lugar em unidades de Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica, durante um período de 18 semanas e baseou-se na procura de um leque variado de experiências e riqueza em aprendizagens, desenvolvendo atividades pertinentes e fundamentadas de acordo com as necessidades das unidades e os objetivos propostos pela escola, sob a orientação da Sr.^a Prof.^a Doutora Regina Ferreira e colaboração da Sr. Enf.^a Cooperante de cada contexto.

Pretende-se com este relatório comunicar os resultados de um percurso, descrevendo e fundamentando as escolhas efectuadas, as atividades desenvolvidas e as aprendizagens adquiridas no sentido de alcançar os objetivos previamente estabelecidos e, desta forma, desenvolver competências nos domínios da prestação de cuidados especializados.

A metodologia subjacente a todo este processo foi, inicialmente, o projeto de estágio (ANEXO I), elaborado *à priori*, onde foram definidos objetivos e atividades a desenvolver procurando dar também resposta a temas de interesse pessoal da mestranda e orientando o processo de ensino-aprendizagem.

A Ordem dos Enfermeiros, numa reflexão que faz sobre os cuidados à criança refere que esta

“... é um ser vulnerável, facto que não deverá impedir o interesse e compreensão da sua vontade, consagrando-se o maior respeito e o dever de lhe proporcionar condições favoráveis a um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados directos como os principais promotores desse desenvolvimento”, (OE, 2010, p: 69)

pelo que, em conjunto, enfermeiro e família deverão proporcionar o acompanhamento da criança no seu crescimento físico e intelectual o mais saudável possível.

A mestranda objetivou uma intervenção com a criança/jovem e família, assente no paradigma de intervenção transformativo, ou seja, “com” a criança e família enquanto parceiros e principais cuidadores, como contesta Anne Casey, cuidando numa perspetiva sistémica.

Transversalmente a todo o percurso, a mestranda teve como referência contribuir para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil através da área de interesse pessoal da prevenção da obesidade infantil e promoção da alimentação saudável, não perdendo de vista o

desenvolvimento de competências, no âmbito da enfermagem especializada em Saúde da Criança e do Jovem.

Para que se concretize, definiram-se como **objetivos gerais**:

- Enquadrar a PBE com recurso à metodologia científica
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à RSL.
- Inventariar os recursos necessários à ação de enfermagem baseada na evidência
- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem

E como **objetivos específicos**:

- Criticar os resultados da prática baseada na evidência (PBE), tendo por base a RSL na área das percepções parentais na obesidade infantil;
- Analisar os contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área da prevenção da Obesidade Infantil;

Para a realização deste trabalho e por uma questão de organização foi usada a metodologia descritiva e reflexiva. Este foi estruturado de modo a que, num momento inicial seja feito uma breve contextualização dos estágios. Posteriormente passamos à apresentação das actividades realizadas, a fundamentação das escolhas e decisões e as competências adquiridas, incluindo uma reflexão crítica das intervenções desenvolvidas nos vários contextos de ensino clínico, que conduziram à aquisição das competências que definem o grau de Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

A terceira parte do trabalho é relativa à temática de interesse pessoal da mestranda e à inquietação percebida por esta, recorrendo à Revisão Sistemática da Literatura no âmbito dessa mesma problemática.

Por fim, a conclusão, em que é feita uma avaliação global das experiências e aprendizagens vivenciadas. Em anexo, estarão disponíveis os trabalhos realizados ao longo do estágio e referenciados ao longo do texto assim como a metodologia utilizada na RSL e artigos resultantes da pesquisa.

1 – BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O período de ensino clínico, integrado no 3º semestre do CMESCJ decorreu de 16 de Fevereiro a 3 de Julho de 2015, num total de 18 semanas e foi desenvolvido numa Unidade de Neonatologia por um período de 5 semanas e num Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica, respetivamente por períodos de 6 e 4 semanas. As restantes 3 semanas foram destinadas a atividades na escola/Relatório.

2 – REFLETINDO SOBRE APRENDIZAGENS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Por forma a responder aos objetivos programáticos da Unidade Curricular (Estágio de enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório), bem como aos interesses pessoais e profissionais da mestranda, esta definiu como objetivos gerais conhecer a estrutura física, orgânica e funcional dos diferentes contextos onde decorre o estágio, desenvolver competências específicas do EEESCJ no cuidar da criança/jovem e família e desenvolver competências de enfermagem do domínio da melhoria contínua da qualidade.

Para tal, e dentro desta generalidade, foram projetados os seguintes objetivos específicos:

- Integrar a equipa de Saúde multidisciplinar do serviço de Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica dos contextos de estágio;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem em situações de saúde e/ou de risco;
- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Colaborar na Obtenção da Acreditação do Serviço de Pediatria;

Como temática de interesse pessoal, a mestranda objetivou focar-se na:

- Prevenção da obesidade Infantil e promoção da alimentação saudável;

De forma a facilitar a organização do relatório e descrição das atividades desenvolvidas pela mestranda, procedeu-se à divisão das mesmas pelos objetivos projetados, refletindo sobre elas ao longo da sua descrição. O objetivo de carácter pessoal será descrito e desenvolvido em capítulo 3.

2.1 CONHECER A ESTRUTURA FÍSICA, ORGÂNICA E FUNCIONAL DOS DIFERENTES CONTEXTOS

A busca pela qualidade e o desenvolvimento do seu conceito aplicado aos serviços de saúde, tem constituído uma preocupação Mundial e passado por um processo evolutivo ao longo da história da humanidade, incorporando novos elementos com a evolução da sociedade e das organizações (Rosa e Gaíva, 2009).

A Ordem dos enfermeiros (2004) entende que a elaboração de indicadores da qualidade no exercício da enfermagem deverá subordinar-se às categorias dos enunciados descritivos de qualidade do seu exercício profissional, dizendo respeito à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado dos clientes, á readaptação funcional e à organização dos serviços de saúde. Assim como contemplar, concomitantemente, a estrutura, o processo e os resultados.

“Irvine et al. (1998) desenvolveram um modelo específico para a enfermagem, “Nursing Role Effectiveness Model”, que permite identificar a contribuição dos cuidados de enfermagem mediante as intervenções do enfermeiro, propondo uma relação entre variáveis de estrutura, processo e sistema de resultados, onde inclui também a satisfação da pessoa. O modelo segue a estrutura de Donabedian (1966;1980), cujos componentes da estrutura são os fatores da pessoa, do enfermeiro e da organização que influenciam o processo e os resultados dos cuidados” (Ferreira e Amendoeira, 2015, p: 397-398)

Quando se considera a qualidade nos cuidados de enfermagem, pautada no modelo da Efetividade do Papel de enfermagem, faz-se necessário que os serviços possuam uma estrutura com espaço físico, recursos humanos e materiais, tecnologias de diagnóstico e terapêutica em condições e quantidades adequadas para assistir o RN/criança/jovem.

2.1.1 Integrar a equipa de Saúde multidisciplinar do Serviço de Neonatologia e Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica dos contextos de estágio

O percurso do estágio iniciou-se pelo serviço de Neonatologia com uma reunião com a Sr.^a Enf.^a Chefe do serviço e a Sr.^a Enf.^a Cooperante. Foi feita a apresentação à equipa multidisciplinar e o primeiro contacto com as metodologias do serviço em questão.

Seguiram-se, respetivamente, os estágios no Serviço de Pediatria e no serviço de Urgência Pediátrica. O acolhimento à mestranda foi feito com a Sr.^a Enf.^a Cooperante de cada contexto, sendo feita uma visita guiada às instalações do edifício, apresentação à equipa multidisciplinar e o primeiro contato com a estrutura orgânica e funcional do serviço, os protocolos e conhecimento do programa informático de suporte à prática de enfermagem.

A validação da pertinência do tema do projeto de estágio elaborado pela mestranda e a adequação de objetivos e atividades à realidade dos contextos foi feita ao longo das primeiras semanas de estágio em cada contexto.

Considerando a qualidade da assistência de enfermagem, torna-se importante conhecer os contextos ao nível das variáveis constituintes da estrutura e do processo, tendo por base o Modelo de Efetividade do papel de Enfermagem (NREM) desenvolvido por Irvine *et al.* (1998).

O NREM representa a natureza complexa dos cuidados de enfermagem, propondo relações específicas entre os diferentes tipos de intervenções (autónomas, dependentes, interdependentes) e os resultados esperados dos cuidados de enfermagem. Assim como, descreve a influência da estrutura sobre os papéis e os resultados dos cuidados prestados. As características do enfermeiro, utente e variáveis organizacionais influenciam igualmente os processos de intervenção dos enfermeiros e conseqüentemente os resultados (Sidani e Irvine, 1999).

O modelo referido fornece, também, uma forma compreensiva de avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem considerando nessa avaliação o impacto das características dos enfermeiros e do seu número. As intervenções de enfermagem são consideradas mediadores entre as condições do doente no início de um evento e as suas condições após lhe terem sido prestados cuidados (Amaral, 2010).

Por conseguinte,

“Os resultados sensíveis em enfermagem contribuem para uma tomada de decisão mais segura e fundamentada, reforçando a enfermagem, enquanto papel social (...) e melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com conseqüências, não apenas para um desempenho de qualidade dos prestadores, mas também das organizações de saúde e, sobretudo, para a satisfação da pessoa sujeito dos cuidados, o elemento central do processo de cuidados” (Ferreira e Amendoeira, 2015, p: 405)

No entanto a OE (2004), dentro dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, define apenas dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas).

Assim, a mestranda considerou relevante perceber a caracterização ao nível da estrutura, do processo e dos resultados nos contextos que integrou, descrevendo e caracterizando os serviços em questão, tendo em conta as diversas dimensões do modelo adotado.

ESTRUTURA:

- Variáveis organizacionais ou institucionais:

Da equipa multidisciplinar da **UCEN** fazem parte médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais. Sempre que se impõe a necessidade de outra especialidade, o técnico desloca-se ao serviço para observação das crianças ou estas são encaminhadas para serviços especializados em hospitais centrais.

Na unidade são admitidos RN até ao 28º dia de vida e/ou 44 semanas de idade corrigida com qualquer tipo de patologia ou necessidade de vigilância por grau de risco ou vulnerabilidade, RN de partos distócicos/cesariana que necessitem de cuidados pontuais e/ou RN que por causa materna não possam permanecer junto da mãe.

O serviço tem capacidade para receber até sete neonatos, estando dividido por duas salas. Na sala A existem três unidades especiais, equipadas com incubadoras, rampas de oxigénio, sistema de vácuo bem como monitores de sinais vitais. Existem três ventiladores, sendo que um apenas realiza pressão positiva contínua das vias aéreas. A sala B tem capacidade para três berços, estando equipada também com duas incubadoras, cinco aparelhos de fototerapia e um aparelho de bilibed. Os sistemas de perfusão de soros são cinco e volantes entre as duas salas.

Da equipa multidisciplinar da **Pediatria** e **Urgência Pediátrica** fazem parte médicos pediatras e generalistas, enfermeiros especialistas, pós-graduados e generalistas, assistentes técnicos e assistentes operacionais. Sempre que se impõe a necessidade de outra especialidade, esta é solicitada telefonicamente e desloca-se ao serviço ou as crianças são encaminhadas por carta de referenciação. Nas unidades são admitidas crianças dos 24 dias aos 17 anos e 364 dias.

O Serviço de **Pediatria** dispõe de 14 camas de internamento + 4 de Hospital de dia, utilizadas consoante as necessidades.

O Serviço de **Urgência Pediátrica** apresenta cinco camas de UICD (duas delas destinadas a adolescentes) e cinco macas de observação no corredor do serviço.

• Enfermeiros:

A dotação de enfermeiros da **UCEN** é de cinco elementos.

Três enfermeiros são especialistas em SIP e fixos no referido serviço. Quatro enfermeiros generalistas estão integrados na UCEN e são distribuídos em plano semanal pelas diversas valências do departamento de Saude Materna e Obstétrica.

Sempre que existem situações críticas ou sobrecarga de cuidados, a equipa tem a colaboração de um enfermeiro do serviço de Obstetrícia, habitualmente identificado no plano de distribuição elaborado pela Enf.^a Chefe.

Os turnos são de 8 horas, distribuídos pela manhã, tarde e noite e por cada turno está presente um enfermeiro. Nos turnos da manhã e tarde há um Assistente Operacional destacado para a UCEN.

O período mínimo de integração é de 6 meses, podendo ser alongado, consoante o número e características das situações urgentes e emergentes experienciadas.

No que concerne às funções de gestão de recursos humanos e materiais, na ausência da Enf.^a Chefe existe um enfermeiro estipulado como coordenador de turno, que realiza essas funções.

O serviço possui protocolos escritos de atuação de Enfermagem, mas sem normas orientadoras estabelecidas.

Os registos são efetuados em suporte de papel, sem sistema específico de linguagem classificada, refletindo a avaliação cefalo-caudal do RN, planeamento de intervenções, avaliação de sinais vitais e diagnósticos de enfermagem.

Nos serviços de **Pediatria** e **Urgência Pediátrica** a equipa de enfermagem é comum e constituída por 27 enfermeiros.

Três enfermeiros são especialistas em SIP, dois com mestrado em SCJ e dois em Reabilitação. Dois elementos são pós-graduados em Supervisão e Tutoria Clínica em Enfermagem e os restantes enfermeiros generalistas. São distribuídos em plano semanal pelos turnos do serviço.

Os turnos são na sua maioria de 12,5 horas, das 8h às 20h30n e das 20h às 8h30.

No que concerne às funções de gestão de recursos humanos e materiais, na ausência da Enf.^a Chefe, existem três enfermeiros que realizam essas funções.

O serviço possui protocolos escritos de atuação de Enfermagem e normas orientadoras estabelecidas.

Na **Pediatria** a dotação segura acordada é de dois enfermeiros por turno.

Os registos são efetuados em sistema informático SClinico, de acordo com a linguagem classificada CIPE, refletindo a avaliação inicial (executada aquando do acolhimento), os focos de atenção e intervenções de enfermagem que integram a própria avaliação da prática de cuidados, constituindo-se assim, o plano de enfermagem.

Na **Urgência Pediátrica** a dotação mínima é de dois enfermeiros por turno, sendo que habitualmente estão três elementos das 8 às 16h, necessidade colmatada pelos elementos que atuamente fazem turnos de 8h.

A distribuição dos enfermeiros é feita semanalmente e, normalmente, por posto de trabalho (triagem, UICD e sala de tratamentos).

Os registos são efetuados em suporte informático através da triagem de Manchester. Posteriormente, em suporte de papel, com linguagem classificada de acordo com a CIPE. Recentemente são colocados igualmente os focos de atenção de enfermagem no processo das crianças internadas em UICD.

O método de distribuição de trabalho em vigor nos 3 serviços é maioritariamente o método Individual de trabalho. No entanto procura-se utilizar, sempre que possível, o método de enfermeiro de Referência, para assim garantir a continuidade dos profissionais com o mesmo utente, permitindo uma maior personalização dos cuidados e uma maior autonomia e responsabilidade profissional.

• Crianças:

UCEN - RN até ao 28º dia de vida e/ou 44 semanas de idade corrigida

Pediatria e Urgência Pediátrica – Crianças e jovens dos 24 dias aos 17 anos e 364 dias.

PROCESSO:

Ao integrar a equipa de enfermagem da **UCEN, Pediatria e Urgência Pediátrica** ao nível da prestação de cuidados à criança/jovem e família, tornou-se de importância fulcral desenvolver intervenções autónomas de enfermagem. Para uma integração válida na equipa interdisciplinar, tornou-se igualmente importante a adoção das intervenções interdependentes de outros profissionais de Saúde. Estas intervenções estão sucintamente descritas nos capítulos que se

seguem e transparecem todas as intervenções efetuadas com vista ao bem-estar da criança/jovem e família e aos resultados.

RESULTADOS:

Pode salientar-se a importância da realização de um plano de cuidados escrito e/ou informatizado, onde possam ficar registados os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, com o objetivo da produção de dados concretos, sendo estes necessários na avaliação de indicadores de qualidade em saúde. A análise destes resultados terá que ser baseada nesta avaliação.

Na **UCEN** não se verifica esta avaliação.

Na **Pediatria** o sistema de classificação de utentes executado diariamente produz indicadores de estrutura que permitem monitorizar o número médio de horas de cuidados necessários a cada utente.

Os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem são avaliados através de auditorias aos registos de enfermagem, nomeadamente através do foco “úlceras de pressão” e “cair”, que assenta na categoria de prevenção de complicações preconizadas no NREM (Irvine *et al.*, 1998)

Foi notório para a mestranda que a linguagem padronizada permite ter dados disponíveis para medir os resultados das práticas e produzir, assim, indicadores de avaliação de qualidade através do registo de todo o processo de enfermagem, demonstrando a efetividade dos cuidados prestados.

Tendo em conta o objetivo supracitado no sub-capítulo em desenvolvimento e os dados identificados, foi desenvolvida uma relação profissional com a equipa de Enfermagem e os outros profissionais da equipa multidisciplinar dos 3 contextos.

Tendo por base o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, a mestranda demonstrou aquisições no domínio da melhoria da qualidade:

- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade
 - Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado.

2.2 DESENVOLVER COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESCJ NO CUIDAR DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA

2.2.1 Prestar cuidados de enfermagem especializados, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem em situações de Saúde e/ou de risco

A organização de cuidados permitiu à mestranda evoluir de forma adequada desde a sua integração até à autonomia na prestação de cuidados nos diferentes contextos e desenvolvimento

de competências, colaborando sempre com a Enf.^a Cooperante de cada contexto e apresentando espírito de iniciativa.

Para isso, houve sempre o cuidado de desenvolver todas as atividades de acordo com os referenciais teóricos e com os regulamentos de cada instituição, mantendo sempre o espírito crítico relativamente ao processo de prestação de cuidados e partilhando experiências da prática pessoal.

Algumas das atividades desenvolvidas, comuns aos diferentes contextos, foram:

- Acolhimento do RN/criança/adolescente e família respeitando a sua individualidade (crenças, valores, cultura, etc).
- Acompanhamento e colaboração com as enfermeiras cooperantes e especialistas em SIP, em todas as actividades desenvolvidas por estas no âmbito da saúde da criança e do jovem;
- Participação no processo de admissão do RN/criança/adolescente e família, de modo sistemático;
- Realização de pesquisa bibliográfica actualizada de modo sistemático e em fontes fidedignas;
- Utilização dos resultados da pesquisa bibliográfica na prática dos cuidados;
- Aprofundamento de conhecimentos na assistência ao RN/criança/adolescente e família;
- Avaliação e identificação de alterações que interferem no desenvolvimento/crescimento da criança/adolescente;
- Reflexão sobre procedimentos e intervenções realizadas;
- Demonstração de competências no domínio da comunicação com a criança e família;
- Utilização de estratégias comunicacionais;
- Utilização de linguagem adequada aos diferentes níveis de desenvolvimento das crianças;
- Identificação das necessidades dos pais em termos de conhecimentos e habilidades sobre o desempenho do papel parental;
- Apoio aos pais no desempenho do papel parental;
- Identificação de situações de risco relativamente à vinculação e transição para o papel parental;
- Apoio à criança e sua família nos processos de transição ao longo do ciclo vital;
- Contribuir para o *empowerment* dos pais no cuidado ao RN/criança/jovem;
- Envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, criança e jovem, promovendo a vinculação de forma sistemática, a parceria de cuidados e a parentalidade;
- Avaliação da apreensão da informação transmitida à criança/jovem e família.

As atividades especificamente desenvolvidas em cada contexto foram:

NEONATOLOGIA

- Intervenção junto das gestantes, no sentido de apoiar e informar sobre a importância da utilização de corticoides pré-natais na redução de complicações neonatais associadas ao nascimento do prematuro
- Avaliação dos reflexos primitivos do recém-nascido
- Intervenção com base na redução dos stressores do prematuro, nomeadamente ambiente físico, luz, ruído, posicionamento, toque, procedimentos dolorosos e manipulação inadequada.
- Avaliação do desenvolvimento da parentalidade e envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN, promovendo a parentalidade positiva.
- Identificação das competências do RN
- Promoção da amamentação, percebendo as necessidades de aprendizagem de cada mãe;
- Realização de educação para a saúde de forma individualizada sobre relação mãe/pai-filho, desenvolvimento infantil, cólicas do recém-nascido, cuidados de higiene, importância do aleitamento materno, hábitos de sono, prevenção de acidentes, reacções vacinais, limpeza das vias aéreas, etc.;
- Cooperar com a equipa de enfermagem e desenvolver competências no cuidar do prematuro;
- Avaliação da idade gestacional através de escalas de avaliação, nomeadamente o método de Capurro e de Ballard.
- Vacinação ao RN de acordo com PNV e respetivo registo, tendo em conta as normas da DGS no que diz respeito à prematuridade e DST;
- Diagnóstico precoce através do “teste do pézinho” e avaliação de oximetria de pulso nas primeiras 48h de vida na identificação e despiste de cardiopatias congénitas;
- Registos de enfermagem de acordo com metodologia utilizada no serviço, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas do RN e família;

PEDIATRIA

- Avaliação e diagnóstico de problemas/necessidades da criança/jovem e família durante o internamento, promovendo o crescimento e desenvolvimento Infantil desde a admissão até à alta.
- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis.

O processo de enfermagem é claramente desenvolvido e aplicado no serviço de Pediatria. É feito um acolhimento pormenorizado à criança/jovem e família, executando-se uma avaliação inicial que permite o diagnóstico da situação e concomitantemente, a identificação de reais e possíveis problemas. Esses problemas são identificados em processo informático através do levantamento de focos de atenção de enfermagem aos quais são atribuídos juízos e intervenções que permitam a resolução dos mesmos.

A avaliação é feita diariamente com a atualização dos juízos (conhecimentos demonstrados ou não por parte do prestador ou da criança/jovem) e com a execução de intervenções de enfermagem.

- Avaliação do desenvolvimento da parentalidade e envolver os pais na prestação de cuidados à criança, promovendo a parentalidade positiva.
- Promoção da amamentação
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem
- Comunicar com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estadió de desenvolvimento e à cultura
- Ensinos aos pais focalizados na prevenção da obesidade, acidentes domésticos e rodoviários, perturbações da esfera psicoafectiva e consumos nocivos (tabaco, álcool, fármacos e outras substâncias);
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a linguagem CIPE e a sua aplicação informática no SClinico;
- Utilização da linguagem CIPE no SClinico, para documentar a assistência de Enfermagem realizada;
- Registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da criança/jovem e família;
- Promoção da autoestima do adolescente e da sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde;
- Educação para a saúde à criança/jovem e família de acordo com o motivo de internamento, tendo em conta a importância das orientações antecipatórias para a maximização da saúde;
- Colaboração com o EEESCJ na prestação de funções de coordenação. Sendo a Enfª Cooperante um dos elementos responsáveis pela gestão de recursos humanos e materiais, tornou-se fácil a aprendizagem e execução sumária destas;

Segundo a OE (2013), a gestão dos cuidados é fundamental para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem, permitindo simultaneamente a implementação de sistemas para a monitorização do custo/benefício efetivo e gestão da segurança.

Tendo presente esta necessidade a partir do enquadramento concetual vigente na área dos PQCE na especialidade em ESIP, privilegiou-se, sempre que possível, o método de trabalho por enfermeiro de referência.

O plano de distribuição dos enfermeiros pelas valências (Pediatria, Urgência Pediátrica e Consulta Externa) é feito semanalmente em suporte de papel. Diariamente, em suporte informático, é feita a distribuição dos enfermeiros pelas crianças/adolescentes do serviço de internamento.

O sistema de classificação de doentes é feito diariamente no turno da manhã. Neste, e consoante a necessidade de ensinos, a avaliação de sinais vitais, a alteração da

mobilidade, a dependência nos autocuidados e o apoio emocional é identificado o número de horas de cuidados necessários a cada utente para as próximas 24h.

A gestão de materiais hospitalares é feita igualmente por suporte informático ao serviço de instalação e equipamentos ou à farmácia. É registado o material de consumo de cada turno e são feitas as requisições de reparação necessárias pelo elemento coordenador de turno.

A mestranda teve oportunidade de executar autonomamente todos estes procedimentos.

Na opinião desta é de relevar a utilização do sistema informático SClinico no serviço de Pediatria, como suporte de registos.

Sendo um instrumento totalmente novo na sua vida profissional, tornou-se importante a integração e pesquisa constante, nomeadamente no que diz respeito à linguagem CIPE e aos três focos de atenção obrigatórios no serviço - “úlceras de pressão”, “cair” e “dor”.

Estes focos, que anteriormente não faziam sentido para a mestranda se não estivessem presentes na criança/adolescente e família, tornaram-se evidentemente necessários para a identificação do nível de conhecimentos demonstrados pelo prestador (que nos permite ajustar a necessidade de ensinamentos de promoção da saúde) e para a monitorização dos resultados sensíveis à prática de enfermagem

Os focos levantados a cada criança e devidamente desenvolvidos com a associação de intervenções específicas, tornaram-se imprescindíveis também para que haja visibilidade das intervenções de enfermagem, nomeadamente dos ensinamentos e dos treinamentos ao prestador de cuidados, muitas vezes descurados em registos de enfermagem.

Por outro lado, o tempo dispendido neste sistema, as horas de reformulação do plano, identificação de novos focos e novas intervenções, dificulta, na opinião da mestranda, o tempo em que se pode “estar com” a criança, dificultando o desenvolvimento da relação empática com esta e a família, e reduzindo igualmente o tempo para “brincar” com a criança desenvolvendo a sua comunicação e à vontade na relação enfermeiro/utente.

URGÊNCIA PEDIATRICA

- Avaliação dos motivos de ida à urgência e a presença de sinais e sintomas para determinar as intervenções, estabelecendo prioridades de atendimento na triagem;
- Avaliação e diagnóstico de problemas/necessidades da criança/jovem e família durante o episódio de urgência/internamento de curta duração;
- Planeamento, execução, e avaliação dos cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis;
- Envolvimento dos pais/família no planeamento e na prestação de cuidados e avaliação, integrando um processo educativo que promova o auto-cuidado;

- Ensinos aos pais focalizados na prevenção da obesidade, acidentes e Intoxicações, perturbações da esfera psicoafectiva e consumos nocivos (tabaco, álcool, fármacos e outras substâncias);
- Comunicação com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura;
- Promoção da autoestima do adolescente e da sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde;

A mestranda teve oportunidade de participar e intervir em situações de urgência do foro mental e psíquico de adolescentes, que se traduziram em alterações comportamentais – tentativas de suicídio e automutilação.

Estabelecendo uma relação empática com o adolescente através de comunicação adequada e espaço para a expressão de sentimentos, a mestranda ajuíza numa primeira abordagem que, nos casos detetados durante o estágio, estas situações resultaram dos conflitos relacionais com os pais e o grupo de pares e da dificuldade em ultrapassar obstáculos numa fase da vida em que se tem de assumir a autonomização.

A intervenção nestas situações num serviço de urgência nem sempre é fácil nem possível, pela falta de tempo para se estabelecer um diálogo que permita a avaliação da situação e o estabelecimento de contratos de saúde que permitam mudança de comportamentos. Daí, estas situações vivenciadas pela mestranda, após identificação de risco potencial e real, foram encaminhadas para unidades de pedopsiquiatria em hospitais centrais para internamento e/ou referenciadas à Psicóloga que apoia o serviço para um acompanhamento posterior da situação em consulta.

- Registos de enfermagem que tornem visível a metodologia científica utilizada, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da criança/jovem e família;
- Educação para a saúde à criança/jovem e família de acordo com as necessidades detetadas no episódio de urgência, tendo em conta a importância das orientações antecipatórias para a maximização da saúde;

De relevar a utilização da triagem de Manchester no serviço de Urgência Pediátrica. Mesmo não sendo possível a autonomia da mestranda na mesma (por carência do curso específico que o permita legalmente) tornou-se importante o conhecimento desta e a atuação de enfermagem na identificação do caráter emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente.

As fases da triagem, nomeadamente o acolhimento, a colheita de dados, a observação e a avaliação e encaminhamento são feitos de forma sistemática e isentas de recurso informático, sendo a observação o ato mais importante e que exige do enfermeiro maior esforço, melhor capacidade técnica e atenção redobrada, sob pena de deixar passar situações verdadeiramente graves e irreversíveis.

No entanto, a mestranda detetou algumas situações em que este tipo de triagem não está adequada à criança. Nomeadamente no caso da febre presente e superior a 38,5C que dará uma

situação muito urgente. Tendo presente que a febre está associada nas mais diversas patologias do foro vírico e bacteriano infantil, sendo este um mecanismo de defesa do corpo humano, esta deveria estar aliada a uma avaliação mais pormenorizada nomeadamente no âmbito do estado geral da criança ou associação a outra sintomatologia, para permitir prioridades adequadas.

Durante o desenvolvimento das atividades que conduziram à consecução do objetivo do sub-capítulo, e tendo por base o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista, a mestranda:

- Promove o crescimento e desenvolvimento infantil
- Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura
- Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde

Tendo por base o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, a mestranda demonstrou aquisições no domínio da gestão dos cuidados:

- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

2.2.2 Assistir a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde

Considerando a natural dependência da criança durante o seu desenvolvimento, a sua progressiva aquisição de autonomia e o binómio criança/família como alvo do cuidar do EEESCJ, é fulcral o estabelecimento de uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade (OE, 2011).

Desenvolvendo esta assistência à criança/jovem com a família foram desenvolvidas as seguintes atividades, comuns aos diferentes contextos:

- Proporcionar aos pais/cuidadores a oportunidade de expressar as suas dúvidas e emoções;
- Avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde;
- Facilitação na aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança/jovem e família;
- Promoção da participação da família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;
- Transmissão de conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais, através de ensinamentos de educação para a Saúde à criança/jovem e família;

- Avaliação dos conhecimentos da criança/jovem e família relativamente à saúde assim como a estrutura e contexto familiar
- Colaboração no encaminhamento da criança/jovem e família que necessitem de cuidados de outros profissionais
- Identificação de situações de risco para a criança e jovem
- Diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem

As atividades especificamente desenvolvidas em cada contexto foram:

NEONATOLOGIA

- Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade
- Negociar a participação da família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar
- Comunicar com o RN e família de forma apropriada ao estadió de desenvolvimento e à cultura
- Proporcionar conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais, através de ensinamentos de educação para a Saúde aos pais do RN internado na UCEN;
- Avaliar os conhecimentos da família relativamente à saúde do RN assim como a estrutura e contexto familiar
- Entrevista informal à Sr^a Enf^a Cooperante no sentido de conhecer a rede de recursos comunitários de suporte à criança e família com necessidades de saúde especiais e a rede de referência da instituição à Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), na área de influência do contexto.

A identificação de situações de risco para a criança e consequente referência é feita muitas vezes pela equipa de enfermagem, quer através de contacto telefónico com a ELI ou CPCJ da área de influência, quer com envio de carta de alta de enfermagem para o centro de saúde da área de influência onde constem as informações adequadas à necessidade de acompanhamento do RN e família.

O acompanhamento destas situações é muitas vezes feito em parceria com outros profissionais, nomeadamente técnicos do serviço social. A mestrande teve oportunidade de colaborar na identificação de algumas situações de risco, nomeadamente de um RN de etnia cigana referenciado à CPCJ por deficit de condições de higiene e perda ponderal significativa. A identificação desta situação e posterior acompanhamento torna-se também fulcral para a percepção de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança por parte dos pais.

- Colaborar no encaminhamento de RN e pais que necessitem de cuidados de outros profissionais

PEDIATRIA E URGÊNCIA PEDIÁTRICA

- Abordagem à criança com deficiência/atraso de desenvolvimento;

A mestranda, nestes dois contextos de estágio, desenvolveu um apoio à família da criança/jovem com necessidades de saúde e educativas especiais. As dificuldades sentidas pela família da criança com incapacidade, envolvem um desequilíbrio e, como nos refere Meleis (2010) na teoria das Transições, este reporta a um processo de transição que ocorre quando a realidade atual de uma pessoa é interrompida, obrigando-a uma mudança súbita de papel, de um estado de bem-estar para um estado em que terá que lidar com a doença – Transição do tipo saúde/doença.

Por outro lado, a transição para o papel de “prestador de cuidados” é considerada uma transição situacional. Esta situação exige dos cuidadores familiares a organização do quotidiano da vida de modo diferente, gerindo o tempo e adotando um novo ritmo no desenvolvimento das atividades diárias, levando-os a abdicar de alguns aspetos que consideravam importantes para o seu bem-estar (Melleis, 2010).

Foi notória para a mestranda, no seguimento destes dados, a importância de ser estabelecida com a família uma comunicação efetiva e eficaz e a informação dos recursos disponíveis na comunidade, quer para garantir a continuidade de cuidados, quer para capacitar a família à sua identificação e ao seu acesso.

Na opinião pessoal da mestranda, e na procura sistemática de oportunidades, é fácil o estabelecimento de uma relação empática com estas famílias da criança/adolescente com necessidades de saúde especiais ou doença crónica. Devido à procura frequente de cuidados de saúde, vêm facilmente a equipa de saúde como um parceiro de cuidados, nem sempre como o detentor de saberes, mas como o apoio que necessitam para o estabelecimento de um papel parental adequado e para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

A mestranda, através de entrevista informal à Enfª Cooperante, conheceu ainda a rede de recursos comunitários de suporte à criança e família com necessidades de saúde especiais e a rede de referenciação da instituição à Comissão Nacional de Crianças e Jovens (CPCJ), na área de influência do contexto hospitalar; Há duas instituições que prestam cuidados à criança/jovem com necessidades especiais. Uma em regime de internato e outra em regime de apoio diurno.

- Identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, nomeadamente em adolescente sem objetivos de vida futura;
- Identificação e intervenção na criança vítima de maus tratos

A mestranda teve a oportunidade de desenvolver conhecimentos e habilidades dentro deste âmbito num trabalho executado com o objetivo de colaborar na obtenção da acreditação do serviço de pediatria em causa (sub capítulo 2.3.1).

A execução de um estudo de caso (ANEXO III) de uma situação de maus tratos, permitiu à mestranda a identificação da forma de atuação nestas situações, de todo o enquadramento ético-legal e da importância das intervenções autónomas de enfermagem

no diagnóstico e encaminhamento de situações de risco para a criança e família. Permitiu também uma reflexão positiva com vista à melhoria dos cuidados prestados.

- Encaminhamento de crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais, nomeadamente crianças com patologia do foro cirúrgico e ortopédico para outra unidade do mesmo centro hospitalar e adolescentes com alterações comportamentais para hospital central protocolado na instituição;

Durante o desenvolvimento das atividades que conduziram à consecução do objetivo do sub-capítulo, e tendo por base o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista, a mestranda:

- Implementa e gere, em parceria, um plano promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e ns situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem.

2.2.3 Cuidar da criança /jovem e família nas situações de especial complexidade

Tendo presente a importância do cuidar da criança/jovem com a família foram desenvolvidas as seguintes atividades, comuns aos diferentes contextos:

- Reconhecer, identificar e intervir nos focos de instabilidade hemodinâmica do RN/criança/jovem
- Entrevista informal à Sr^a Enf^a Cooperante de cada contexto no sentido de compreender a rede de referência e de apoio ao RN/criança/jovem com incapacidades e doença crónica, para instituições de suporte e para cuidados de especialidade.

NEONATOLOGIA

- Desenvolver conhecimentos e cooperar com a equipa multidisciplinar no cuidar do recém-nascido em situação de risco de vida/emergência

Na UCEN, durante o período de estágio, algumas crianças com condições de TTRN, uma criança com desidratação hipernatrémica e um RN em que foi diagnosticada uma sépsis foram as situações de especial complexidade em que a mestranda teve oportunidade de testemunhar e intervir. Foram reconhecidas pela mestranda como complexas pela instabilidade das funções vitais e risco de morte, obrigando a uma prestação de cuidados de enfermagem específicos e apropriados, com necessidade de mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida intervenção e resposta antecipatória.

Na opinião da mestranda, nestes casos não é necessário apenas um rol de conhecimentos abrangente da situação e da patologia, é necessário o trabalho em equipa e estratégias de *coping* por parte do enfermeiro, que permitam uma atuação rápida e efetiva numa situação crítica.

É também evidente a dificuldade na analogia da sintomatologia do RN a uma situação crítica, visto que os sinais e sintomas de que algo está mal se confundem muitas vezes com a normalidade, nomeadamente, a diminuição do apetite e a sonolência. É preciso ter “olho clínico” e perceber a alteração na vitalidade e no estado geral e para isso, torna-se fulcral a utilização da observação, como instrumento básico de enfermagem.

Nightingale em 1860, assume a importância da observação no cuidar, mostrando a necessidade de se saber observar um utente para ser um profissional. Ela refere até que o verdadeiro “ABC” de um enfermeiro é ser capaz de ler cada mudança que se opera nesse utente. Ressalta ainda que

“A mais importante lição prática que pode ser dada aos enfermeiros é ensiná-los a observar - como observar - que sintomas indicam melhoras - quais significam o inverso - quais são de importância - quais não o são - quais são as evidências da falta de cuidados - e de que espécie de falta (Nightingale, 1989, p: 32)”.

A observação em enfermagem, nomeadamente em Neonatologia, e na opinião pessoal da mestranda, é desenvolvida com treino e experiência, a partir não só da capacidade humana inata de observar, mas também da existência de conhecimentos e competências na esfera do saber. Ela deve ser estabelecida, planeada e registada de forma sistemática e com linguagem clara e objetiva de forma a que haja uma continuidade de cuidados na equipa multidisciplinar.

- Avaliação da dor segundo protocolo do serviço (Escala de EDIN)
- Aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente da técnica de relaxamento e da massagem abdominal no caso da cólica abdominal do RN.
- Capacitação dos pais no âmbito das estratégias não farmacológicas de alívio da dor

Nesta fase de transição desenvolvimental, que marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexificação no sistema familiar, com a consequente redefinição de papéis e tarefas (Meleis, 2010), os ensinamentos de enfermagem no âmbito da capacitação dos pais na observação do estado geral da criança são de extrema importância.

A vulnerabilidade dos pais nesta transição é, na opinião da mestranda, um elemento dificultador da apreensão de conhecimentos, visto que a necessidade de informação se torna muito vasta e a gestão diferenciada do bem estar do RN a centralidade dos cuidados da mãe/pai.

- Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e/ou deficiência/incapacidade

A mestranda tem presente a dificuldade em comunicar e informar a família acerca da incapacidade/doença crónica na criança. Com o anúncio de uma gravidez, frequentemente as características físicas e intelectuais são planeadas pelos pais, colocando na criança, as suas expectativas e idealizações, desejando filhos que vivam em situações de saúde para crescer e se desenvolver dentro da normalidade (Fiamenghi e

Messa, 2007). Quando surge uma criança com incapacidade/doença crónica, situação que acontece por vezes no período neonatal, é nos pais que recai a maior sobrecarga.

O cuidado de enfermagem centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança, de maneira que os sistemas de serviços e os profissionais devem apoiar, respeitar, encorajar e potenciar as forças e as competências da família (Almeida e Sabatés, 2008).

A mestranda reconheceu a rede de apoio dada a estes prestadores de cuidados na unidade em questão e teve oportunidade de referenciar uma situação para técnico.

PEDIATRIA

- Avaliação sistemática da dor segundo protocolo do serviço
- Aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor
- Capacitar os pais no âmbito das estratégias de alívio da dor

No serviço de Pediatria do contexto a dor é um foco de atenção obrigatório em plano de cuidados de todas as crianças internadas. Mesmo que esta não esteja presente numa avaliação sumária à criança/jovem, é sempre feita uma avaliação dos conhecimentos demonstrados pelo prestador ou criança/jovem. Caso não se demonstre o conhecimento são projetados ensinamentos, nomeadamente na gestão do regime medicamentoso, nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor e na avaliação desta. É também entregue um folheto informativo a todas as crianças internadas.

“A partir das categorias dos enunciados descritivos definidos pela Ordem dos Enfermeiros e da explicitação do seu enquadramento conceptual, é alocado o desenvolvimento de competências dos enfermeiros para o alívio e controlo da dor na criança no padrão de qualidade «O bem-estar e o auto-cuidado»” (OE, 2013, p:20)

Na opinião da mestranda, e tendo presente a importância da qualidade dos cuidados prestados, esta intervenção mostra-se adequada e imprescindível na medida em que, com os ensinamentos projetados, se objetiva a prevenção de complicações, a promoção do bem estar e do autocuidado e a uniformização da prática de cuidados, valorizada também nos PQCE através do enunciado descritivo da organização dos cuidados de enfermagem.

- Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e/ou deficiência/incapacidade

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

- Desenvolvimento de conhecimentos e cooperação com a equipa multidisciplinar no cuidar da criança/jovem em situação de risco de vida/emergência

Durante o período de estágio, a mestranda teve oportunidade de intervir em duas situações de emergência (convulsão generalizada e TCE com alteração de consciência). Esta mobilizou conhecimentos para a rápida identificação de focos de instabilidade, seguindo o protocolo de atuação e prestando cuidados de enfermagem apropriados à situação.

- Avaliação sistemática da dor segundo protocolo do serviço
- Capacitar os pais no âmbito das estratégias de alívio da dor

No presente contexto, onde os procedimentos invasivos são frequentes, a mestranda atribuiu sempre à criança/jovem algum controlo sobre os procedimentos. De acordo com a OE (2013) este controlo pode permitir que a criança escolha onde quer estar durante a realização do tratamento, o que lhe permite controlar melhor a dor do que a criança que não teve hipótese de escolha.

A valorização da dor é visível na triagem de Manchester pela atribuição de caráter muito urgente na dor superior a quatro (avaliada através das escalas de faces, FLACC, FLACC-R e numérica).

Os ensinamentos ao prestador são executados de forma sistemática durante a triagem e após avaliação dos conhecimentos do mesmo. São também registados em suporte papel na ficha de urgência.

Foi assim possível para a mestranda a aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico e psico-social à criança/jovem e família e a garantia da gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.

- Referenciação de crianças/jovens com doença crónica para cuidados de especialidade.

Durante o estágio foi possível prestar cuidados a crianças com doenças crónicas complexas (nomeadamente no foro oncológico e cardíaco). As idas frequentes à urgência por patologias muitas vezes associadas ao défice imunitário permitem um reconhecimento da equipa de enfermagem por parte da criança/jovem e família e uma facilidade na relação empática estabelecida com esta como já foi referido anteriormente.

A referenciação destas crianças a outras unidades de cuidados especializados foi feita segundo o protocolo do serviço, através de carta de transferência de enfermagem, para a garantia da continuidade de cuidados.

A mestranda, com base no guia orientador da OE (2013), e durante todo o ensino clínico, adotou as estratégias preconizadas para o alívio da dor, nomeadamente:

- Teve em atenção a idade da criança e o seu desenvolvimento cognitivo;
- Negociou a presença do pai/mãe ou de alguém significativo.
- Facilitou a segurança e proteção pelos pais.
- Permitiu que os pais decidissem o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento;
- Sempre que possível, assegurou que os procedimentos fossem executados pelo enfermeiro com quem a criança/família já tem uma relação de confiança estabelecida;
- Deu informação à criança de forma simples e exata sobre o que iria ser feito.
- Nunca usou procedimentos médicos ou de Enfermagem como ameaça;
- Foi honesta.
- Ajudou a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos.
- Não deu à criança falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso.

- Não utilizou expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada.
- Ajudou a criança a participar no controlo da sua dor.
- Atribuiu à criança algum controlo sobre o tratamento.
- Proporcionou o «falar consigo próprio».
- Deu feedback positivo, elogiando em forma de reforço positivo o comportamento da criança.
- Permaneceu junto da criança após o procedimento doloroso.
- Planeou os cuidados de forma a manipular/incomodar o menor número de vezes possível;
- Agrupou os procedimentos ou terapêuticas dolorosas e providenciou que fossem feitos com analgesia.

Durante o desenvolvimento das atividades que conduziram à consecução do objetivo do sub-capítulo, e tendo por base o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista, a mestrande:

- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados
- Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas
- Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade

2.3 DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O PNS 2012-2016 define Qualidade em Saúde (QeS) como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do utente. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do utente e o melhor desempenho possível.

No mesmo documento, é claro que a QeS depende da intervenção dirigida a:

“i) estruturas de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização; ii) processos decorrentes da própria prestação de cuidados, como sejam a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados; iii) resultados, que incluem a reabilitação / recuperação do doente, o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados.” (Donabedian (1997), citada em PNS 2012-2016, p:2)

A acreditação em saúde é uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde, como responsável máximo pela qualidade dos cuidados que se prestam no Sistema de Saúde, que tem como objetivo o reconhecimento público da qualidade atingida nas organizações prestadoras de cuidados de saúde.

“A acreditação em saúde tem em vista fortalecer a confiança dos cidadãos nacionais e estrangeiros e dos profissionais de saúde, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde e fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, com uma adequada relação custo benefício.” (PROGRAMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE, 2009, p: 3)

Tendo presente que o serviço de Pediatria do contexto hospitalar onde decorreu o estágio se encontrava, à data deste, em processo de candidatura a acreditação de idoneidade formativa dos contextos da prática clínica, a mestranda projetou desenvolver competências nesta área, de forma a contribuir no processo desenvolvido pela instituição para este objetivo.

2.3.1 Colaborar na Obtenção da Acreditação do Serviço de Pediatria do contexto de estágio

A idoneidade formativa dos contextos da prática clínica diz respeito à existência verificada e reconhecida de um conjunto de características presentes nos serviços que se mostram favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem, assim como à supervisão clínica em PTE (OE, 2011).

Para conhecimento destas características inerentes ao serviço e para conhecer o percurso de todo o processo de candidatura do Serviço de Pediatria do contexto de estágio à Acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos da prática clínica da OE, a mestranda teve oportunidade da:

- Participação na ação de formação e reunião de serviço cujos preletores foram os enfermeiros do serviço, sobre o “Processo de Acreditação no Contexto Clínico Pediátrico”, que se mostrou muito vantajosa no decorrer do desenvolvimento de competências, através de uma melhor construção de saberes e conhecimentos.

Tendo presente que se tornou fulcral para a mestranda, desde o início do estágio, desenvolver atividades não só com vista aos seus objetivos pessoais, mas também tendo em conta as necessidades de cada instituição, contribuindo de alguma forma para a melhoria dos cuidados prestados, foi desenvolvido também a:

- Elaboração de dossier bibliográfico com documentos “externos” de enquadramento ético-legal, um trabalho oportuno de suporte aos enfermeiros para a preparação da auditoria da OE a realizar brevemente.

A Ordem dos Enfermeiros, no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em articulação com os critérios pressupostos para a Acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos da prática clínica, espera-se que seja mobilizada nos serviços a metodologia de estudos de caso ao longo do ano.

No serviço em questão, esta metodologia nunca tinha sido desenvolvida, pelo que se tornou oportuno a:

- Participação na ação de formação, apresentada por uma enfermeira do serviço, sobre a metodologia de “Estudo de Caso” integrada na formação anteriormente referida, onde foi feita uma conceptualização dos PQCE e dos enunciados descritivos. Procedeu-se à descrição do caso e reflexão do mesmo com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados.

Para dar continuidade a esta metodologia, necessária ao serviço, houve a planificação de uma sessão no âmbito supracitado (ANEXO II). Procedeu-se também a um convite formal a todos os enfermeiros do serviço, e ao:

- Desenvolvimento de um estudo de caso à luz dos PQCE, apresentado posteriormente à equipa de enfermagem (ANEXO III). Este trabalho foi realizado em parceria com outra colega mestranda a desenvolver estágio no mesmo serviço,

A Escolha do caso foi feita com base na importância da competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde da criança e do jovem de assistir a criança com a família na maximização da sua Saúde, diagnosticando precocemente e intervindo nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança, sendo o tema central, os maus tratos.

Este trabalho teve como principais objetivos:

- Analisar de forma reflexiva uma situação real da prática dos cuidados de enfermagem;
- Refletir acerca da tomada de decisão de enfermagem, à luz do enquadramento concetual e enunciados descritivos do PQCE;
- Contribuir para a reflexão ética e deontológica como parte integrante da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Equacionar opções de melhoria dos cuidados de enfermagem, pela análise da prática;
- Sensibilizar para a problemática de Maus Tratos.

No final da apresentação foi feita a avaliação da mesma pelos formandos. O resultado mostrou-se bastante positivo (ANEXO IV).

“Os padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem constitui-se, para os enfermeiros especialistas nesta área de especialização como uma oportunidade e referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2013, p: 5).”

Foi notório para a mestranda a integração neste tipo de processo e a importância desta metodologia que permite, principalmente, a reflexão nos cuidados de enfermagem prestados pela equipa e a adequação das futuras intervenções, nomeadamente das intervenções autónomas de enfermagem.

Com esta prática é possível também uma avaliação da estrutura e dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar no acompanhamento e intervenção à criança/jovem e família executada sumariamente através da história clínica de enfermagem, realizada na avaliação inicial da criança/jovem e família.

Durante o desenvolvimento das atividades que conduziram à consecução do objetivo do subcapítulo, e tendo por base o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista, a mestranda, no trabalho desenvolvido em “Estudo de Caso”:

- Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde.

Tendo por base o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, a mestranda desenvolveu competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
 - Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade
 - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
 - Planeia programas de melhoria contínua
 - Lidera programas de melhoria

Do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento
 - Atua como formador oportuno em contexto de trabalho em dispositivos formativos
 - Concebe e gere programas e dispositivos formativos
 - Diagnostica necessidades formativas
 - Avalia o impacto da formação

E do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através da organização do dossier bibliográfico:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
 - Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas

3. PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL E PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Tendo como base as áreas de atuação particular do EEESCJ, nomeadamente a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, a orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem estar da criança (OE, 2011), a mestranda deu especial relevância à assistência à criança/jovem e família na maximização da sua Saúde tal como referido anteriormente.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermagem mais recente, o enfermeiro tem uma posição primordial para incentivar atividades de promoção de saúde de forma a reduzir os riscos de excesso de peso ou obesidade.

A mesma federação refere que

“Para uma prevenção e tratamento eficazes, os enfermeiros e todos os profissionais de saúde devem considerar a dinâmica psicossocial e cultural que afecta os comportamentos da saúde, bem como as comorbilidades associadas a ter excesso de peso ou ser obeso. A motivação e a vontade de mudar são essenciais para o tratamento da obesidade.” (CIE, 2012:4/5)

A pertinência do tema de aposta pessoal da mestranda foi notoriamente percebido nos contextos, especialmente em neonatologia, pediatria e consulta externa. No campo de estágio de urgência pediátrica foi difícil implementar esta aposta pessoal pelo pouco tempo do estágio, pelo carácter de urgência das recorrências a este serviço e pela importância primordial dada à patologia atual.

Expandindo esta temática de cariz pessoal, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

NEONATOLOGIA

- Conhecimento e integração das medidas da Comissão Nacional de Hospitais Amigos dos bebés tendo como objectivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Esta promoção da amamentação foi feita de forma sistemática através de ensinamentos de educação para a saúde individuais e personalizados de acordo com as expectativas e dúvidas identificadas em cada mãe e entrega de folheto informativo (já existente no serviço).

De relevar a aquisição de saberes e competências nesta área pela mestranda. É notória a importância da amamentação, mas neste contexto, e por um caso grave de desidratação de um RN por amamentação ineficaz, foi percebido pela mestranda como o fundamentalismo nesta prática se pode tornar um fato nocivo, perturbador e gerador de stress para a mãe e RN.

É importante não só o ensino sobre a importância da amamentação, mas também a informação sobre o “reverso da medalha” para que a mãe tenha a consciencialização da

tomada de decisão de forma clara e inequívoca ao bem-estar e desenvolvimento ponderal da criança.

- Elaboração de um trabalho escrito, de acordo com a metodologia científica, de forma a permitir um contributo positivo para o conhecimento e prática de enfermagem da equipa de enfermagem do serviço em questão, nesta área específica (ANEXO V).

Para a escolha do tema foi preocupação da mestranda que o mesmo fosse adequado ao contexto neonatal. Numa análise anterior ao início do estágio, fazia sentido para a mestranda apostar na promoção da amamentação como temática a implementar. No entanto, e com a integração no contexto, foi notório que a amamentação é um dos pilares da promoção da saúde adotados pelo serviço e que o contributo nessa área se tornaria a repetição de conhecimentos já consolidados pelos elementos da equipa de enfermagem.

Foi então proposto pela mestranda, com a conviência da Sr^a Enf^a Cooperante, associar o tema do aleitamento materno à obesidade e compreender, através de uma pesquisa bibliográfica da evidência científica para fundamento da tomada de decisão, em que medida eles se influenciam.

Não restam dúvidas que a realização deste trabalho permitiu identificar os pontos fortes e fragilidades da correlação do aleitamento materno com a obesidade e fez perceber que o seu entendimento pode trazer benefícios, quer para a melhoria da qualidade de vida da criança/jovem e família, quer para os profissionais, no sentido de melhorar a prática no combate à obesidade.

Sendo a educação para a saúde um fator de promoção e proteção à saúde, pode-se ainda afirmar que esta temática não é apenas uma prioridade exclusiva de enfermagem, mas também partilhada por outros profissionais da equipa multidisciplinar, devendo existir a preocupação de envolver e dinamizar a equipa para a promoção do aleitamento materno.

PEDIATRIA

- Promoção da amamentação e alimentação saudável de forma sistemática através de ensinamentos às mães da criança/jovem
- Avaliação, durante o internamento, do nível de conhecimentos e comportamentos demonstrados pela criança/jovem e prestador sobre hábitos de vida saudáveis.

Em processo de enfermagem do serviço de Pediatria, um dos juízos associados ao foco obrigatório “Parentalidade” é o conhecimento dos pais sobre alimentação.

A mestranda teve oportunidade de intervir neste conhecimento não demonstrado através das seguintes intervenções:

- Ensinar os pais sobre alimentação saudável
- Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação saudável
- Incentivar para adoção de hábitos alimentares saudáveis
- Ensinar sobre estratégias para a criança alimentar-se
- Providenciar folheto sobre alimentação saudável
- Instruir os pais/cuidadores sobre preparação do biberão
- Incentivar a ingestão hídrica

- Treinar os pais a alimentar a criança
- Vigiar refeição
- Requerer apoio de outros profissionais.

Este levantamento e execução de intervenções deveu-se à identificação de erros alimentares em crianças internadas, nomeadamente na diversificação alimentar no primeiro ano de vida, na preparação de leites artificiais (ajuste de doses e medidas adequadas) e na adoção de bebidas açucaradas ao revés da água.

- Informar e capacitar a criança/jovem e família, com problemas de obesidade na promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade Infantil através de ensinamentos individuais.

As intervenções da mestranda no âmbito da alimentação infantil como meio para a promoção da saúde, foram sempre executadas de acordo com os diagnósticos de enfermagem efetuados e as necessidades apontadas para a criança/jovem e família em particular.

- Elaboração de trabalho escrito com vista à futura parametrização em suporte informático do Foco Estado Nutricional (ANEXO VI).

Tornou-se particularmente aliciante para a mestranda a parametrização deste foco, por se constituir pertinente como temática recente e preocupante para o bem-estar da sociedade e também pela importância da sua implementação no serviço de Pediatria e Consulta Externa.

Inicialmente pensou-se aplicar o foco obesidade, mas de acordo com a CIPE (2005) “obesidade é um excesso de peso com as características específicas: situação de elevado peso e massa corporal, habitualmente mais de 20% acima do peso normal com aumento anormal na mesma proporção de células gordas”.

Em crianças, não existem valores críticos estabelecidos para a definição de obesidade com base na gordura corporal assim como há para adultos. Isso ocorre em virtude da falta de consenso na literatura quanto à validade do IMC como um indicador de gordura corporal em crianças. Assim, o termo “Estado Nutricional”, pela sua definição, pareceu mais adequado à criança.

Desta forma, para a classificação da obesidade infantil, os valores de medidas antropométricas, tais como o IMC, devem ser plotados em gráficos com distribuição em percentis, segundo o sexo e a idade, que remete à adoção do percentil da relação peso/altura.

A mestranda aplicou o foco de atenção numa criança com estado nutricional alterado, mas por anorexia. Foi notório que algumas das intervenções ainda não parametrizadas constituirão uma mais valia para o processo de enfermagem e principalmente para a avaliação dos cuidados prestados.

A mestranda tentou aplicar a temática do projeto por ela escolhida, de acordo com as necessidades e contingências do local palco do processo de ensino-aprendizagem. No entanto, não foram detetados casos de obesidade no período em que decorreu o estágio neste serviço.

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

- Nos casos de excesso de peso e de obesidade foi feito um reforço dos ensinamentos sempre que possível, não só da importância da alimentação saudável, mas também na valorização da prática do exercício físico.
- A mestranda deu importância máxima quer à inclusão da família, quer às crenças na saúde por parte dos pais, ao relatar características influenciadoras dessas mesmas crenças, como o facto de alguns familiares, não só os pais, mas também os avós, proporcionarem alimentos açucarados e calóricos à criança e a ideia de que a criança só está satisfeita quando não pede mais comida.
- A mestranda desenvolveu ensinamentos a título individual sobre alimentação saudável e benefício da prática de exercício físico às crianças e aos pais das crianças/jovens que recorreram aos diferentes contextos de estágio e entregou folhetos (já existentes na área pediátrica do contexto) sobre alimentação saudável e Obesidade.

CONSULTA EXTERNA

O contexto hospitalar em que decorreu o estágio tem consulta semanal específica de obesidade.

A referência para a consulta externa de obesidade é feita pelo médico.

- Avaliação, durante a consulta, do nível de conhecimentos e comportamentos demonstrados pela criança/jovem com problemas de obesidade e família.
- Informação e capacitação da criança/jovem com problemas de obesidade e família na promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade Infantil através de ensinamentos individuais.
- Inclusão dos pais no processo de adesão da criança/jovem obeso ao tratamento, assim como a importância da mudança de hábitos alimentares e de ideias pré-concebidas adquiridas por fatores culturais.
- Registos em processo de enfermagem do Sclínico.

Na opinião da mestranda o registo não é o mais adequado. Sendo o principal foco de atenção o estado nutricional, este deveria ser levantado no processo de enfermagem de todas as consultas da criança em questão e deveriam ser associadas e projetadas intervenções dentro deste âmbito. O foco que se levanta é o do desenvolvimento infantil que tem uma abrangência muito grande na especificidade da avaliação da criança obesa.

A falta de comunicação e a ausência do trabalho efetivo em equipa com o médico responsável pela consulta são fatores dificultadores na consulta de enfermagem. A frequência das consultas (normalmente de 6 em 6 meses) também não é, na opinião pessoal da mestranda, a mais correta para uma intervenção contínua e bem monitorizada nos casos de obesidade.

Foi dada especial importância ao registo sistemático do IMC e perímetro abdominal, intervindo assim na deteção precoce de excesso de peso (IMC entre o percentil 85 e 95 para a

idade e sexo) e obesidade (IMC superior ao percentil 95 para a idade e sexo) em todas as crianças que recorreram à consulta.

A menstranda desenvolveu ensinamentos a título individual às crianças/adolescentes e pais, que recorreram à consulta, sobre alimentação saudável e benefício da prática de exercício físico aos pais das crianças/jovens que recorreram à consulta de obesidade e entregou folhetos sobre alimentação saudável e Obesidade Infantil.

Foi notório que o enfermeiro numa consulta externa pode desempenhar um papel fulcral na promoção de uma alimentação saudável e na deteção precoce de situações de risco.

Durante o desenvolvimento das atividades que conduziram à consecução do objetivo do subcapítulo, e tendo por base o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista, a mestranda:

- Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde.

Tendo por base o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, a mestranda:

- Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade
- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática

3.1 CONCRETIZAÇÃO TEÓRICA DA TEMÁTICA

A obesidade tem vindo a aumentar drasticamente em Portugal, afetando com especial relevo, cada vez mais crianças e adolescentes. O país encontra-se numa das posições mais desfavoráveis do cenário europeu, apresentando mais de metade da população com excesso de peso e sendo um dos países do espaço da Europa em que é maior a prevalência de obesidade infantil, já que 30% das crianças apresentam sobrepeso e mais de 10% são obesas (Plataforma contra a Obesidade, 2013).

Na infância, intervir na obesidade pode ser ainda mais difícil que na fase adulta, pois esta “está relacionada a mudanças de hábitos e disponibilidade dos pais, além de uma falta de entendimento da criança quanto aos danos da obesidade” (Mello *et al.*, 2004, p: 173).

O mesmo autor salienta que a criança segue os padrões familiares em termos alimentares e de estilo de vida, o que remete ao insucesso de qualquer tratamento se estes não forem modificados em conjunto com os pais.

Tenório e Kobayashi (2011) defendem também que as intervenções bem-sucedidas exigem o envolvimento dos pais, uma vez que eles são modelos da conduta alimentar e física. Estes determinam também quais os alimentos que estão disponíveis para a criança, em quantidade e qualidade, sendo os maiores responsáveis pelo estabelecimento de um ambiente emocional em que a obesidade pode ou não ser desencorajada. Concluem que é justamente a falta de envolvimento dos pais no tratamento a maior barreira citada pelos profissionais de saúde que atuam nessa área.

A participação dos pais no processo de acompanhamento e intervenção de enfermagem à criança com problemas de obesidade é, assim, de fundamental importância “na busca por uma vida saudável, pois se os seus filhos são incentivados pelos pais haverá maior vontade de alcançar o objetivo dentro da prevenção ou tratamento.” (Silva *et al.* (2008), p: 74).

Outros autores referem ainda que

“Vários fatores influenciam o comportamento alimentar, entre eles fatores externos (unidade familiar e suas características, atitudes de pais e amigos, valores sociais e culturais, mídia, alimentos rápidos, conhecimentos de nutrição e manias alimentares) e fatores internos (necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, auto-estima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico) (Mello *et al.*, 2004, p:177)

Reportando-nos ao regulamento das competências específicas do EESCJ, temos, como enfermeiros, a responsabilidade de avaliar os conhecimentos e comportamentos da criança/família relativos à sua saúde. A enfermagem no geral e o EESCJ em particular, têm assim o compromisso e obrigação de incluir os pais/família nos cuidados de saúde, logo, nunca poderemos falar em promoção da saúde em pediatria sem a sua inclusão. A aplicabilidade do Modelo de Crenças na Saúde, reporta assim às crenças e aos comportamentos também percebidos por estes.

De acordo com Bolander (1998), o Modelo de Crenças na Saúde é um modelo da psicologia que tenta explicar e prever os comportamentos de saúde tendo como principal foco as atitudes e crenças dos indivíduos. As percepções individuais, os fatores de mudança e as variáveis que afetam a probabilidade da ação são, segundo Stanhope e Lancaster (1999), os três componentes deste modelo, que contribuem para que o utente aceite uma ação recomendada, destinada à mudança de comportamento em relação à sua saúde.

Neste sentido, tornou-se fulcral aplicar os pressupostos do modelo referido aquando da promoção e educação para a saúde nos diferentes contextos, pois só através do conhecimento das crenças na saúde percebidas pela criança/família se poderão desenvolver intervenções adequadas às suas necessidades e para que a mudança comportamental seja bem-sucedida (Stanhope e Lancaster, 1999).

O modelo dá ênfase ao conceito de auto-eficácia introduzido por Bandura em 1977, referindo-se

“à confiança que cada um tem na sua habilidade para desempenhar com sucesso um determinado comportamento. Ou seja, quando o indivíduo acredita que é capaz de efectuar determinada tarefa/comportamento de forma bem sucedida, terá maior probabilidade de encetar esse mesmo comportamento. A investigação tem demonstrado que as crenças de auto-eficácia têm impacto na adopção de novos comportamentos em saúde” (Taylor (1995) citado por Sousa, 2010, p:14)

É sugerida, assim, a existência de uma relação estreita entre as crenças das pessoas, atitudes e intenções de agir de maneira particular (Couto, 1998). Por conseguinte, se ocorrer mudança nas crenças, espera-se que ocorram mudanças no comportamento. Cabe ao enfermeiro,

realizar este paralelismo a fim de desenvolver com o utente a promoção e educação para a saúde, de forma otimizada.

Camargo *et al.* (2013) refere que os valores culturais podem apresentar-se como obstáculos para a adoção de comportamentos saudáveis e a dificuldade em reconhecer e perceber o estado corporal das crianças também pode estar relacionado com essas crenças.

Desta forma, depreende-se que a cultura e o conceito de cuidado devem ser focados na prática de enfermagem, tal como é preconizado na teoria de Madeleine Leininger, denominada Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Nesta teoria, ela

“Enfatiza (...) que é necessário reconhecer a existência do sistema de cuidado profissional, mas, igualmente, do sistema de cuidado popular. Apresenta uma metodologia, na qual a enfermeira, ao interagir com os clientes, em variadas situações assistenciais, deve utilizar ações profissionais, de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, buscando a congruência cultural.” (Leininger (2006), citada por Monticelli, 2010, p: 221)

Aparício *et al.* (2011) também defendem que integrar os aspectos culturais, tais como crenças e atitudes familiares que influenciam a percepção do estado nutricional das crianças, nas atividades de promoção da saúde e programas de orientação nutricional pode ser uma forma de tornar as intervenções clínicas mais efectivas.

Foram notórias, ao longo do estágio e na vida profissional da mestranda, no contato com a criança/jovem e família, as dificuldades na alteração de comportamentos alimentares nocivos da criança/jovem, nomeadamente na alteração de hábitos alimentares e prática de exercício físico. Em alguns casos houve a percepção de que a motivação para a melhoria das condições de saúde era mais evidente na criança do que nos pais/prestadores, o que na opinião da mestranda, traduz a percepção parental atualmente distorcida sobre o estado nutricional, imagem corporal e saúde das crianças. Foram evidentes também as crenças de que a criança obesa é mais saudável.

Estas crenças são citadas num estudo de Tenório *et al.* (2011), em que as crianças mais “gordas” são vistas como possuidoras de boa saúde e melhores cuidados por parte dos pais. No contexto da etiologia da obesidade, a maioria dos pais atribuem-na a um metabolismo herdado e acreditam que quase nada é possível fazer para alterar um peso já pré-determinado geneticamente.

A percepção dos pais sobre a imagem corporal e o estado nutricional dos seus filhos tem sido estudada e analisada, por se considerar que uma percepção alterada ou o não reconhecimento pelos pais do peso excessivo dos filhos pode condicionar a adopção de medidas preventivas ou de tratamento perante essa situação (Aparício *et al.* (2011) citando He and Evans, 2007).

Tal fato é referido num estudo do mesmo autor, no nosso país, utilizando um esquema de silhuetas em que se verificou que 57,7% dos pais que percebem os filhos como tendo peso normal, 31% das crianças apresentavam obesidade e 59,5% excesso de peso. Concluindo assim que os pais não reconhecem a obesidade nos seus filhos.

O autor reconhece “que algumas das causas para a distorção da imagem dos filhos são a crença de que a criança “gordinha” é mais saudável e que é um sinal de competência materna e, além

disso, o facto de os pais acreditarem que, com o crescimento, o peso dos seus filhos tende a distribuir-se mais uniformemente. Estas crenças culturais estão enraizadas em muitos países, Portugal incluído” (Baughcum *et al.* (2000) citado por Aparício *et al.*, 2011, p:102) .

Num outro estudo no nosso país constatou-se que 49.9% dos pais tinham uma percepção sobre o estado nutricional dos filhos incorreta (Macedo *et al.*, 2012).

Sendo a percepção “um processo pelo qual a natureza e o significado dos estímulos sensoriais são reconhecidos e interpretados” (Mesh browser, 2016) exige-se uma atuação na mesma para que os resultados sejam eficazes.

A mestranda constatou nas suas pesquisas dentro da temática que, tal como refere o seguinte autor,

“A maioria dos estudos que trata da obesidade tem como tema principal o papel da dieta e da atividade física na prevenção do excesso de peso. No entanto, é necessário também que a percepção dos pais frente ao problema seja explorada” (Tenório *et al.*, 2011, p:638)

Desta forma, surge a pergunta “Que intervenções de enfermagem promovem percepções parentais adequadas na obesidade Infantil?”

3.2 METODOLOGIA DE PESQUISA

Com o objetivo de estruturar a abordagem à problemática alvo de inquietação da mestranda através do recurso às bases de dados científicas, foi definida a pergunta em formato PI[C]OD, que ajudará nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e conseqüente contexto de análise.

O enquadramento conceptual surge da necessidade de aprofundamento teórico relativo à temática em estudo, refletindo a análise de interesses do grupo, e permite a orientação na construção da questão de investigação.

Desta forma, surge a pergunta PI[C]OD, resultante do seguinte quadro:

Quadro1 – Formulação da questão utilizando a metodologia PI[C]OD - Que intervenções de enfermagem (I), promovem percepções parentais (P) adequadas na Obesidade Infantil (O)?

		Conceitos	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão	Palavras-chave
P	População	Pais da criança com obesidade	Artigos cuja população alvo sejam pais de crianças com obesidade	Artigos cuja população alvo não sejam pais de crianças com obesidade	-Obesidade Infantil Childhood Obesity

I	Intervenção	Intervenções de Enfermagem	---	---	- Pais
C	Comparações	Podem existir ou não	---	---	Parents
O	Outcomes	Promoção de percepções parentais adequadas	---	---	- Percepções
D	Desenho do estudo	Qualitativo e quantitativo	Artigos publicados que mencionem estudos qualitativos ou quantitativos	Artigos publicados que mencionem outro tipo de estudos	Perceptions - Enfermagem Nurs*

Após a definição da pergunta, inicia-se o processo de pesquisa pela identificação das palavras-chave e formulação do objetivo da pesquisa: Perceber que intervenções de enfermagem promovem percepções parentais adequadas na obesidade infantil.

Enunciaram-se as seguintes palavras-chave de acordo com a conceptualização efetuada: Childhood obesity, parents, perceptions e nurs*. Os termos apurados no contexto desta metodologia foram submetidos à plataforma Mesh Browser.

Na etapa seguinte da Revisão Sistemática da Literatura, e depois de encontrados os descritores, selecionaram-se as bases de dados científicas a consultar e definiram-se os limitadores de pesquisa para cada base de dados no sentido de obter os artigos mais adequados ao objetivo da revisão, descritos no seguinte quadro:

Quadro 2 – Limitadores da pesquisa nas bases de dados

CINAHL Plus with Full Text	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de Janeiro de 2011 a Janeiro de 2016; Resumo disponível; Qualquer autor é enfermeira; Humano; Texto completo em PDF;
MEDLINE with Full Text	Texto completo; Data de Publicação de Janeiro de 2011 a Janeiro de 2016; Resumo disponível; Humano;
Nursing & Allied Health Collection Comprehensive	Texto completo; Data de Publicação de Janeiro de 2011 a Janeiro de 2016; Texto completo em PDF.

Foi feita uma pesquisa por Palavras-chave e por conjugação de Palavras-chave descrita no seguinte quadro.

Quadro 3 – Pesquisas nas bases de dados de cada palavra chave individualmente e conjugada entre si

Palavras-chave	Número de Artigos
A – Childhood Obesity	1435
B – Parents	17029
C - Perception	25471
D – Nurs*	73109

Conjugação	Nº de Artigos
A+B	329
A+C	75
A+D	157
B+C	1105
B+D	2459
C+D	3279
A+B+C	38
A+B+D	57
A+C+D	10
B+C+D	219
A+B+C+D	6

Desta, efetuada a 10 de Março de 2016, resultaram 6 artigos que foram restringidos a 3 pelos critérios de exclusão e inclusão atribuídos anteriormente.

- "Childhood obesity and parental perceptions in a rural Australian population: a pilot study" (artigo original e quadro de análise em anexo X)
- "Parental perception of child weight: a concept analysis" (artigo original e quadro de análise em anexo XI)
- "Parents' perceptions and attitudes on childhood obesity: a q-methodology study" (artigo original e quadro de análise em anexo XII)

3.3 ANÁLISE REFLEXIVA

Após a leitura e síntese dos artigos selecionados, a mestranda procedeu ao resumo das ideias principais destes, construindo três quadros disponíveis em ANEXO VII, VIII e IX. Posteriormente, procedeu à análise reflexiva dessa informação científica encontrada nas bases de dados, articulando-a com a prática dos cuidados, utilizando assim a evidência científica no sentido de mudança e melhoria dos cuidados de Enfermagem.

É de salientar que nos 3 artigos se reforça a ideia da importância do envolvimento dos pais como garantia para uma melhor prestação de cuidados à criança obesa, o que está de acordo com a conceitualização realizada. Spargo e Mellis (2013: 133) referem-no mesmo textualmente na seguinte adaptação: "o envolvimento dos pais ajuda as crianças a perder peso"; Akhtar-Danesh *et al.* (2011: 73) referem que "Se os pais não percebem os seus filhos como crianças com sobrepeso, nenhuma intervenção ocorrerá".

Evidencia-se, igualmente, a percepção inadequada por parte dos pais da criança com excesso de peso ou obesidade. Spargo e Mellis (2013) concluíram no seu estudo que 89% dos pais das crianças com excesso de peso/obesidade subestimaram a categoria do peso dos seus filhos. Referem ainda que os pais podem não entender o que significa “excesso de peso”; Marenó (2013) concluiu que a percepção parental do peso da criança tem uma definição muito abrangente formulada pelo reconhecimento do tamanho do corpo, aparência física, habilidades funcionais, psicossociais e efeitos do peso inadequado para a saúde.

Como resolução a esta percepção inadequada Spargo e Mellis (2013) evidenciam que “compreender as razões porque os pais não são capazes de categorizar o peso dos filhos é crucial para a resolução do problema”; Akhtar-Danesh *et al.* (2011: 72) perfilham igualmente que “reconhecer as causas da obesidade infantil pode ser o ponto de partida para o olhar dos pais para a obesidade”.

Tal como evidenciado pela mestrandia na concetualização da temática, as crenças e valores parentais são algumas das razões e causas da percepção parental inadequada do status de peso da criança. Marenó (2013: 40) refere que “o processo dinâmico do reconhecimento parental do peso da criança é precedido por valores e crenças”. E ainda que uma das causas precedentes que influenciam a percepção parental são crenças parentais e valores anteriormente adotados, tais como o “apetite reforçado” como sinal de peso adequado ou o excesso de peso aceitável e descrito como “ossos grandes” ou “forte. Akhtar-Danesh *et al.* (2011) também referem que os pais podem proporcionar a maior influência de crenças de saúde e comportamentos nas crianças.

Estas crenças coadunam-se com as anteriormente percebidas pela mestrandia nos contextos de estágio e na prática de cuidados diária na sua vida profissional, dando ideia de que elas estão presentes de forma idêntica não só no nosso país.

Spargo e Mellis (2013) referem como outras causas, para além das crenças, que os pais evitam rotular os filhos por estigmatização associada ao excesso de peso.

Marenó (2013) invoca também outras causas para além das crenças: o fatalismo (em que o peso é predestinado pela genética da família e não adianta contrariar), a normalização da sociedade do excesso de peso (pelo grande número de crianças com sobrepeso numa determinada sociedade, este é visto como normal), o status de peso parental (o excesso de peso parental faz desvalorizar o peso da criança) e o estado de saúde mental dos pais (onde a depressão dos pais tem sido vista como fator de desvalorização do peso dos filhos).

Akhtar-Danesh *et al.* (2011) apoiam este mesmo juízo de que os pais têm diferentes focos denexo/causalidade na obesidade.

No que concerne a intervenções que poderão promover percepções parentais adequadas na obesidade infantil, e que dará resposta à pergunta PI[C]OD formulada pela mestrandia, destacam-se os seguintes aspetos:

- Spargo e Mellis (2013) referem que compreender as definições dos pais de uma criança com excesso de peso é um passo importante na gestão do crescente problema da obesidade infantil, sendo que se os pais não reconhecerem com precisão o problema de peso do seu filho, é improvável que contribuam para

modificar fatores de risco de obesidade infantil. Sugerem para tal pesquisas qualitativas que podem ser úteis para compreender melhor a razão para a discrepância entre o peso real e a percepção do peso por parte dos pais;

- Mareno (2013: 42) conclui que “os profissionais devem começar com perguntas abertas que explorem a compreensão dos pais sobre o peso da criança, pontos de vista com base sociocultural sobre o peso corporal ideal da criança e abordar as preocupações dos pais” sendo que o resultado do reconhecimento do status de peso da criança gera maior motivação para fazer mudanças no estilo de vida familiar;
- Akhtar-Danesh *et al.* (2011: 73) defendem que os “profissionais de enfermagem (...) são capazes de educar os pais e sensibilizá-los sobre as causas e consequências da obesidade infantil. Eles são capazes de (...) enfatizar aos pais a “sub-avaliação de sobrepeso e obesidade em seus próprios filhos”.

Numa primeira análise aos resultados, salienta-se a importância de perceber as razões dos pais para a percepção inadequada do peso da criança. Estas razões são muitas vezes crenças e valores anteriormente adotados pela sociedade.

Face às conclusões apresentadas nos artigos, e expostas anteriormente, parece importante de enfatizar, a importância da aplicação de estudos qualitativos e perguntas abertas que permitam perceber as definições dos pais e causas para as percepções inadequadas acerca do peso da criança, assim como a consciencialização por parte dos pais dessas mesmas percepções.

A presente conclusão está de acordo com as permissas do Modelo de Crenças em Saúde pelo fato de este defender que só através do conhecimento das crenças na saúde percebidas pela família se poderão desenvolver intervenções adequadas às suas necessidades e para que a mudança comportamental seja bem-sucedida.

A importância da consciencialização por parte dos pais sobre o peso da criança dará igualmente destaque à auto-eficácia da intervenção (conceito importante no referido modelo de promoção da saúde), sendo que esta, quando estabelecida na comunidade, pode ser transformada em ações de capacitação e práticas para combater a obesidade infantil de forma mais eficaz.

Mobilizar a PBE nos cuidados de enfermagem à criança com obesidade contribui assim, para uma intervenção eficaz.

4 – CONCLUSÃO

Este relatório possibilitou efectuar uma análise crítica do desempenho e do desenvolvimento das competências durante o processo de aprendizagem, assim como, refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, permitindo uma ascensão ao nível do pensamento reflexivo e auto-critico, relativo ao percurso pessoal e profissional da mestranda. Facultou ainda a descrição do trabalho desenvolvido, a exposição das actividades exploradas para chegar às conclusões expostas nas respectivas reflexões.

A mestranda considerou as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e no domínio das aprendizagens profissionais adquiridas *à priori* pela sua experiência profissional, estando presentes em todos os cuidados prestados por ela.

Transcrever para o papel tudo o que foi realizado, através de uma análise cuidada é uma árdua tarefa, mesmo assim a mestranda teve consciência do esforço que foi feito para tornar este relatório uma realidade, tentando não omitir nenhum fato que tenha sido importante para a sua concretização.

Este relatório é o espelho da reflexão contínua sobre o que a mestranda desenvolveu, as experiências significativas, as dificuldades sentidas e as estratégias que foram utilizadas por ela.

O desenrolar deste estágio proporcionou excelentes experiências e desafios neste mundo que é a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, motivando continuamente para a busca por conhecimentos mais aprofundados.

A mestranda considera que aprendeu e evoluiu muito como profissional e como pessoa, mas este é apenas mais um passo que foi dado no percurso formativo e no decorrer da vida profissional, pois o ser humano procura sempre a evolução e a formação é sempre uma porta que fica aberta. Este estágio contribuiu de forma crucial para o desenvolvimento sustentado do processo de aprendizagem, para que fique repleto de formação e saberes, não só a nível científico ou prático, mas fundamentalmente a nível pessoal tendo em vista a excelência, qualidade e humanização na prestação de cuidados.

A nível pessoal é de salientar a progressão na forma de pensar e olhar para si mesmo, no domínio da escrita e da reflexão, permitindo um momento de transformação pessoal e profissional, com a colaboração da equipa de enfermagem e mais concretamente com as Enf.^a Cooperantes, foi possível aprofundar os conhecimentos teóricos, desenvolver competências na prestação de cuidados mais específicos em pediatria, elaborar estratégias de intervenção direccionadas para a prevenção das doenças e promoção da saúde.

De referir também o conjunto de saberes adquiridos no âmbito dos PQCE, nomeadamente nos cuidados especializados em ESCJ, ficando presente a visão de:

“Que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de Enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (OE, 2013, p: 10)”

Dentro da temática de aposta pessoal, foi evidente a dificuldade na aceitação da importância desta em alguns contextos. O foco de atenção primordial é a patologia que levou ao internamento ou à ida à urgência e, nem sempre, a obesidade. Esta é vista, muitas vezes, pelo enfermeiro que trabalha em contexto hospitalar, como algo acomodado e de difícil resolução. É certo que não é num curto período de internamento ou numa ida ao serviço de urgência que ele se resolverá, mas a promoção de hábitos saudáveis, o encaminhamento para serviços adequados (nomeadamente a referenciação para o centro de saúde da área de residência) e até a simples referência ao excesso de peso/obesidade daquela criança/jovem com vista a uma consciencialização do problema, poderá alterar comportamentos ou promover a reflexão da criança/jovem e família.

Considerou-se de extrema importância a aquisição de competências reflexivas e de pesquisa eletrónica em bases de dados, sendo estas, na opinião da mestranda, fundamentais para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem baseada na evidência.

De salientar que, a aplicação desta metodologia, requer alguma aprendizagem e algum ensaio, tendo em conta a barreira linguística na pesquisa de bases de dados, no sentido da utilização de palavras-chave, talvez por não seguir a simples tradução destes, mas uma adequada contextualização ao tema em pesquisa.

A mestranda concluiu, após a pesquisa nas bases de dados, que os estudos encontrados na esfera da obesidade infantil têm como foco, na sua grande maioria, a criança e a promoção da alimentação saudável e da atividade física na prevenção do excesso de peso. Este fato, aponta para a necessidade de mais estudos que tenham como foco os pais e a integração constante destes no processo de melhoria contínua da saúde da criança.

Este trabalho revelou-se um grande desafio pelo carácter inovador desta metodologia, possibilitando desenvolver competências específicas no âmbito da metodologia PI[C]OD. O desenvolvimento pessoal e profissional foi enriquecido, reforçando-se a pertinência deste tipo de processo de ensino-aprendizagem.

Ao finalizar este relatório de estágio, a mestranda pensa ter conseguido transmitir os aspectos principais no seu decurso e ter atingido os objetivos iniciais do projeto.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, António F. S. (2010). A Efetividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. Revista investigação em enfermagem, Fevereiro.
- Almeida, F. A., & Sabatés, A. L. (2008). Enfermagem pediátrica – A Criança, o Adolescente e sua Família no Hospital. Brasil: Editora Manole.
- Aparício, G.; Cunha, M.; Pereira, A. (2011). Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré-escolares. Millenium, 40. Obtido a 23 de Fevereiro de 2016 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/8.pdf>
- Bolander, V. (1998). Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica (1ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Breda, João (2012). Parecer sobre a Obesidade Infanto-Juvenil. Obtido a 10 de Dezembro de 2014, em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=388&menuid=196&exmenuid=165>
- Camargo, A. M. (2013). A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. Ciência & Saúde Coletiva. Vol.18. Obtido em 23 de Fevereiro de 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/04.pdf>
- CIE (2012). O CIE face à Obesidade: Criação da consciencialização pública de uma doença sócio-ambiental. Obido a 02 de Fevereiro de 2015, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_PT/OCIEfaceObesidade.pdf
- CIPE. (2003). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão Beta . 2ª Edição. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.
- Couto, A. J. (1998). O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. Obtido em 5 de julho de 2014, de Revista Referência: http://www.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=70&pesquisa=
- Ferreira, R., Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade dos cuidados. Revista da escola de enfermagem. Acedido a 15 de Março de 2016 <http://www.ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/112/88>
- Fiamengui, JR, Messa A. (2007). Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. Psicologia Ciência e Profissão. 27(2):236-45. Acedido a 7 Maio de 2014 <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n2/v27n2a06.pdf>
- Guerra A., et al. (2012). Acta Pediátrica sobre alimentação e nutrição do lactente. Comissão de Nutrição da SPP. Obtido em 8 de Dezembro de 2014, em http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/34/20121029190143_SupIII_Acta%20Pediat_Vol43_N5.pdf

- Irvine, D. et al. (1998). Finding Value in Nursing Care: A framework for quality: A framework for quality improvement and clinical evaluation. Artigo científico. Nursing Economics. Obtido a 22 de Julho de 2014 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9748972>
- Macedo, L.; Festas, C.; Vieira, M. (2012). Percepções parentais sobre estado nutricional, imagem corporal e saúde em crianças com idade escolar. Artigo Científico. Revista de Enfermagem Referência, III Série N°6. Obtido a 22 de Março de 2015 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a18.pdf>
- Mello, E. et al. (2004). Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes. Artigo de Revisão. Jornal de Pediatria. SBP; Obtido a 22 de Março de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04>
- Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice. New York: Springer Publishing Company;
- Monticelli, M. et al. (2012). Aplicações da teoria transcultural na prática de enfermagem a partir de dissertações de mestrado. Artigo Científico Contexto Enferm, Florianópolis, Abr-Jun; 19(2): 220-8. Obtido a 11 de Fevereiro de 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/02.pdf>
- Nightingale, F. (1989). Notas sobre Enfermagem. Loures, Lusociência, Edição em Português 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2004). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. nº13 (suplemento) obtido a 20 de Julho em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_13_Julho_2004_Suplemento.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos. Série I, nº 3. Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPraticaSaudeInfantil_Pediatica_volume1.pdf. p. 69-70
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro Especialista. Obtido em 9 de Dezembro de 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem. Obtido em 9 de Dezembro de 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2013). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem – Estratégias não farmacológicas no alívio da dor da criança. Cadernos OE. Série I, nº 6. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2013). Regulamentos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016. 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. Obtido a 20 de Junho de 2015 em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf
- PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE. (2013). A Obesidade Infantil em Portugal – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Obtido em 16 de Dezembro de 2014, em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=191&menuid=195&exmenu=165>
- PROGRAMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE (2009) – Departamento de Qualidade em Saúde, obtido a 20 de Junho de 2015 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdepartamento-da-qualidade-na-saude%2Fdocumentos%2Fprograma-nacional-de-acreditacao-em-saude-pdf.aspx&ei=52KVbz_AsmksAGUnreQAQ&usg=AFQjCNFMc7SKVHPh87WgMkHNpQC0UmFx1Q&sig2=GEgW4SX6d8Bk1UV-HwGa8g&bvm=bv.96339352,d.bGg
- Rosa, M. e Gaíva, M. 2009 - Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido – Rev.Rene. Fortaleza, V.10.nº1 p.159-165, aceso a 12 de julho de 2014 em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/465>
- Sidani S., Irvine D. (1999) Journal of Advanced Nursing 30(1) - A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. Aceso a 18 Janeiro de 2016 http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.01049.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
- Sousa, C. A. M. (2010). O papel da mudança comportamental no tratamento da Obesidade. Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Obtido a 9 de Dezembro de 2015 em https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54730/3/138306_1026TCD26.pdf
- Tenório, A.; Cobayashi, F. (2011). Obesidade Infantil na percepção dos pais. Revista Paulista de Pediatria, vol. 29. Obtido a 23 de Fevereiro de 2016 em <http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038939025.pdf>

ANEXOS

ANEXO I
PROJETO DE ESTÁGIO II



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém



2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

**PROJETO DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO
JOVEM II**

Mestranda: Catarina Escudeiro
Orientadora: Professora Regina Ferreira

Santarém, Fevereiro, 2015

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da criança e do jovem
UC – Estágio de enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e
Relatório

**PROJETO DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO
JOVEM II**

Mestranda: Catarina Escudeiro, nº130435004

Orientadora: Professora Regina Ferreira

Santarém, Fevereiro, 2015

LISTA DE ABREVIATURAS

APCOI – Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil

CMESCJ – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EDIN – Echelle de Douleur et D'inconfort du Nouveau Né

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Da Criança e do Jovem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

UCEN – Unidade Cuidados Especiais Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	5
<u>1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO</u>	7
<u>2 – OBJETIVOS DE ESTÁGIO</u>	8
2.1 OBJETIVOS GERAIS	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
<u>3 – JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA - OBESIDADE INFANTIL</u>	9
<u>4 – CONCLUSÃO</u>	12
<u>5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	14
ANEXOS	
<u>ANEXO I - PLANO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</u>	17

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e relatório, do 3º semestre do CMESCJ, foi solicitada a elaboração de um projeto de estágio que explicitasse os objetivos a atingir.

Dado que estes objetivos passam pela aquisição de competências não só específicas, mas também comuns, é importante ter em conta que

“Todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns – a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.” (OE (2011), p: 8648).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) o enfermeiro especialista define-se por ser um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem. Ele tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção específico.

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade (...)) para promover o mais elevado estado de Saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (OE (2011), p: 8654).

A execução do projeto exige o desenvolvimento de um pensamento racional e sistemático no solucionar de problemas e necessidades encontradas durante o estágio nos diferentes contextos. Assenta também num processo refletido e contínuo, considerando à partida os recursos e limitações existentes ao longo do desenvolvimento das atividades projetadas.

Pretende-se com este projeto ampliar aptidões que permitam desenvolver competências comuns e específicas para a prática de Enfermagem enquanto futura especialista de Saúde da Criança e Jovem, integrando a equipa de saúde, na prestação de cuidados de Enfermagem de

qualidade à criança/jovem e família nos diferentes níveis de prevenção e promoção da Saúde, utilizando uma metodologia científica.

Como tal, este projecto tem como objectivos:

- Apresentar os objetivos e actividades a realizar durante o estágio;
- Estabelecer uma linha orientadora do estágio para atingir os objetivos propostos;
- Facilitar a elaboração do relatório de estágio;
- Contribuir para a avaliação deste estágio.

O corpo do trabalho é constituído por quatro capítulos. No primeiro é feita a contextualização do estágio, contemplando os diferentes contextos, seguindo-se o capítulo onde se formulam os objetivos gerais e específicos deste.

Numa atitude reflexiva, é apresentada no terceiro capítulo a justificação da temática de interesse pessoal, terminando-se com uma breve conclusão.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O período de ensino clínico, integrado no 3º semestre do CMESCJ decorre de 16 de Fevereiro de 2015 a 3 Julho de 2015, num total de 18 semanas desenvolvidas em diferentes contextos:

5 semanas na Neonatologia

6 semanas na Pediatria

4 semanas na Urgência Pediátrica

3 semanas de atividades na escola/relatório

Durante o estágio ocorrerá a pausa letiva de Carnaval (16 e 17 Fevereiro) e Páscoa (30 de Março a 10 de Abril).

Para além da mobilização de conhecimentos no âmbito das metodologias de investigação, formação e gestão, pretende-se prestar cuidados especializados e individualizados à criança/jovem e família, ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, de forma integrada e articulada com a equipa de saúde multidisciplinar dos diferentes contextos onde decorre o estágio, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem.

Para além da intervenção direta com a criança/jovem e família, pretende-se intervir ao nível da formação de pares, com vista à sensibilização destes para a problemática da obesidade e a importância da prevenção, deteção precoce, encaminhamento, como temática de interesse pessoal.

2 – OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Por forma a responder aos objetivos programáticos da respetiva Unidade Curricular (Estágio de enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e relatório), bem como aos interesses pessoais e profissionais da mestranda, definimos os seguintes objetivos:

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional dos diferentes contextos onde decorre o estágio.
- Desenvolver competências específicas do EEESCJ no cuidar da criança/jovem e família.
- Desenvolver competências de enfermagem do domínio da melhoria contínua da qualidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Integrar a equipa de Saúde multidisciplinar do Serviço de Neonatologia e Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital dos contextos de estágio;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem em situações de saúde e/ou de risco;
- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Colaborar na obtenção da Acreditação do Serviço de Pediatria
- Prevenção da obesidade Infantil e Promoção de alimentação saudável;

De acordo com estes objetivos específicos, desenvolveu-se um plano de atividades para alcance dos mesmos, assim como um cronograma do estágio a decorrer, disponíveis em Anexo I

3 – JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA – OBESIDADE INFANTIL

Uma das linhas mestras do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) preconiza a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção.

O excesso de peso e a obesidade têm vindo a aumentar drasticamente em Portugal, afectando com especial relevo, cada vez mais crianças e adolescentes. O país encontra-se numa das posições mais desfavoráveis do cenário europeu, apresentando mais de metade da população com excesso de peso e sendo um dos países do espaço da Europa em que é maior a prevalência de obesidade infantil, já que 30% das crianças apresentam sobrepeso e mais de 10% são obesas (Plataforma contra a Obesidade, 2013).

A mesma entidade, refere que Portugal era um dos poucos países Europeus que não dispunha de um programa nacional de alimentação, ou seja, um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos tendo como objetivo a melhoria do estado nutricional e saúde da população.

Hoje em dia sabe-se que a obesidade pode ser destacada como uma doença multifatorial, em que acontece uma interação entre os aspetos genéticos, ambientais, influências socioeconómicas e alterações endócrinas e metabólicas. (Amaral *et al*, 2006).

Segundo a APCOI (2010-2014), a obesidade infantil está também associada ao desenvolvimento de doenças graves. Uma criança obesa está em risco de vir a sofrer de sérios problemas de saúde durante a sua adolescência e na idade adulta. Tem maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, asma, doenças do fígado, apneia do sono e vários tipos de cancro. De acordo com a OMS, a obesidade é a segunda principal causa de morte no mundo que se pode prevenir, a seguir ao tabaco.

“As crianças obesas enfrentam ainda graves problemas sociais e psicológicos, estando mais sujeitas a ataques de bullying e outros tipos de discriminação. O que poderá provocar consequências directas na sua autoestima e a quebra no seu rendimento escolar. Se não receberem apoio especializado poderão sofrer ainda de depressão ou outras doenças do foro psicológico quando atingirem a idade adulta” (APCOI, 2010-2014).

Numa revisão da literatura (Amaral *et al*, 2013), menciona-se que as atividades

de enfermagem não devem ser baseadas apenas no modelo biomédico, e deve dar-se a máxima importância à comunicação verbal com o doente e família, às orientações quanto à alimentação correta, à atividade física e à importância do apoio da família durante o processo de tratamento diário.

“A modernidade trouxe o sedentarismo (...). As horas disponíveis para a prática de exercício físico são utilizadas em frente à televisão com programas que induzem o consumo de alimentos rápidos e calóricos, de pouco valor nutritivo (...), além dos jogos eletrónicos que se associam a este ganho de peso”. Wong (1999, citado por Silva *et al* (2008), p: 69).

Vários fatores também influenciam o comportamento alimentar, entre eles fatores externos tais como as características da família, atitudes dos pais e amigos, valores sociais e culturais e fácil acesso a *fast food*; e fatores internos como preferências alimentares, imagem corporal inadequada, necessidades e características psicológicas (Mello *et al*, 2004).

Na infância, intervir na obesidade pode ser ainda mais difícil que na fase adulta, pois esta “está relacionada a mudanças de hábitos e disponibilidade dos pais, além de uma falta de entendimento da criança quanto aos danos da obesidade” (Mello *et al* (2004), p: 173).

O mesmo autor salienta que a criança segue os padrões paternos em termos alimentares e de estilo de vida, o que remete ao insucesso de qualquer tratamento se estes não forem modificados em conjunto com os pais.

A participação dos pais no processo de acompanhamento e intervenção de enfermagem à criança com problemas de obesidade é, assim, de fundamental importância “na busca por uma vida saudável, pois se os seus filhos são incentivados pelos pais haverá maior vontade de alcançar o objetivo dentro da prevenção ou tratamento.” (Silva *et al* (2008), p: 74).

Silva e Polubriaginof (2012) referem que, quanto às intervenções de enfermagem pertinentes, é muito importante ressaltar a importância da enfermagem na prevenção da obesidade infantil. O enfermeiro deve iniciar a sua intervenção tendo um bom conhecimento sobre aleitamento materno, para proporcionar a segurança, conhecimento e perseverança das mães, para que haja também continuidade na alimentação correta do seu filho de acordo com seu desenvolvimento. Ele, deve ainda

“acompanhar a criança em todas as fases da vida, observando seu crescimento e desenvolvimento para detectar precocemente riscos para a obesidade e sobrepeso. Deve haver uma interação entre as equipes de saúde para que assistência seja dada de forma efetiva e contínua, uma vez que para cuidar da criança precisa-se também cuidar da família, pois é preciso conscientizar as pessoas sobre a importância da mudança dos hábitos de vida e hábitos alimentares, devido e os problemas de saúde gerados pela obesidade”. (Silva e Polubriaginof (2012), p: 116).

A OMS identificou o combate à obesidade como uma das áreas prioritárias em Saúde Pública e, por conseguinte, a ação sobre os seus determinantes (Breda, 2013).

O mesmo autor refere que a intervenção sobre os comportamentos alimentares e particularmente a abordagem do excesso de peso, sobretudo entre as crianças e jovens é uma urgência de saúde pública, pelo que as iniciativas se devem enquadrar e articular com o Plano Nacional de Saúde e com os objetivos do programa de abordagem integrada sobre os determinantes da saúde ligados ao estilo-de-vida.

A evidência científica indica-nos que para atingir metas e objetivos, devem ser desenvolvidas, entre outras, estratégias ao nível dos Serviços de Saúde, tais como, tornar os profissionais de saúde mais capazes de identificar e de lidar com os problemas de saúde ligados com a alimentação (Buss, 2000), tornando assim sistemática a deteção de indivíduos com problemas de excesso de peso e obesidade.

Perante tais constatações e com vista a melhorar a qualificação e o modo de atuação dos enfermeiros que, pela sua atividade, podem influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos junto da criança/jovem e junto dos pais, objetivo contribuir para a formação da equipa multidisciplinar dos diferentes contextos do estágio, na área da prevenção da obesidade e promoção da alimentação saudável.

4 – CONCLUSÃO

Planear um projeto implica decidir o que fazer, quando, como e quem deverá fazer. Assentam na definição de objetivos, atividades a desenvolver, selecção dos meios que irão tornar exequíveis os objetivos e por fim avaliar o trabalho realizado.

A elaboração do presente projeto de estágio constitui-se um guia orientador e de suporte na aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências de âmbito pessoal e profissional, quer ao nível das competências comuns do Enfermeiro Especialista, quer ao nível da especificidade da Saúde Infantil e do Jovem.

Pretende-se que este projeto seja dinâmico e flexível, e passível de ser alterado ou melhorado ao longo do estágio, na medida em que deverá adaptar-se às condições existentes nas instituições e aos elementos a envolver para a sua realização, no entanto, as alterações ao seu planeamento serão sempre negociadas com os elementos responsáveis no local de estágio. Com a elaboração do presente trabalho, espero ter conseguido um projeto exequível e que, possa de alguma forma, beneficiar todos aqueles que direta ou indiretamente venham a ser abrangidos por ele.

Tendo como base as áreas de atuação particular do EEESCJ, nomeadamente a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, a orientação antecipatória às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem estar da criança (Ordem dos enfermeiros, 2011), dei especial relevância à assistência à criança/jovem e família na maximização da sua Saúde, nomeadamente na promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade.

Mantendo a linha orientadora da obesidade infantil como temática de interesse pessoal, após a relevância de aprendizagens no estágio I desenvolvido em cuidados de Saúde Primários na USF Nazareth mais centrado na promoção da alimentação saudável com vista à prevenção da obesidade, sendo que no presente estágio se pretende um maior enfoque na vertente de formação de pares e intervenção junto dos pais, dando primordial importância à inclusão destes no processo de adesão da criança/jovem ao tratamento, assim como a importância da mudança de hábitos alimentares e de ideias pré-concebidas muitas vezes adquiridas por fatores culturais.

Espero alcançar, sobretudo, uma melhor prestação dos cuidados de enfermagem especializados. Para tal, será necessário que a integração na equipa de Saúde Infanto/Juvenil seja

desenvolvida com sucesso, harmoniosamente de modo a evitar a perturbação do normal funcionamento da valência.

Ao finalizar este projecto de estágio, penso ter conseguido transmitir os aspectos principais do seu planeamento e ter atingido os objetivos iniciais deste projeto.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, É. *et al.* (2013). Obesidade na adolescência: Assistência de enfermagem na prevenção e combate. Revisão da literatura. Saúde Pública. Campus Goiânia Flamboyant. Obtido a 28 de Fevereiro de 2015, em <http://www.webartigos.com/artigos/enfermagem-na-prevencao-da-obesidade-na-adolescencia/127409/>
- APCOI (2010-2014). Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil. Obtido a 10 de Dezembro de 2014 em <http://www.apcoi.pt/obesidade-infantil/>
- Breda, João (2013). Parecer sobre a Obesidade Infanto-Juvenil. Obtido a 10 de Dezembro de 2014, em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=388&menuid=196&exmenuid=165>
- Buss, P.M. (2000). Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, obtido a 12 de Dezembro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (versão resumo). Obtido a 8 de Dezembro de 2014, de Direção Geral de Saúde: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- Mello, E. D; Luft, V. C.; Meyer, Flavia (2004). Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes?. Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. Obtido a 28 de Fevereiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro Especialista*. Obtido em 9 de Dezembro de 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem*. Obtido em 9 de Dezembro de 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf
- PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE. (2013). A Obesidade Infantil em Portugal – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Obtido em 16 de Dezembro de 2014, em

<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=191&menuid=195&exmenu=165>

Silva, K.; Costa, M.C.; Pinto, N. M. (2008). Assistência de enfermagem à criança obesa: Um estudo de caso. Revista Enfermagem Integrada. Ipatinga: Unileste- MG- V.1-N.1-Nov. /Dez. Obtido a 5 de Março de 2015 em http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/karolina_silva_maria_costa_neila_pinto.pdf

ANEXOS

ANEXO I
PLANO DE ATIVIDADES E CRONOGRAMA

PLANO DE ATIVIDADES

MESTRANDA – Catarina Escudeiro

LOCAL – Neonatologia; Pediatria e Urgência Pediátrica

OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	CRONOGRAMA	JUSTIFICAÇÃO (Baseada no Regulamento de competências do Enf ^o Especialista)
1. Integrar a equipa de Saúde multidisciplinar do Serviço de Neonatologia e Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica dos contextos de estágio	Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica <ul style="list-style-type: none">- Apresentação da estrutura física e orgânica dos diferentes contextos- Basear a prática de enfermagem no regulamento interno e métodos de organização dos diferentes contextos- Integrar as normas e protocolos em vigor nos diferentes contextos- Entrevista informal à Sr^a Enf^a Cooperante com intuito de perceber a forma de articulação hospitalar com outras entidades de Saúde- Trabalhar em parceria com a equipa multidisciplinar no sentido da perceção da estrutura de recursos humanos e materiais e do suporte informático e/ou de registos de enfermagem- Colaborar e integrar a equipa de enfermagem ao nível da prestação de cuidados à criança/jovem e família, desenvolvendo intervenções autónomas, dependentes e interdependentes de enfermagem- Elaborar um projeto tendo em conta as competências do EEESCJ e as áreas de interesse, motivação e necessidades pessoais de formação- Validação do projeto de estágio com Enf^a cooperante e Enf^a orientadora	1 ^a -2 ^a semanas de estágio em cada contexto	<ul style="list-style-type: none">- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica- Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional dos diferentes contextos hospitalares de modo a integrar a equipa de saúde multidisciplinar

OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER		JUSTIFICAÇÃO (Baseada no Regulamento de competências do Enfº Especialista)
<p>2. Prestar cuidados de enfermagem especializados, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem em situações de saúde e/ou de risco</p>	<p>Neonatologia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da mestrandia - Prestar cuidados ao recém-nascido e/ou prematuro e família durante o internamento, promovendo o crescimento e desenvolvimento Infantil desde a admissão na unidade até à alta e/ou transferência. - Avaliação dos reflexos do recém-nascido - Intervir com base na redução dos stressores do prematuro, nomeadamente ambiente físico, luz, ruído, posicionamento, toque, procedimentos dolorosos e manipulação inadequada. - Avaliar o desenvolvimento da parentalidade e envolver os pais na prestação de cuidados ao RN, promovendo a parentalidade positiva. - Identificar as competências do RN - Promover a vinculação de forma sistemática - Promover a amamentação, percebendo as necessidades de aprendizagem de cada mãe - Cooperar com equipa de enfermagem no cuidar do prematuro - Avaliar a idade gestacional através de escalas de avaliação - Vacinação ao RN de acordo com PNV e respetivo registo, tendo em conta as normas da DGS no que diz respeito à prematuridade e DST - Registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas do RN e família 	<p>Ao longo do estágio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem - Promove o crescimento e desenvolvimento infantil - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente e com necessidades especiais - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura - Promover a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde

	<p>Pediatria</p> <ul style="list-style-type: none">- Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da mestranda- Acolhimento à criança/jovem e família em internamento de Pediatria- Avaliar e diagnosticar problemas/necessidades da criança/jovem e família durante o internamento, promovendo o crescimento e desenvolvimento Infantil desde a admissão até à alta.- Planear, executar, e avaliar cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis- Avaliar o desenvolvimento da parentalidade e envolver os pais na prestação de cuidados à criança, promovendo a parentalidade positiva.- Promover a amamentação- Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem- Comunicar com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura- Registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da criança/jovem e família- Educação para a saúde à criança/jovem e família de acordo com o motivo de internamento, tendo em conta a importância das orientações antecipatórias para a maximização da saúde- Colaborar com o EEESCJ na prestação de funções de coordenação, nomeadamente na gestão de recursos humanos e recursos materiais	Abril-Maio	
--	---	------------	--

	<p>Urgência Pediátrica</p> <ul style="list-style-type: none">- Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da mestranda- Realizar triagem de acordo com o protocolo do serviço, avaliando as queixas e presença de sinais e sintomas para determinar os cuidados, estabelecendo prioridades de atendimento- Avaliar e diagnosticar problemas/necessidades da criança/jovem e família durante o episódio de urgência/internamento de curta duração.- Planejar, executar, e avaliar cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis- Envolver os pais/família no planeamento e na prestação de cuidados e avaliação, integrando um processo educativo que promova o auto-cuidado- Comunicar com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura- Registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da criança/jovem e família- Educação para a saúde à criança/jovem e família de acordo com as necessidades detetadas no episódio de urgência, tendo em conta a importância das orientações antecipatórias para a maximização da saúde	Maio- Junho	
--	---	-------------	--

	<p>familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a rede de recursos comunitários de suporte à criança e família com necessidades de saúde especiais e a rede de referência da instituição à Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), na área de influência do contexto - Colaborar no encaminhamento da criança/jovem e família que necessitem de cuidados de outros profissionais - Identificar situações de risco para a criança e jovem <p>Urgência Pediátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a participação da família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar - Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem - Proporcionar conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais, através de ensinamentos de educação para a Saúde à criança/jovem e família de acordo com a pertinência e as necessidades demonstradas - Avaliar os conhecimentos da criança/jovem e família relativamente à saúde assim como a estrutura e contexto familiar - Colaborar no encaminhamento da criança/jovem e família que necessitem de cuidados de outros profissionais, assim como na transferência inter-hospitalar de situações que assim o exigem - Identificar situações de risco para a criança e jovem 	<p>Maio-Junho</p>	
--	---	-------------------	--

	<p>Urgência Pediátrica</p> <ul style="list-style-type: none">- Reconhecer, identificar e intervir nos focos de instabilidade hemodinâmica da criança/jovem- Desenvolver conhecimentos e cooperar com a equipa multidisciplinar no cuidar da criança/jovem em situação de risco de vida/emergência- Avaliação sistemática da dor segundo protocolo do serviço- Capacitar os pais no âmbito das estratégias de alívio da dor	Maio-Junho	
--	--	------------	--

OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER		JUSTIFICAÇÃO (Baseada no Regulamento de competências do Enfº Especialista)
<p>5. Colaborar na obtenção da Acreditação do Serviço de Pediatria</p>	<p>Pediatria e Urgência Pediátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista informal à Srª Enfª Cooperante com intuito de compreender as necessidades do serviço, dentro dos critérios para obtenção da Acreditação do Serviço de Pediatria - Planificação de sessão dentro dos critérios da atribuição da Acreditação da Idoneidade Formativa - Convite formal aos profissionais - Sessão de apresentação de trabalho no âmbito dos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem - Avaliação da sessão através de questionário 	<p>Abril</p> <p>Maio</p> <p>Junho</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; - Elabora guias orientadores de boas práticas;

	<p>ao tratamento, assim como a importância da mudança de hábitos alimentares e de ideias pré-concebidas adquiridas por fatores culturais, se possível</p> <ul style="list-style-type: none">- Entrevista informal à Srª Enfª Cooperante com intuito de compreender a rede de referência da criança/jovem com problemas de obesidade da instituição- Elaboração de trabalho escrito com vista à futura parametrização em suporte informático do Foco Obesidade. <p>Urgência Pediátrica</p> <ul style="list-style-type: none">- Validar a pertinência da temática com a Sra Enfª Cooperante- Entrevista informal à Srª Enfª Cooperante com intuito de compreender a rede de referência de obesidade Infantil da instituição- Identificação e referência precoce de situações de crianças com problemas de obesidade	Maio-Junho	
--	---	------------	--

ANEXO II

PLANIFICAÇÃO DA ATIVIDADE “ESTUDO DE CASO”

Plano de Sessão

Reunião para apresentação de estudo de caso

Serviço de Pediatria

Oradores	População Alvo	Data, Duração e Localização
Enfermeira: Catarina Escudeiro Marisa Campos Serra Mestrandas em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem da ESS do IPSantarém	Equipa de Enfermagem do serviço de Pediatria	18-06-2015 – 14h30- 1 hora Sala de reuniões do serviço de Pediatria

Informações Gerais

Descrição

Sessão pelo método expositivo, interativo de forma a promover momentos de partilha de experiência e dúvidas sobre a atuação perante uma situação de suspeita de maus tratos.

Expectativas e Objetivos

Expetativas:

Mobilizar a metodologia de estudo de caso de forma a dar resposta aos pressupostos para a acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica perante os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (PQCE). Promover o debate sobre a problemática dos maus tratos e intervenção numa situação de internamento ao longo da apresentação.

Objetivos:

- Analisar de forma reflexiva uma situação real da prática dos cuidados de enfermagem;
- Refletir acerca da tomada de posição de enfermagem, à luz do enquadramento conceptual e enunciados descritivos do PQCE;
- Contribuir para a reflexão ética e deontológica como parte integrante da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Equacionar opções de melhoria dos cuidados de enfermagem, pela análise da prática;
- Sensibilizar para a problemática dos maus tratos.

Conteúdos:

Introdução (2 min): Apresentação. Referir os itens a abordar: Introdução pela justificação da metodologia de estudo de caso, apresentação dos objetivos e itens a abordar: descrição do caso, enquadramento conceptual, enunciados descritivos e reflexão em equipa.

Desenvolvimento (40 min): Relato do caso, identificação da idade da criança e motivo ao serviço de urgência e acompanhantes. Relato dos dados colhidos na avaliação inicial e internamento. Descrição do comportamento adotado durante o internamento pela criança e pais. Realizar o enquadramento conceptual dos PQCE pela análise dos conceitos: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem perante a criança. Apresentar resumidamente a legislação portuguesa necessária perante uma situação de risco/perigo de maus tratos. Apresentar o plano de cuidados de enfermagem delineado durante o internamento e intervenções autónomas. Perante os enunciados descritivos dos PQCE descrever as atitudes adotadas perante a criança do estudo de caso. Analisar o caso perante o despacho n.º 31292/2008 de 5 de dezembro.

Conclusão (18 min): Reflexão em grupo sobre a satisfação da criança em todo o processo de internamento e sobre a prática conducente à melhoria do desempenho de enfermagem perante uma situação de maus tratos e apresentação de sugestões. Mostrar à equipa o referido despacho ao grupo e sugestões e o guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção: “Maus tratos em Crianças e Jovens”.

Materiais Necessários:

Computador; projetor; apresentação em *power point*; legislação sobre o tema, canetas e folhas; Inquéritos de satisfação da sessão e folhas de presença.

Avaliação:

Esclarecimentos de dúvidas durante o debate sobre a problemática dos maus tratos, fornecer a toda a equipa o referido despacho n.º 31292 e o guia para todos conhecerem a forma de avaliação e intervenção recomendada pela legislação. Aplicação do inquérito de satisfação de sessão.

ANEXO III

APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT – “ESTUDO DE CASO – MAUS TRATOS”

ESTUDO DE CASO

AUTORES:

Enf^ª Anabela Dias
Mestranda Catarina Escudeiro
Enf^ª César Machado
Mestranda Marisa Campos



Serviço de Pediatria
Junho 2015

MAUS TRATOS

ÍNDICE

Introdução

1. Descrição do Caso
2. Enquadramento Concetual
3. Enunciados Descritivos
4. Reflexão

INTRODUÇÃO

• A Ordem dos Enfermeiros, no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em articulação com os critérios pressupostos para a Acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos da prática clínica, pressupõe que seja mobilizada nos serviços a metodologia de estudos de caso ao longo do ano.

• A Escolha do caso foi feita com base na importância da competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde da criança e do jovem de assistir a criança com a família na maximização da sua Saúde, diagnosticando precocemente e intervindo nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança.

OBJETIVOS

- Analisar de forma reflexiva uma situação real da prática dos cuidados de enfermagem
- Refletir acerca da tomada de posição de enfermagem, à luz do enquadramento concetual e enunciados descritivos do PQCE;
- Contribuir para a reflexão ética e deontológica como parte integrante da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Equacionar opções de melhoria dos cuidados de enfermagem, pela análise da prática.
- Sensibilização para a problemática de Maus Tratos.

DESCRIÇÃO DO CASO

- Criança de 5 anos internada no serviço de Pediatria no dia 29 de Abril de 2015 por situação de maus tratos.
- Recorreu ao SU na companhia de auxiliar da escola e 2 agentes da PSP após referenciação da escola à CPCJ.
- A auxiliar da escola que frequenta terá acompanhado a menina ao WC nessa manhã, detetando hematoma na coxa direita. Ao ser questionada sobre o assunto, a criança revelou ter sido agredida pelo pai.
- Observação médica no SU na presença de assistente social e da auxiliar da escola. A criança confirmou a agressão por parte do pai, não sabendo especificar se foi utilizado algum objeto. Como causa referiu o facto de querer ir para a cama do pai e ele não ter deixado.

- A mãe foi contactada pela escola com a informação de que “a menina tinha caído”. Chegou ao SU e foi informada da situação. Negou comportamentos agressivos quer da parte dela, quer do pai da criança.
- Pai comparece ao SU, relatando que se “chateou” de manhã com a “birra” da menina e que tinha uma fita de porta chave na mão e bateu-lhe “com pouca força”. Mostrou-se surpreendido quando lhe foi mostrada a lesão da coxa da criança. Prontificou-se a trazer a fita e referiu que nunca foi violento para a menina.
- Dado viver no mesmo local do agressor, procedeu-se ao internamento e fez-se relatório da situação para o DIAP para posterior avaliação por Medicina Legal.
- Fica acompanhada pela mãe, podendo ter visitas do pai sob supervisão.

AValiação Inicial

- Pais emigrantes do Brasil, há 5 anos a morar em Portugal, ambos operários fabris na mesma empresa. Criança nasceu no Brasil.
- Seguida no Centro de Saúde em Alenquer até há pouco tempo. PNV atualizado. Atualmente, com 1ª consulta marcada para Maio no Centro de Saúde de Torres Novas, onde mora. Sem suporte familiar ou de amigos. Avós paternos moram em Alcobaça.
- Criança frequenta pré-escolar, sem dificuldades escolares. Socialização adequada à idade.
- Apresenta lesão eritematosa com relevo e hematoma subjacente, com cerca de 3 cm de diâmetro, dura à palpação, no terço proximal da face lateral da coxa direita. Sem perda de integridade cutânea.
- Pai conta que a sua mãe era agressiva quando descompensada da ansiedade. Avós paternos, devido à religião (Evangelistas), não permitiam televisão, exercendo paternidade austera. Devido a esse facto, pai da menor refere que a sua filha tem televisão, brinquedos, mas com educação, impondo regras e limites.

DURANTE O INTERNAMENTO

- Menina calma, bem disposta. Pouco comunicativa com a equipa aparentemente por timidez.
- Por vezes com fâcias triste. Segundo a mãe, recusa-se a falar do “assunto” (mau trato físico) e verbaliza muito querer voltar para casa.
- Alimentação adequada à idade. Sem alteração dos hábitos de sono e repouso.
- Mãe sempre presente, desenvolvendo atividades lúdicas com a menina e participando nelas. Meiga e atenta às necessidades da filha.
- Pai efetuou visitas diárias à menina. Em todas as interações houve manifestações e afeto entre ambos.
- Observou-se também entre a família, comportamentos de carinho e atenção. Pais sempre calmos e colaboradores com os profissionais, cumprindo as orientações.



ENQUADRAMENTO CONCRETUAL

A SAÚDE DA CRIANÇA

- Saudável.
- Refere que não está doente e quer ir para casa com os seus pais.
- Dor zero.
- Estado emocional alterado com a intervenção dos profissionais ?

A PESSOA

- Criança sem irmãos, gosta de pintar e ver bonecos na televisão.
- Grande cumplicidade com a sua mãe.
- Desejo individual da criança:
 - Estar com o pai
 - Estar em casa

O AMBIENTE DA CRIANÇA

- Aparentemente, adaptada à cultura portuguesa.
- Vive em Portugal desde a fase de latente.
- Frequenta escola pública (Infantário)
- Gosta da escola e da sua casa, da qual sente saudades.
- Influência da cultura e da religião ?



OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Parceria estabelecida com os pais para esclarecimento da situação de suspeita de maus tratos. Pais consideram excessiva a condição de internamento, mas colaboram por iniciativa própria.
- Planeamento de cuidados em parceria com a equipa multidisciplinar (pediatra, psicóloga, assistente social, educadora de infância) e tendo em conta orientações de profissionais da comunidade (escola, CPCJ, Ministério Público, centro de saúde)
- Intervenções de Enfermagem adequadas à alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde para a parentalidade positiva?
- Internamento de 29 de Abril a 8 de Maio (9 dias)



OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Avaliação da situação:

- Na urgência:
 - Observação física (hematoma da coxa direita)
 - Ouvir a criança, pais e acompanhante (funcionária da escola).
- No internamento:
 - História Clínica de Enfermagem
 - Observação da relação da criança com os pais/avaliação do comportamento dos pais (consciência da situação?/reconhecimento do erro?)
 - Pareceres de outros profissionais na equipa
 - Preparação da alta
- Conhecimentos ético-legais na situação de maus tratos



LEGISLAÇÃO

Constituição da República – artigo 69º:

- As crianças têm direito à proteção do estado e da sociedade;

Convenção dos direitos da criança – Portugal:

- Artigo 3: todas as decisões nas instituições de saúde devem ter em conta o superior interesse da criança;

Reforma do direito de menores - Lei n.º 147/99 de 1 Setembro: Lei de Crianças e Jovens em Perigo:

- 1º nível de atuação: sinalização pelo Jardim de Infância
- 2º nível de atuação: remoção do perigo - pelo internamento no serviço de pediatria.
- 3º nível de atuação: aplicar medidas de promoção/proteção a favor da menor – judicial ou CPCJ

PLANO DE CUIDADOS

FOCOS:

- Hematoma
- Parentalidade - comprometido
- Tomar conta – não comprometido
- Tristeza – na criança
- Dor – conhecimento do prestador de cuidados sobre auto-controlo da dor demonstrado em grau elevado
- Cair – baixo risco
- Ulcera de pressão – baixo risco

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS

- Avaliar comportamento da criança
- Avaliar comportamento dos pais
- Negociar parcerias na vigilância com prestador de cuidados
- Avaliar o comportamento de adesão dos pais
- Vigiar características do hematoma
- Vigiar comportamento do utente
- Promover a presença de pessoas significativas (mãe e pai se não houver indicação em contrário)
- Gerir ambiente
- Vigiar Alta
- Contacto com Centro de Saúde
- Estimular a realização de atividades lúdicas (com colaboração da educadora do serviço)
- Requerer apoio técnico (psicólogo)
- Manter a cama na cota zero e travada
- Vigiar eliminação intestinal
- Vigiar características da pele
- Vigiar características da urina
- Vigiar a higiene
- Manter grades da cama elevadas
- Providenciar sistema de chamada
- Monitorizar a dor através de escala de dor (escala de faces)
- Vigiar a refeição
- Monitorizar temperatura corporal



ENUNCIADOS DESCRITIVOS



SATISFAÇÃO DO CLIENTE

- O enfermeiro deve seguir os mais elevados níveis de satisfação da criança, tendo em conta a parceria de cuidados com os pais, respeitando crenças, valores, cultura, e reduzindo o tempo de internamento o mais possível.
- Intervenções no sentido de minimizar os efeitos negativos do internamento:
 - Promover a expressão de sentimentos na criança e pais;
 - Estabelecer relação empática com criança e pais;
 - Providenciar atividades lúdicas (materiais e brinquedos) à criança, com a colaboração da educadora.
- Sigilo profissional



PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Vigiar a alta
 - Reforçados ensinamentos sobre alimentação saudável e reforço hídrico (criança obstipada) - Mãe com conhecimentos demonstrados sobre hábitos de vida saudáveis (30/04)
- Gerir ambiente – Proporcionar ambiente calmo e seguro

PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Promover a expressão de sentimentos
- Promover presença de pessoas significativas
- Contato telefónico e envio de carta de referência de enfermagem para o Centro de Saúde
- Possibilitar à mãe contatos para apoio psicológico caso a criança apresentasse essa necessidade ?

O BEM-ESTAR E O AUTOCUIDADO

- Implementar intervenções promotoras do bem-estar na criança:
 - Monitorizar a dor através de escala de dor (de 30/04 a 8/05)
 - Requerer apoio de técnico - psicóloga (07/05)
 - Estimular a realização de atividades lúdicas (07/05)
- Avaliar os padrões de interação criança/pais :
 - Negociar parcerias na vigilância com o prestador de cuidados (de 30/04 a 8/05)
 - Vigiar comportamento de adesão dos pais (de 30/04 a 8/05)
 - Vigiar o comportamento do utente (de 30/04 a 8/05)
- Implementar intervenções promotoras das competências parentais – sem intervenções associadas ?

PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

- Identificação de problemas potenciais:
 - Mal estar emocional na criança, identificado pela mãe e pelos enfermeiros
 - Algum dos pais precisaria de ajuda a nível psicológico??

Diagnósticos:

- Parentalidade comprometida em grau moderado a 29/4/2015 para grau reduzido em 4/5/2015 – Comprometida pela situação de maus tratos, reduzida posteriormente pela observação de manifestações de afeto com a filha e colaboração em todos os procedimentos

PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

- Tomar conta: comprometido a 30/4/2015 para não comprometido a 30/4/2015 – Desde o primeiro momento, a interação relacional foi observada, existindo boa ligação de afeto da criança com a mãe. Esta acompanha a criança nas atividades lúdicas, estando sempre atenta às suas necessidades.
- Tristeza a 7/5/2015 – Mãe explicou à criança, após reunião com CPCJ, ausência do pai quando voltar para o domicílio. Criança chorosa e preocupada perguntando se seria para sempre. Explicado pela mãe que seria uma medida provisória.
 - Solicitado apoio da psicóloga, a pedido da mãe. Referência a criança triste e angustiada, revelando sinais de medo de que a mãe também seja afastada. Mãe muito triste e preocupada com o sofrimento da filha, embora verbalize compreender as condições impostas pela CPCJ.

ADAPTAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

- Planeamento da alta de acordo com as necessidades da criança, os recursos disponíveis e, neste caso, as orientações judiciais.
- Perceber estratégias de adaptação do pai para aderir a ordem judicial – Mãe verbalizou que o pai ficaria em casa de um amigo e que está recetivo a sair do domicílio atempadamente para permitir que a criança possa voltar a casa (07/05)
- Tentativa de contacto com o centro de saúde no momento da alta sem sucesso, realizada carta de alta de enfermagem (8/05)
- Requerer apoio técnico - Solicitada colaboração da assistente social durante o internamento e no momento da alta (8/05)

ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- **MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS**
- **REGISTOS**
 - Linguagem CIPE no Sclinico
 - Traduziram as necessidades da criança/pais?
 - As intervenções foram adequadas para dar resposta às necessidades identificadas?
 - Os resultados evidenciaram a importância das intervenções autónomas de enfermagem?
 - Foram executadas intervenções promotoras das competências parentais?

**REFLEXÃO
EM EQUIPA**

ANÁLISE COM BASE NA LEGISLAÇÃO

RISCO:
Perigo potencial?

PERIGO:
Maus tratos físicos

FATORES DE RISCO :

CRIANÇA - A criança não apresenta fatores de risco (sem necessidades de saúde especiais, de termo, desejada, temperamento fácil, sem dificuldades de aprendizagem)

PAIS – Não foram perceptíveis, no internamento, dificuldades dos pais em educar a criança, nem percepção de dificuldades de afeto pela mesma. Expetativas não realistas da criança? O sexo da criança corresponde às expetativas?

SISTEMA FAMILIAR - Pai foi abusado/negligenciado? (mãe “agressiva”, segundo o mesmo); Com algumas privações devido à Religião dos pais; Ausência de redes de apoio familiar; Desenraizamento cultural e social (Migrantes: Brasil)

ANÁLISE COM BASE NA LEGISLAÇÃO

RISCO:
Perigo potencial?

PERIGO:
Maus tratos físicos

FATORES PROTETORES:

CRIANÇA - Criança saudável e atrativa, tem presente desejo de explorar e de ser autônoma, tem capacidade de pedir ajuda quando necessita, adaptabilidade adequada.

SISTEMA FAMILIAR - Criança apresenta vinculação segura com os cuidadores (mãe e pai) e a comunidade onde habitam possui recursos (educação, saúde, ocupação de tempos livres, etc)

ANÁLISE COM BASE NA LEGISLAÇÃO

SINAIS E SINTOMAS:

- História: sem antecedentes de violência e abuso, exposição a violência familiar? pais abusados na infância? Presença de disciplina rígida?
- Sem justificação inconsistente com a lesão (pai assumiu). Não promoveram a excessiva dependência da criança e não recusaram cuidados. Expetativas irrealistas da criança? Sem procura excessiva de cuidados.
- Sinais físicos: sem perturbação do desenvolvimento psicomotor, sem atraso de crescimento, sem déficit de higiene, sem má nutrição, sem fraturas, sem múltiplas lesões, sem lesões de formato identificável, sem lesões genitais.

SINAIS COMPORTAMENTAIS E DE DESENVOLVIMENTO:

- Criança sem atraso de desenvolvimento, sem agressividade, ansiedade ou obsessões, sem medo e tristeza perante os pais e sem comportamentos de desafio. Vinculação presente, sem comportamento de automutilação e excesso de responsabilidades.

SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS À NEGLIGÊNCIA:

- Sem carências de higiene, tem rotinas de ciclo de sono/vigília, vestuário adequado à estação do ano, sem lesões de exposição climatéricas adversas, apresenta PNV atualizado e consultas de vigilância. Sem sinais físicos de negligência prolongados. Apresenta um hematoma na coxa direita.

INDICADORES:

- História adequada e conducente com a lesão, sem recusa de explicação da lesão.

OBJETIVOS DA AÇÃO DE SAÚDE:

- Promover os direitos das crianças e jovens
- Adequar modelos organizativos dos serviços de saúde (técnicos preparados)
- Existência de núcleo - NHACJR do Centro Hospitalar Médio Tejo

EM CASO DE SUSPEITA DE RISCO E/OU PERIGO:

- Contactar a equipa do NHACJR:
A equipa do CHMT é constituída por:
 - Pediatra: Dr^a Otília Branco (às 4^a F está no hospital)
 - Assistente social: Dr^a Anabela Cadete (Hospital Torres Novas)
 - Enfermeira: Conceição Oliveira (Hospital de Tomar)
- Avaliar a situação em equipa multidisciplinar
- Discutir a situação na equipa e validar avaliação de todos os técnicos
- Confrontar informação com a comunidade ao longo do internamento como planeamento da alta (neste caso, centro de saúde de inscrição anterior para aferir antecedentes de maus tratos e com o atual para continuidade de cuidados)
- Partilhar informação com restante equipa envolvida no caso
- Avaliar intervenções com bom senso, centradas no superior interesse da criança

SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS

- Uso de instrumentos básicos de enfermagem:
 - Observação
 - Comunicação
 - Relação de Ajuda
 - Tomada de Decisão
 - Princípios Científicos e Ético-legais
 - Trabalho de Equipa
 - Entrevista de Enfermagem
 - Processo de Enfermagem
 - Registos
- Comunicação interdisciplinar adequada ?
- Dificuldade em compreender decisões judiciais ?
- Refletir sobre a prática conduz à melhoria do nosso desempenho enquanto profissionais conscientes. O que poderia ter melhorado ?



REFLEXÃO

- O impacto do internamento revelou-se um fator de stress para a criança e pais, por a criança se sentir bem, não associar a situação a doença e “querer ir para casa”.
- Os pais foram sempre colaborantes nas intervenções e revelaram adesão a todas as orientações dos profissionais.
- O afastamento do agressor foi a condição para a alta da criança. Será que havia possibilidade de repetição do ato? O risco de agressão mantinha-se?

- O pai estaria a passar por alguma fase mais complicada na sua vida que lhe provocasse alguma dificuldade em lidar com situações de stress ou com a filha? A sua história de vida despoletou a situação de agressividade?
- A continuidade de cuidados foi garantida através da informação para o Centro de Saúde em carta de alta? Reforço de contacto telefónico após a alta?
- O período de internamento e intervenção coaduna-se com o superior interesse da criança?

SUGESTÃO DE DIAGNÓSTICO:

Conhecimento sobre Parentalidade Positiva não demonstrada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Lisboa.
- Lei n.º 147/99 de 1 de setembro. Diário da República n.º 204/99-1ª Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho n.º 31292 de 5 de dezembro. Diário da República n.º 236 de 5 de dezembro de 2008. IIª Série. Ministério Saúde. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Enunciados de posição 03/07 - A proteção de crianças. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- WEB SITE:
http://www.unicef.pt/pagina_estudo_violencia.php
http://www.cnpcir.pt/preview_documentos.asp?r=3968&m=PDF



DÚVIDAS??

MAUS TRATOS

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO APLICADO E RESPECTIVA AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE “ESTUDO DE CASO”

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

Estudo de Caso no âmbito dos PQ dos cuidados especializados em ESCJ

Oradoras: Catarina Escudeiro e Marisa Serra – Enfermeiras Mestradas em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Data: 18-06-2015; **Duração:** 60 minutos; **Local:** Sala de formação do serviço de Pediatria.

Nome: _____ (facultativo)

1) Clareza do assunto

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

2) Importância da informação transmitida

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

3) Adequação do tempo da sessão

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

4) Desempenho do orador

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

4.1) Disponibilidade

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

4.2) Interação com o grupo

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

5) Aspetos a melhorar:

6) Sugestões:

Obrigada pela sua atenção

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

Estudo de Caso no âmbito dos PQ dos cuidados especializados em ESCJ

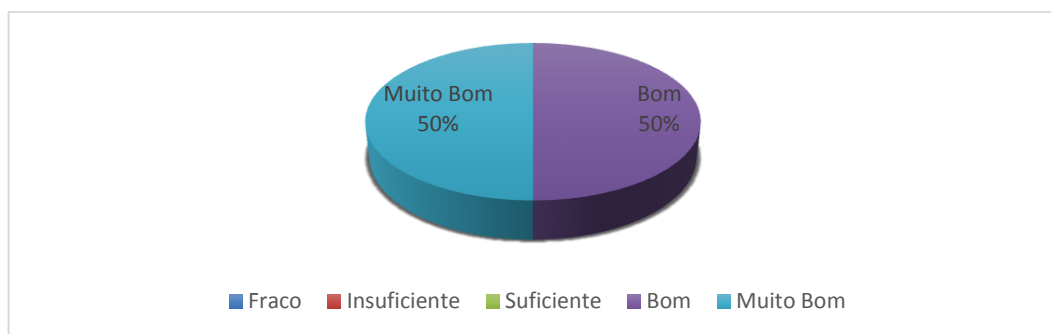
Oradoras: Catarina Escudeiro e Marisa Serra – Enfermeiras Mestrandas em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Data: 18-06-2015. Duração: 60 minutos;

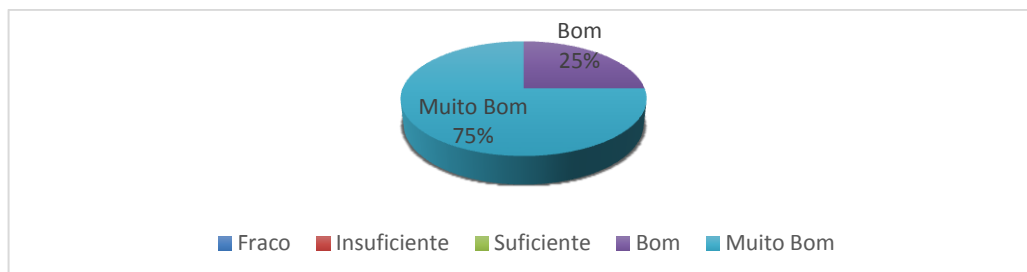
Local: Sala de Formação do serviço de Pediatria.

Nº de participantes: 16.

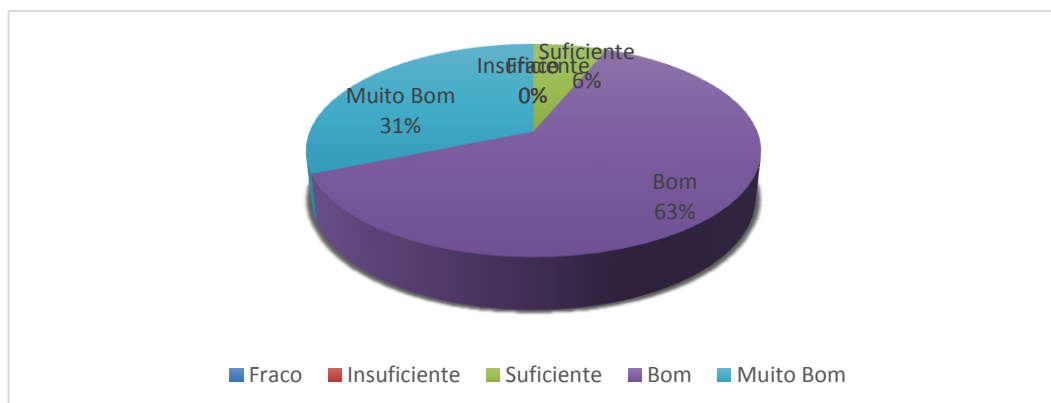
Clareza do assunto



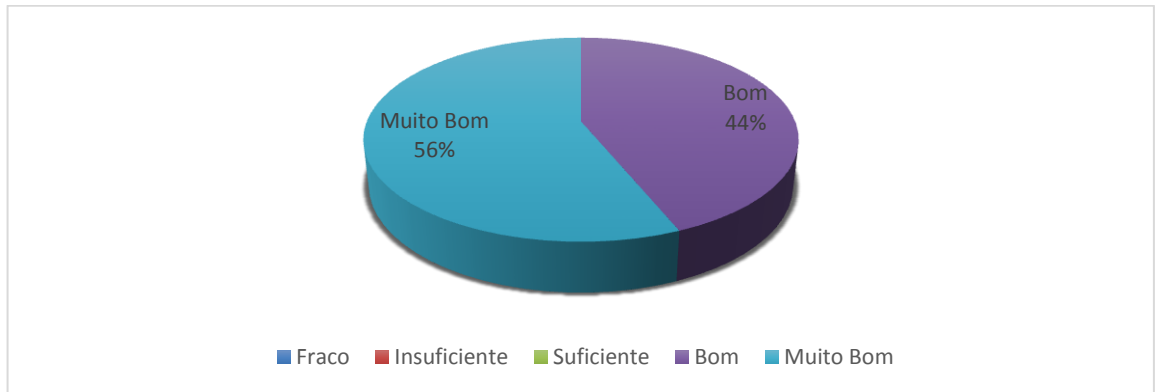
Importância da informação transmitida



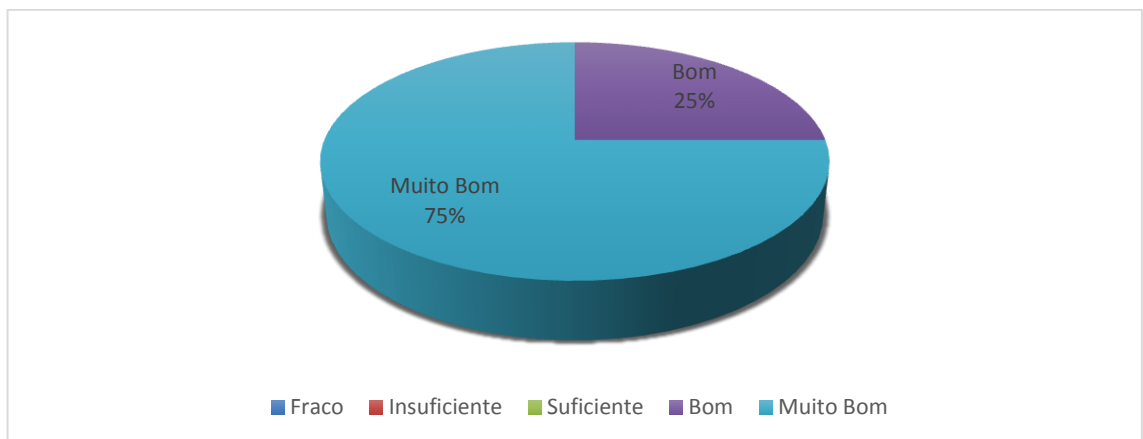
Adequação do tempo da sessão



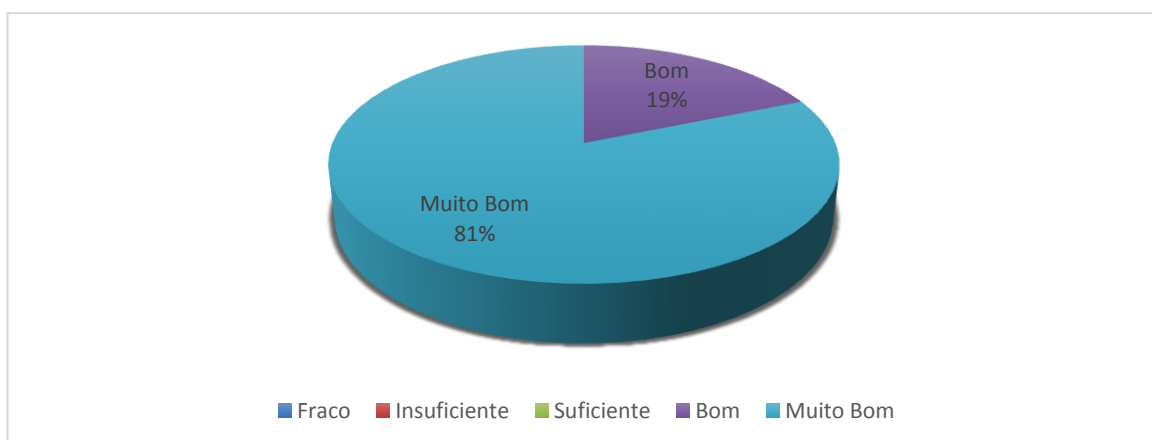
Desempenho do orador



Disponibilidade

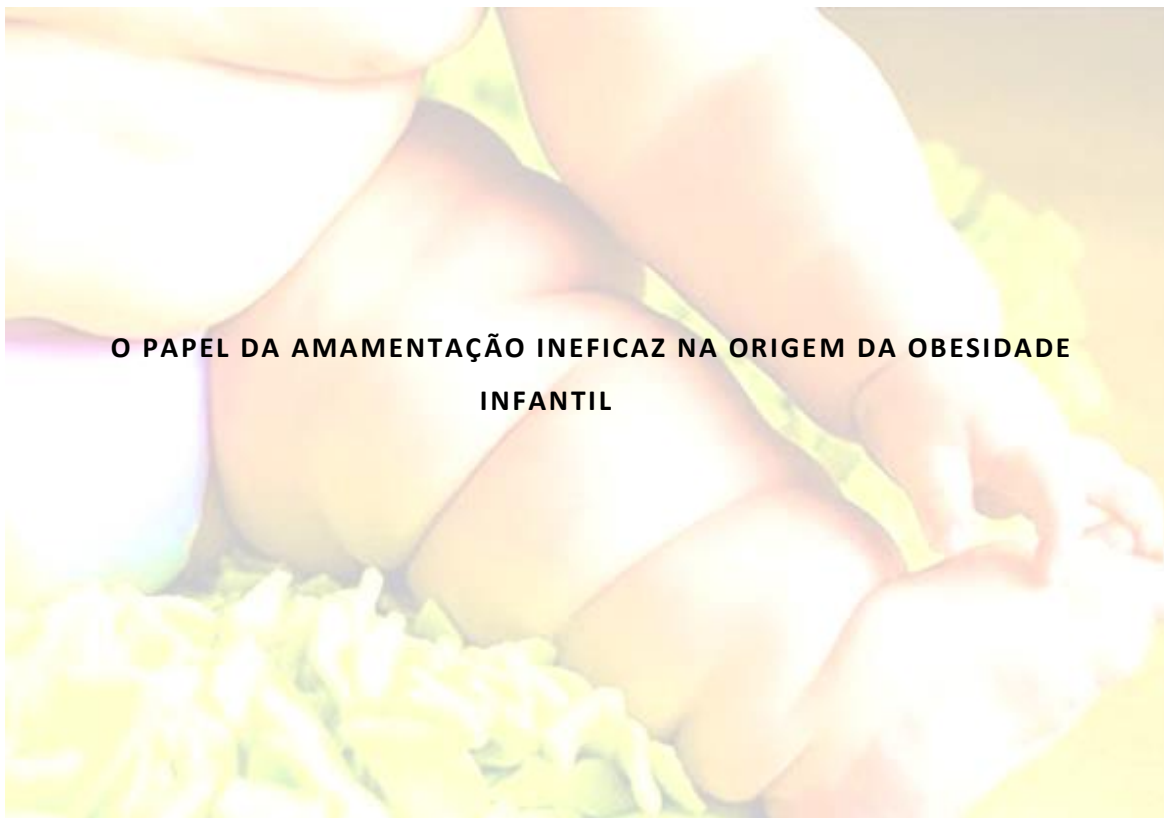


Interação com o grupo



ANEXO V

TRABALHO ESCRITO “O PAPEL DA AMAMENTAÇÃO INEFICAZ NA ORIGEM DA OBESIDADE
INFANTIL”



**O PAPEL DA AMAMENTAÇÃO INEFICAZ NA ORIGEM DA OBESIDADE
INFANTIL**

Mestranda: Catarina Escudeiro

Orientadora: Professora Regina Ferreira

Cooperante: Enfª Otília Ferreira

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da criança e do jovem
UC – Estágio de enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e
Relatório

**O PAPEL DA AMAMENTAÇÃO INEFICAZ NA ORIGEM DA OBESIDADE
INFANTIL**

Mestranda: Catarina Escudeiro, nº130435004

Orientadora: Professora Regina Ferreira

Cooperante: Enfª Otília Ferreira

Caldas da Rainha, Março, 2015

LISTA DE ABREVIATURAS

CHO – CR – Centro Hospitalar Oeste Norte – Caldas da Rainha

CMESCJ – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Da Criança e do Jovem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-Nascido

UC – Unidade Curricular

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	5
<u>1 – A OBESIDADE NA ATUALIDADE</u>	7
<u>2 – A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO</u>	9
<u>3 – O PAPEL DA AMAMENTAÇÃO INEFICAZ NA ORIGEM DA OBESIDADE INFANTIL</u>	12
<u>4 – CONCLUSÃO</u>	16
<u>5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	17

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio de enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório, do 2º CMESCJ, e estando no presente em UCEN do CHO-CR, foi projetada a elaboração de um trabalho escrito, de acordo com a metodologia científica, de forma a permitir um contributo positivo para o conhecimento e prática de enfermagem da equipa nesta área específica.

Para a escolha do tema foi minha preocupação que o mesmo fosse não só direcionado para a Saúde da Criança e do Jovem, mas também adequado ao contexto neonatal, por ser esta a realidade atual.

Assim, com o aval positivo da Srª Enfª Cooperante Otilia Ferreira para a sua pertinência, foi identificado o tema do papel da amamentação ineficaz na origem da obesidade infantil. Não só com o intuito de correlacionar o RN com a temática de interesse pessoal da mestranda - Obesidade Infantil – mas também, no sentido de procurar evidência científica para fundamentar a tomada de decisão no campo em questão.

Como futura EEESCJ e tendo como base as suas áreas de atuação particular, nomeadamente a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, a orientação antecipatória às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantil e a gestão do bem-estar da criança (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011), dei especial relevância neste trabalho e no conjunto de contextos onde decorre a UC em questão, à assistência à criança/jovem e família na maximização da sua Saúde, nomeadamente na promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade.

Foram aprovados oito programas prioritários a desenvolver pela DGS (2012), dentro do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, um dos quais o Programa Nacional para a Promoção a Alimentação Saudável. É dentro deste programa e das suas estratégias de intervenção que os enfermeiros têm um lugar privilegiado, verificando-se igualmente uma necessidade crescente de capacitá-los para desenvolverem a sua influência neste domínio.

Assim, com a realização deste trabalho, defini como objetivo geral:

- Aprofundar e mobilizar conhecimentos relativos à amamentação ineficaz na origem da obesidade;

Defini ainda como objetivos específicos:

- Realizar uma pesquisa de artigos de investigação à cerca da temática
- Refletir e analisar como a temática pode ser inserida na prática profissional de enfermagem Pediátrica.

O corpo do trabalho é constituído por três capítulos. O primeiro capítulo visa a consciencialização da atualidade da problemática da obesidade infantil, seguindo-se o capítulo onde consta a concetualização atual do aleitamento materno. Numa atitude reflexiva, são apresentados no terceiro capítulo, os contributos da amamentação ineficaz na origem da obesidade infantil, terminando-se com uma breve conclusão.

1 – A OBESIDADE NA ATUALIDADE

O excesso de peso e a obesidade têm vindo a aumentar drasticamente em Portugal, afetando com especial relevo, cada vez mais crianças e adolescentes. O país encontra-se numa das posições mais desfavoráveis do cenário europeu, apresentando mais de metade da população com excesso de peso e sendo um dos países do espaço da Europa em que é maior a prevalência de obesidade infantil, já que 30% das crianças apresentam sobrepeso e mais de 10% são obesas (Plataforma contra a Obesidade, 2013).

A OMS identificou o combate à obesidade como uma das áreas prioritárias em Saúde Pública e, por conseguinte, a ação sobre os seus determinantes (Breda, 2013).

Segundo a APCOI (2010-2014), a obesidade infantil está também associada ao desenvolvimento de doenças graves. Uma criança obesa está em risco de vir a sofrer de sérios problemas de saúde durante a sua adolescência e na idade adulta. Tem maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, asma, doenças do fígado, apneia do sono e vários tipos de cancro. De acordo com a OMS, a obesidade é a segunda principal causa de morte no mundo que se pode prevenir, a seguir ao tabaco.

As crianças obesas enfrentam ainda graves problemas sociais e psicológicos, estando mais sujeitas a ataques de bullying e outros tipos de discriminação. O que poderá provocar consequências directas na sua autoestima e a quebra no seu rendimento escolar. Se não receberem apoio especializado poderão sofrer ainda de depressão ou outras doenças do foro psicológico quando atingirem a idade adulta (APCOI, 2010-2014).

“A modernidade trouxe o sedentarismo (...). As horas disponíveis para a prática de exercício físico são utilizadas em frente à televisão com programas que induzem o consumo de alimentos rápidos e calóricos, de pouco valor nutritivo (...), além dos jogos eletrónicos que se associam a este ganho de peso”. Wong (1999, citado por Silva *et al* (2008), p: 69).

Vários fatores também influenciam o comportamento alimentar, entre eles fatores externos tais como as características da família, atitudes dos pais e amigos, valores sociais e culturais e fácil acesso a *fast food*; e fatores internos como preferências alimentares, imagem corporal inadequada, necessidades e características psicológicas (Mello et al, 2004).

O mesmo autor salienta que a criança segue os padrões paternos em termos alimentares e de estilo de vida, o que remete ao insucesso de qualquer tratamento se estes não forem modificados em conjunto com os pais.

A participação dos pais no processo de acompanhamento e intervenção de enfermagem à criança com problemas de obesidade é, assim, de fundamental importância “na busca por uma vida saudável, pois se os seus filhos são incentivados pelos pais haverá maior vontade de alcançar o objetivo dentro da prevenção ou tratamento.” (Silva *et al* (2008), p: 74).

Silva e Polubriaginof (2012) referem que, quanto às intervenções de enfermagem pertinentes, é muito importante ressaltar a importância da enfermagem na prevenção da obesidade infantil. O enfermeiro deve iniciar a sua intervenção tendo um bom conhecimento sobre aleitamento materno, para proporcionar a segurança, conhecimento e perseverança das mães, para que haja também continuidade na alimentação correta do seu filho de acordo com seu desenvolvimento.

2 – A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO

De acordo com os últimos Consensos de Pediatria sobre aleitamento materno, hoje e sempre, o leite materno é o melhor alimento para o RN e latente. As suas virtudes são universalmente reconhecidas e a amamentação é vista como um ato não só natural como fisiológico.

Balaban e Silva, citados por Bussato *et al* (2006), referem que o ato de amamentar exerce também influência emocional e biológica sobre a saúde das mães assim como ressaltam a definição do leite materno como uma continuação da nutrição que o latente recebeu na vida intrauterina.

A decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe assim como o sucesso do aleitamento materno depende dela, do RN e da intervenção segura e confiante, sobretudo da enfermagem no acompanhamento e apoio à prática da amamentação. Esta vontade coletiva e institucional e uma ação coerente, partilhada e bem aceite por todos, são condições essenciais para o seu êxito (Moleiro *et al*, 2004).

Segundo os mesmos autores é aos profissionais de saúde presentes nos primeiros dias de vida do RN, que compete satisfazer os 2 principais desejos da recém-mãe: o desejo de ter um filho saudável e de amamentá-lo. Para tal, há que desvanecer receios e ansiedades, transmitir conhecimentos e práticas facilitadoras da alimentação ao peito.

O valor alimentar nutritivo, biológico e afectivo do leite materno é inquestionável, e as suas vantagens são tão evidentes que justificam um enorme esforço dos profissionais de saúde. A amamentação pode ser vista como a melhor e a mais fácil e económica forma de promoção da saúde da criança.

“A admitir como verdadeiro o facto de mais de 90% dos recém-nascidos saírem das maternidades a mamar e ao mês de idade só o fazerem 50%, podemos concluir que este é o mês de todas as dúvidas, em que o principal actor é a mãe e que este será o espaço adequado para a nossa actuação em tempo útil” (Moleiro *et al*, (2004), p: 113)

Em 1992 a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram um programa mundial de promoção do aleitamento materno intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), internacionalmente conhecido como Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), assente em 10 medidas:

“ 1 - Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.

2 - Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.

3 - Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.

4 - Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.

5 - Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.

6 - Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.

7 - Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.

8 - Dar de mamar sempre que o bebé o queira.

9 - Não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a amamentação.

10 - Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.” UNICEF, 2012)

De acordo com a Acta Pediátrica mais recente (2012), para a OMS, aleitamento materno exclusivo significa que o lactente recebe unicamente leite materno e nenhum outro líquido ou sólido à exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou fármacos.

No mesmo documento, define-se que o aleitamento será predominante, se além do leite materno o lactente receber outros líquidos não lácteos, tais como água e chás sem conteúdo energético. Um e outro representam o aleitamento materno total. O aleitamento será misto, se além do leite materno o lactente receber uma fórmula infantil e será parcial se o aleitamento materno for acompanhado de alimentação complementar.

As intervenções educativas e de sensibilização para o aleitamento materno, os inúmeros trabalhos científicos, as publicações e opiniões dos media e a acção constante e diária dos profissionais de saúde, entre outros meios, não têm sido suficientes para levar à prática generalizada da amamentação, de forma consistente e continuada (Moleiro *et al*, 2004).

Nas recomendações descritas em Consensos de Neonatologia (2004) ficam claras sugestões muito simples para o sucesso do aleitamento materno. Algumas delas são:

- Conhecer o desejo da mãe sobre a alimentação do filho;
- Ouvir e compreender as suas dúvidas;
- Esclarecer e acompanhar as práticas adequadas à amamentação;
- Assumir como norma o aleitamento materno e como excepção o leite adaptado;
- Respeitar a decisão da mãe, sem culpabilizar;

- Iniciar o aleitamento logo após o parto e o recém-nascido esteja estável e vigil;
- O sucesso da primeira mamada é muito importante;
- Disponibilizar, se possível, um contacto telefónico para apoio à amamentação aquando da alta hospitalar e sempre que assim seja necessário;

Os benefícios do aleitamento materno são também evidenciados no RN pré-termo, sendo que é referido que

“ (...) no RN muito pré-termo e extremo pré-termo está recomendado iniciar-se precocemente a nutrição com colostro, leite de dadora ou fórmula látea. Deve ser iniciada logo que o RN esteja estável após o nascimento, de preferência nas primeiras 24-72 horas pós-natais, na ausência de marcada distensão abdominal e de resíduos gástricos biliosos ou hemáticos”. (Pereira da Silva (2014), p: 329).

Para Guerra *et al* (2012), embora o desejável seja o aleitamento materno exclusivo durante o primeiro semestre de vida, o aleitamento por um menor período ou o aleitamento parcial têm também um efeito benéfico. É ainda desejável que o aleitamento materno prossiga ao longo de todo o programa de diversificação alimentar e enquanto for mutuamente desejado pela mãe e lactente. O mesmo autor refere que

“Uma extensa revisão das publicações sobre o efeito do aleitamento materno sobre a saúde da criança permitiu a análise de múltiplos estudos nomeadamente de 29 revisões sistemáticas e meta-análises envolvendo cerca de 400 estudos. Os resultados registam uma associação do aleitamento materno a um menor risco de otite média, gastroenterite aguda, infecções respiratórias baixas severas, dermatite atópica, asma, obesidade, diabetes de tipos 1 e 2, leucemia, síndrome de morte súbita no lactente e enterocolite necrotizante. Não se registou nenhuma associação entre o aleitamento materno em recém-nascidos de termo e o desempenho cognitivo” (Guerra *et al* (2012), p: S18)

3 – O PAPEL DA AMAMENTAÇÃO INEFICAZ NA ORIGEM DA OBESIDADE INFANTIL

Para que o presente capítulo se tornasse uma realidade, foi feita uma pesquisa bibliográfica acerca do tema da obesidade infantil e da correlação do RN e obesidade. A vulnerabilidade infantil frente à obesidade promovida por um padrão de aleitamento materno ineficaz é uma temática relevante para a pesquisa e atuação terapêutica de enfermagem na prevenção dessa doença em ascensão Mundial.

Oliveira *et al* (2012) deixam claro que a amamentação auxilia na prevenção da obesidade, quanto mais tempo a criança for amamentada pela mãe menos hipótese tem de apresentar obesidade. Os autores explicam este evento pelos fatores bioativos que há no leite e que podem modular o metabolismo energético, de forma q que as crianças sejam mais ativas e menos propensas à obesidade.

Araújo *et al* (2006) explica que a interrupção precoce da amamentação e a adoção da alimentação látea artificial, eleva o consumo energético infantil em 15% a 20% quando comparado ao consumo energético de crianças em aleitamento materno exclusivo.

“O consumo energético das crianças em amamentação é inferior aos das que adotam uma dieta artificial, todavia, o consumo quantitativo nas que mamam é superior. Isto aponta que a criança alimentada com fórmulas artificiais, mesmo com uma ingesta menor, está ingerindo uma alimentação hipercalórica em relação as que ingerem o alimento materno natural. Essa exposição infantil a uma alimentação hipercalórica, na lactância, e nos primeiros anos da infância, é uma possível causa de obesidade precoce por aumento do tecido adiposo” (Araújo *et al* (2006), p:453)

Balaban e Silva (2004), relatam o mesmo ao afirmarem que o aleitamento materno representa uma das experiências nutricionais mais precoces do RN, dando continuidade à nutrição iniciada na vida intrauterina. A composição do leite materno em termos de nutrientes difere qualitativa e quantitativamente das fórmulas infantis. Além disso, vários fatores bioativos estão presentes no leite humano, entre eles hormonas e fatores de crescimento que irão atuar sobre o crescimento, a diferenciação e a maturação funcional de órgãos específicos, afetando vários aspectos do desenvolvimento infantil.

Segundo os mesmos autores, o maior consumo de proteínas por parte dos latentes alimentados com fórmula infantil artificial, em comparação com aqueles em aleitamento materno, seria um dos mecanismos responsáveis por um risco maior de obesidade.

É assim, possível que os latentes alimentados ao peito materno desenvolvam mecanismos mais eficazes para regular a sua ingestão energética. Em situações como a amamentação, nas quais os pais têm um maior controle sobre a alimentação do bebé, pode haver perda para o desenvolvimento dos mecanismos de auto-regulação da ingestão energética da criança, pois os mecanismos externos de controle podem superar os sinais internos de fome e saciedade (Balaban e Silva, 2004).

Portanto, a alimentação com LA poderá favorecer o desenvolvimento do excesso de peso por promover uma ingestão excessiva de leite e/ou por prejudicar o desenvolvimento dos mecanismos de auto-regulação.

Balaban e Silva (2004) reforçam que o aumento na prevalência da obesidade infantil é preocupante devido ao risco aumentado que essas crianças têm de se tornar adultos obesos e devido às várias condições mórbidas associadas à obesidade.

Referem ainda que a ingestão energética aumentada e o gasto energético diminuído têm sido apontados como os principais fatores causais da obesidade e que é possível que o aleitamento materno reduza os dois extremos, tanto o sobrepeso quanto o baixo peso, o que resultaria numa redução na prevalência do excesso de peso, mas não numa diferença no IMC médio.

No artigo por eles executado, onde apresentam uma revisão da literatura sobre a temática, analisam os vários estudos epidemiológicos que investigaram uma possível relação entre aleitamento materno e obesidade, assim como estudos que apontam para a plausibilidade biológica dessa relação e que procuram esclarecer os mecanismos potencialmente envolvidos, chegam à conclusão de que

“A hipótese de que o aleitamento materno teria um efeito protetor contra a obesidade apresenta evidências epidemiológicas a seu favor, bem como plausibilidade biológica; contudo, os dados da literatura ainda são controversos. Se confirmada, representará mais uma das inúmeras vantagens do aleitamento materno, assim como mais uma arma na prevenção da obesidade”. (Balaban e Silva (2004), p: 14).

Serafin (2010) observou que o leite materno tem impacto modulatório no crescimento cerebral e desenvolvimento, mesmo quando não promove grande ganho de peso, reforçando o conceito de que o ótimo crescimento pós-natal de prematuros de muito baixo peso ainda não é

conhecido. Vários estudos provam que acelerar o ganho de peso de prematuros de baixo peso com fortificantes do leite materno pode levar a consequências futuras em relação à obesidade.

Outro fator agregado muitas vezes ao desenvolvimento do excesso de peso e da obesidade é o peso de nascimento.

Rossi e Vasconcelos (2010) referem que a partir dos anos 90, observaram-se relatos na literatura sobre a associação entre o baixo peso ao nascer e a presença de excesso de peso ou obesidade na infância, na adolescência e na vida adulta. Ao mesmo tempo, também o elevado peso ao nascer tem sido associado ao desenvolvimento de excesso de peso na infância e adolescência.

Os mesmos autores referem o quanto é importante identificar esta veracidade de dados, para que as medidas preventivas no âmbito da saúde materna e da criança/jovem possam ser planeadas.

Para isso, reportaram os resultados da revisão da literatura que executaram, em que

“O elevado peso ao nascer apareceu associado ao sobrepeso/obesidade na maioria dos artigos. Ressalta-se a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos que avaliem a associação entre baixo peso ao nascer e sobrepeso/obesidade, já que o número de artigos capturados que verificaram associação com diferentes categorias do estado nutricional foi mais escasso. A padronização de critérios para definir sobrepeso/obesidade entre crianças e adolescentes é essencial para facilitar a comparação entre os estudos.” (Rossi e Vasconcelos, 2010).

Siqueira e Monteiro (2006) propuseram analisar a associação entre a exposição ao aleitamento materno na infância e a obesidade na idade escolar em crianças de famílias brasileiras de alto nível socioeconômico.

E concluíram que crianças e adolescentes que nunca receberam aleitamento materno têm maior ocorrência de obesidade na idade escolar. Há, no entanto, ausência de resposta na relação entre a duração da amamentação e a obesidade na idade escolar.

Balaban e Silva (2004) falam do termo imprinting metabólico. Segundo eles os estudos epidemiológicos têm sugerido que as primeiras experiências nutricionais da criança podem afetar sua suscetibilidade para doenças crônicas na idade adulta, tais como obesidade.

“O termo imprinting metabólico descreve um fenômeno através do qual uma experiência nutricional precoce, atuando durante um período crítico e específico do desenvolvimento (janela de oportunidade), acarretaria um efeito duradouro, persistente ao longo da vida do indivíduo, predispondo a determinadas doenças”. (Balaban e Silva (2004), p: 12).

Siqueira e Monteiro (2006) ressaltam que independentemente da demonstração ou não do efeito protetor do leite materno contra a obesidade, e da prova de que a amamentação ineficaz está na origem da obesidade, a promoção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses e a manutenção da amamentação até aos dois ou mais anos está totalmente justificada pelos indiscutíveis benefícios da amamentação para as crianças, para as mães e para a sociedade.

O principal cuidado de enfermagem, frente a esta situação de aleitamento ausente ou deficiente, é a educação em saúde (Araújo *et al*, 2006).

Para este propósito, e segundo o mesmo autor, o enfermeiro assume grande relevância, pois pode, já no período pré-natal, discutir com a grávida as vantagens de uma amamentação plena. No puerpério, é o profissional mais habilitado para a educação para a Saúde à puérpera à cerca da alimentação mais adequada para a mãe durante o aleitamento, dos passos que facilitam o aumento de leite materno e da adoção de fatores ambientais favoráveis à implementação de uma experiência positiva e saudável durante a amamentação.

Silva e Polubriaginof (2012) destacam que entre os cuidados de enfermagem no aleitamento materno, a orientação da mãe sobre a importância e benefícios da amamentação até os 6 meses da criança é fulcral, já que esse momento feminino é marcado, muitas vezes, por receio, insegurança e dor. E tendo sempre presente que a amamentação ineficaz pode favorecer o surgimento de um cenário propício para a origem da obesidade infantil.

O enfermeiro, ao realizar um cuidado educativo junto das mães, além de reduzir uma futura vulnerabilidade em relação à obesidade infantil e adulta, quando incentiva a prática do aleitamento materno no primeiro semestre, estará a apoiar e a tranquilizar nesse momento ímpar que é a maternidade. (Araújo *et al*, 2006)

“Dessa forma, percebe-se que a inserção da educação em saúde ao arsenal de recursos terapêuticos disponibilizados pela enfermagem ao binómio mãe-filho, é uma ação fundamental na promoção da saúde materno-infantil.” (Araújo *et al* (2006), p:454)

4 – CONCLUSÃO

Após o presente trabalho, fica claro que a obesidade é um tema em destaque nos últimos anos quer pela sua prevalência na criança, quer pelos problemas que daí advêm.

Outro ponto assente após a pesquisa é que a amamentação auxilia na prevenção da obesidade e quanto mais tempo a criança for amamentada pela mãe menos hipóteses ela tem de desenvolver problemas de excesso de peso e obesidade.

Não restam dúvidas que a realização deste trabalho permitiu identificar os pontos fortes e fragilidades da correlação do aleitamento materno com a obesidade e fez perceber que o seu entendimento pode trazer benefícios, quer para a melhoria da qualidade de vida da criança/jovem e família, quer para os profissionais, no sentido de melhorar a prática no combate à obesidade.

Sendo a educação para a saúde um fator de promoção e proteção à saúde, pode-se ainda afirmar que esta temática não é apenas uma prioridade exclusiva de enfermagem, mas também partilhada por outros profissionais da equipa multidisciplinar, devendo existir a preocupação de envolver e dinamizar a equipa para a promoção do aleitamento materno.

Após a realização deste trabalho, considero os objetivos a que me propus inicialmente atingidos no sentido em que os resultados aqui descritos tiveram como base uma pesquisa de artigos de investigação acerca da temática, o que me permitiu refletir não só sobre a importância do aleitamento materno para a prevenção da obesidade, mas também analisar como a temática pode ser inserida na prática profissional de enfermagem Pediátrica, através da promoção da Saúde.

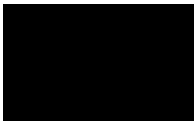
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, M. F.; Beserra, E.; Chaves, E. S. (2006). O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de Enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem. Obtido a 12 de Março de 2015, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a14.pdf>
- APCOI (2010-2014). Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil. Obtido a 10 de Dezembro de 2014 em <http://www.apcoi.pt/obesidade-infantil/>
- Balaban, G.; Silva, G. A. (2004). Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. Jornal de Pediatria. Obtido a 12 de Março de 2015, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a04>
- Bussato, A; Oliveira, A.; Carvalho, H. (2006). A Influência do aleitamento materno sobre o estado nutricional de crianças e adolescentes. Revista Paulista Pediatria. Obtido a 12 de Março de 2015, em
- CONSENSOS EM NEONATOLOGIA – Secção de Neonatologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Obtido a 12 de Março de 2015, disponível em <http://www.lusoneonatologia.com/pt/consenso/73/consensos-e-recomendacoes/>
- Guerra A., et al (2012). Acta Pediátrica sobre alimentação e nutrição do lactente. Comissão de Nutrição da SPP. Obtido em 8 de Dezembro de 2014, em http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/34/20121029190143_SuplIII_Acta%20Pediatria_Vol43_N5.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem. Obtido em 9 de Dezembro de 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE. (2013). A Obesidade Infantil em Portugal – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Obtido em 16 de Dezembro de 2014, em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=191&menuid=195&exmenu=165>

- Pereira Da Silva, L. et al (2014). Nutrição entérica na criança nascida pré-termo: Revisão do consenso nacional. Obtido a 13 de Março de 2015, disponível em http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2014-Nutricao_enterica_RNPT.pdf
- Rossi, C. E.; Vasconcelos, F. A. (2010). Peso ao nascer e obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. Revista Brasileira Epidemiologia. Obtido a 13 de Março de 2015, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/07.pdf>
- Serafin, P. O. (2010). Suplemento homologado do leite humano acrescido ao leite humano de banco para alimentação do recém-nascido de muito baixo peso. Dissertação de Mestrado. Campo Grande. Obtido a 14 de Março de 2015, disponível em <https://sistemas.ufms.br/sigpos/portal/trabalhos/download/200/cursold:89>
- Silva, C.; Polubriaginof, C. (2012). Obesidade Infantil: fatores de risco e intervenções de enfermagem pertinentes. Revista Enfermagem Unisa. Obtido a 12 de Março de 2015, disponível em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-2-06.pdf>
- Silva, K.; Costa, M.C.; Pinto, N. M. (2008). Assistência de enfermagem à criança obesa: Um estudo de caso. Revista Enfermagem Integrada. Ipatinga: Unileste- MG- V.1-N.1-Nov. /Dez. Obtido a 5 de Março de 2015 em http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/karolina_silva_maria_costa_neila_pinto.pdf
- Siqueira, R. Monteiro, C. (2006). Amamentação na infância e obesidade em idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. Revista de Saúde Pública. Obtido a 13 de Março de 2015, disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n1/03.pdf>
- Mello, E. D; Luft, V. C.; Meyer, Flavia (2004). Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes?. Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. Obtido a 28 de Fevereiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04.pdf>
- Moleiro, A; Gomes, A.; Nona, M. (2004). Consensos em Neonatologia. Obtido em 12 de Março de 2015, em http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201730-consensos_neonatologia_2004.pdf
- Oliveira, C. B.; Tolocka, R. E.; Marco, A. (2012). Obesidade Infantil, prevenção e intervenção. Uma revisão de literatura. Revista Digital. Buenos Aires. Obtido a 13 de Março de 2015, disponível em <http://www.efdeportes.com/efd167/obesidade-infantil-prevencao-e-intervencao.htm>
- UNICEF (2012). Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés. Obtido a 12 de Março de 2015, em <http://www.unicef.pt/docs/Unicef-10-medidas-para-BFHI.pdf>

ANEXO VI

PARAMETRIZAÇÃO DO FOCO “ESTADO NUTRICIONAL”

	PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO SCLÍNICO
	ESTADO NUTRICIONAL

FOCO

Estado Nutricional – É um tipo de nutrição com as características específicas: peso e massa corporal em relação com a absorção e com a ingestão de alimentos e nutrientes específicos estimados de acordo com a altura, a estrutura corporal e idade (1999)

DIAGNÓSTICO

Alterado – Considera-se alterado em todas as crianças/adolescentes com percentil da relação peso/altura < 5 ou >85

JUÍZO

Conhecimento sobre desenvolvimento estado-ponderal

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre a dieta adequada ao desenvolvimento

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador sobre o desenvolvimento estado-ponderal

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador sobre a dieta adequada ao desenvolvimento

Demonstrado

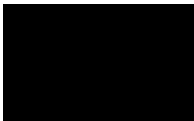
Não demonstrado

Conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis

Demonstrado

Não demonstrado

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—					

	PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO SCLÍNICO
	ESTADO NUTRICIONAL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Avaliar o comportamento de adesão da criança

Avaliar o comportamento de adesão do prestador

Disponibilizar folheto

- Alimentação Saudável

- Obesidade Infantil

Elogiar comportamento de adaptação

Ensinar hábitos de vida saudáveis

Ensinar prestador de cuidados sobre hábitos de vida saudáveis

Ensinar sobre desenvolvimento estado-ponderal

Ensinar sobre hábitos de exercício físico

Instruir sobre a dieta adequada

Monitorizar a altura corporal

Monitorizar percentil da relação peso/altura

Monitorizar o peso corporal

Negociar plano alimentar

Orientar antecipadamente para serviços de Saúde

Orientar a pessoa para contacto com grupos de suporte

Orientar para vigilância de Saúde

Requerer apoio de técnico (dietista, psicólogo)

Vigiar a refeição

Vigiar cumprimento do contrato terapêutico

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—					

ANEXO VII

QUADRO DE ANÁLISE E ARTIGO ORIGINAL - "CHILDHOOD OBESITY AND PARENTAL PERCEPTIONS IN A RURAL AUSTRALIAN POPULATION: A PILOT STUDY"

TÍTULO	Childhood obesity and parental perceptions in a rural Australian population: A pilot study (2013)
AUTORES	Matthew Spargo and Craig Mellis
MÉTODOS	Quantitativo
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI - Estudo único descritivo ou qualitativo (Perry, Potter & Elkin, 2012)
OBJETIVOS	Avaliar a concordância entre o IMC da criança e as percepções dos pais do peso desta
PARTICIPANTES	Pais de 93 crianças entre os 2 e 17 anos internadas num serviço de Pediatria
INSTRUMENTOS	<p>- Cálculo do IMC das crianças de acordo com as normas estabelecidas pelo Instituto Nacional de Saúde</p> <p>- Questionário aos pais com as seguintes opções relativas ao peso da criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muito baixo peso • Baixo peso • Peso normal • Sobrepeso • Muito acima do peso
RESULTADOS	<p>- Questionário: 6% abaixo do peso 65% peso normal 16% excesso de peso 13% obesos</p> <p>- Comparação entre IMC avaliado da criança e a percepção dos pais avaliada no questionário: 32% subestimaram a categoria de peso dos seus filhos 66% dos pais identificaram corretamente o peso dos seus filhos</p> <p>29% das crianças da amostra tinham excesso de peso/obesidade 89% dos pais das crianças com excesso de peso/obesidade subestimaram a categoria do peso dos seus filhos</p>
DISCUSSÃO	<p>- Os resultados são consistentes com estudos anteriores Australianos e internacionais</p> <p>- Compreender as razões porque os pais não são capazes de categorizar o peso dos filhos é crucial para a resolução do problema desta má interpretação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pais podem não entender o que significa “excesso de peso” e a sua relação a outras doenças • Pais evitam rotular os filhos por estigmatização associada ao excesso de peso <p>- Compreender as definições dos pais de uma criança com excesso de peso é um passo importante na gestão do crescente problema da obesidade infantil</p> <p>- Uma revisão sistemática da literatura sobre o envolvimento familiar no controle de peso sugere que o envolvimento dos pais ajuda as crianças a perder peso, apesar de haver poucos estudos sobre o assunto</p> <p>- O estudo teve algumas limitações</p> <ul style="list-style-type: none"> • As crianças estavam hospitalizadas • O questionário pode ter sido tendencioso • O questionário pode ter sido preenchido em frente à criança
CONCLUSÃO	<p>- Este estudo identificou uma grande discrepância entre o IMC medido e as percepções parentais de crianças com excesso de peso/obesidade.</p> <p>- O resultado é consistente com pesquisas anteriores semelhantes.</p> <p>- Se os pais não reconhecerem com precisão o problema de peso do seu filho, é improvável que contribuam para modificar fatores de risco de obesidade infantil.</p> <p>- Pesquisas qualitativas podem ser úteis para compreender melhor a razão para esta discrepância</p>



ORIGINAL ARTICLE

Childhood obesity and parental perceptions in a rural Australian population: A pilot study

Matthew Spargo and Craig Mellis

Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia

Aim: While it has been widely recognised in Australian and overseas studies that parents tend to underestimate the weight of their overweight or obese child, there is an opportunity for further research within rural populations. The aim of this study was to assess the agreement between a parent's perception of their child's weight category and the child's measured body mass index (BMI).

Methods: Cross-sectional pilot study in Dubbo, a large regional centre in western New South Wales in Australia. Ninety-three subjects between the ages of 2 and 17 were recruited from the paediatric inpatient unit of the region's base hospital. Trained nursing staff undertook the anthropometric measurements, while a parent or caregiver was asked to complete a questionnaire assessing their perception of their child's weight category.

Results: Thirty-two per cent (30/93) of all parents underestimated the weight category of their child, while only 2% (2/93) of parents overestimated their child's weight category. Overall, 66% (61/93) of parents correctly identified their child's measured weight category. Twenty-nine per cent (27/93) of the sample population was overweight or obese, and in these children, 89% (24/27) of parents underestimated the weight category of their child.

Conclusion: There is a major discrepancy between the child's measured BMI and their parent's perception of their child's weight category. This finding is consistent with similar past research and has important implications for the management of obesity in children. Further qualitative research may be helpful in ascertaining the reasons for this discrepancy.

Key words: general paediatrics; obesity; weight perception.

What is already known on this topic

- 1 Twenty to 25% of children and adolescents in Australia are overweight or obese.
- 2 Caregivers tend to underestimate their child's adiposity.
- 3 An important predictor of an increased body mass index is a region's socio-economic disadvantage.

What this paper adds

- 1 In a rural hospital setting, caregivers of overweight and/or obese children almost invariably underestimated their child's weight status.
- 2 In a rural hospital setting, caregivers almost never overestimate the weight status of their children.
- 3 In a rural hospital setting, almost 30% of the children were overweight or obese.

Despite the widespread awareness, childhood obesity and its related morbidities continue to increase in prevalence.¹ It is estimated that between 20 and 25% of children and adolescents in Australia are now overweight or obese.²

The prevention of childhood obesity aims to address a complex interaction of factors that lead to an obesogenic environment. Swinburn and Egger³ applied a theoretical model (The Epidemiological Triad) of host, vector and environment to tackle the wider drivers of obesity. Host-based strategies promote education, being more effective among people with higher incomes and educational achievement. Vector-based strategies include

altering the consumption of high-energy intake, portion sizes and avoiding the use of machines that promote physical inactivity. Environmental strategies aim to influence the physical, economic, policy and socio-cultural environments.

One environment that has been difficult to research and influence is that of the home. This is due to the enormous volume and heterogeneity of homes, with limited options for access.³ Since parents play a role in shaping children's eating and physical activity behaviours across various developmental stages, this is obviously an important focus of childhood obesity prevention.⁴ However, parents seem unaware, or unable to appreciate, that their child may be overweight or obese. A number of studies have documented that caregivers tend to underestimate their child's adiposity, resulting in a poor correlation with measured body mass index (BMI).⁵⁻⁸

It has also been suggested that a geographical area of socio-economic disadvantage is an important predictor of an increased BMI.⁹ We therefore conducted this pilot study in Dubbo, a large

Correspondence: Professor Craig Mellis, Sydney Medical School, University of Sydney, Blackburn Building D06, Sydney, NSW 2006, Australia. Fax: 90365474; email: craig.mellis@sydney.edu.au

Conflict of interest: None declared.

Accepted for publication 6 August 2013.

regional centre in western New South Wales (NSW), which according to the *Socio-economic Indexes For Areas* data published by the Australian Bureau of Statistics in 2006, 54.4% of Dubbo's population is at a socio-economic index score below the mean, compared with 32.3% in metropolitan Sydney.¹⁰ Coupled with this, the most recent survey data published by the NSW Department of Health in 2007 showed that 60.0% of adults living in Dubbo are overweight or obese, significantly higher than the statewide average of 50.5%.¹¹

The specific aim of the study was to determine if a parent/caregiver was able to accurately determine whether their child was clinically overweight or obese.

Methods

This was a single measurement cross-sectional study to assess the level of agreement between a child's measured weight category (BMI) and the parent/caregiver's (hereafter referred to as 'parent') perception of their child's weight category. Subjects in this study were recruited from a 16-bed paediatric inpatient unit of a large regional base hospital in Dubbo (population 41 000),¹² western NSW in Australia. This base hospital is also the major referral centre for smaller towns in the greater region (population ~300 000).¹² The age range for participation was from 2 to 17 years, with no other exclusion criteria. Indigenous status and ethnicity were not recorded because this was a pilot study and we did not seek ethics approval on these issues. The approximate prevalence of Indigenous Australians in the greater region was 8%.¹² Immediately prior to discharge from hospital, the subject and their parent were invited to participate in the study. The study was conducted over a 3-month period between September and November in 2009.

The invitation to participate in the study was offered by ward nursing staff, trained by the researcher in the protocol of recruitment. Potential subjects were offered a participant information statement and a consent form prior to participating in the study. If they agreed to participate, a nurse measured the weight and height of the child, and the parent was asked to fill out a brief questionnaire.

The study was planned as a pilot, to determine whether there is a general discrepancy between perception and measured weight. If so, further research into gender, age and ethnicity differences, plus qualitative studies to investigate reasons for the discrepancy, would be indicated.

The study was approved by the Human Research Ethics Committee (HREC) of the Local Area Health Network (Greater Western Area Health Service). The HREC approval number was GW2009/05.

The weight and height of the child was measured in accordance with standards set by the National Health and Medical Research Council.² These standards stipulate that height is measured standing, in children over 2 years of age, using a fixed wall stadiometer (Surgical and Medical Products, Model 1013522), and measurements made to the nearest millimetre. Weight was measured to the nearest 0.1 kg, while standing on digital scales (Tanita HD-316 Digital), without shoes and in light clothing.

These data were then used to calculate the child's BMI (weight (kg) ÷ height (m)²) and allocated to the appropriate clinical weight category, as defined by the International Obesity

Task Force (IOTF), using international standard cut-off points derived from paediatric populations across six different countries.¹³ Weight categories were determined by the age, gender and BMI of the subject. The children were then classified as normal weight, overweight or obese. A child was underweight if they were less than the 5th percentile of BMI for age as defined by the Center for Disease Control in the USA.¹⁴

The parental perceptions of a child's weight category were measured by a brief questionnaire given to the parent upon agreement to participate in the study. Although the general purpose of the study was outlined in the participant information statement, parents were unaware of the specific aim of the study. This was reinforced by including a number of distracter items in the questionnaire prior to enquiring about the perceived weight category of their child. Weight category was assessed by asking the parent to tick one of five boxes, which they felt was most applicable to their child. The options were: *very underweight*, *underweight*, *normal weight*, *overweight*, *very overweight*. This categorisation followed the methodology of a similar study conducted in the New England Area Health Service (NSW) in 2006.⁵

As this was a pilot study, no power calculation was utilised, requiring caution in the interpretation of results. Similar to previous statistically significant studies on this topic, we aimed to collect approximately 100 completed questionnaires over the 3-month period.⁸

Statistical analysis was performed by comparing agreement between measured BMI-for-age categories and parental perceptions of their child's weight category. Where appropriate, the Kappa coefficient (κ) was calculated to assess the significance of this agreement taking into account agreement due to chance. A κ of zero would suggest the result is purely due to chance. Fleiss characterises a κ of 0.40–0.75 as a *fair to good* result of agreement allowing for chance. A $\kappa > 0.75$ is an *excellent* result.¹⁵

Results

A total of 100 parents of eligible children participated in this study over the 3-month period. Of these 100 participants, 93 correctly completed the questionnaire, leaving seven participants who were excluded from the study on the basis of incomplete data.

A total of 256 children (aged between 2 and 17 years) were admitted to the paediatric ward during the study period, consequently 39% (100/256) of available patients were successfully recruited. It was unknown how many participants were invited to participate but refused to give consent.

Table 1 demonstrates the demographic data extracted from the questionnaire from the sample of participants.

BMI categories of the 93 children were as follows: underweight 6 (6%); normal weight 60 (65%); overweight 15 (16%); and obese 12 (13%) (Table 2).

Table 3 shows the comparison between measured BMI and perceptions of the parent. Eighty-nine per cent (24/27) of the parents of overweight/obese children underestimated the weight category of their child. This equates to an 11% (3/27) agreement between BMI and caregiver perception in those who are overweight or obese ($\kappa = 0.51$). All (100%) of the overweight/obese boys had their weight category underestimated, while 76% of overweight/obese girls had their weight category underestimated.

Table 1 Questionnaire data summary

	<i>n</i>	%
Overall	93	100
Mean age in years (SD)	9.46 (4.65)	
Age range		
2–4	20	22
5–9	26	28
10–12	18	19
13–17	29	31
Gender		
Male	46	49
Female	47	51
Location of home		
Dubbo	45	48
Remote†	48	52
Prior hospitalisations		
0	22	24
1	23	25
2–4	31	33
≥5	17	18
Family members at home		
2	1	1
3	20	22
4–5	56	60
6–7	11	12
≥8	5	5
Gestation		
Premature (<37 weeks)	14	15
Term	63	68
Late (>42 weeks)	16	17

†A smaller town (<41 000) outside of Dubbo, but within the greater region.

Table 2 BMI categories by gender

BMI category	Boys <i>n</i> (%)	Girls <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)
Underweight	2 (4)	4 (9)	6 (6)
Normal weight	30 (65)	30 (64)	60 (65)
Overweight	6 (13)	9 (19)	15 (16)
Obese	8 (18)	4 (8)	12 (13)
Total	46 (100)	47 (100)	93 (100)

Parents accurately assessed the weight category of their child 66% (61/93) of the time ($\kappa = 0.41$).

Thirty-two per cent (30/93) of children had their weight category underestimated, while only 2% (2/93) of parents overestimated the weight category of their child, both cases being female. Eighty per cent (24/30) of the children whose weight was underestimated were either clinically overweight or obese. Although the numbers were small, the remaining 20% (6/30) of the underestimated cases were children of clinically normal weight, when in fact their parent perceived them to be in the underweight category.

As this was a pilot study and the sample size was small, subgroup analysis (e.g. by age, gender, admissions, etc.) was not performed.

Discussion

The major finding of this study was that among hospitalised children who were overweight or obese, almost 90% of parents underestimated the weight category of their child. Overall, approximately one third of parents underestimated the weight category of their child, while two thirds of parents correctly identified their child's weight category, and only 2% of parents overestimated their child's weight category.

While these results are consistent with previous Australian and international studies, the 32% of parents who underestimated their child's weight category was slightly less than the 46% found by Fisher *et al.* in northern (rural) NSW.⁵ However, their study population only included children between 5 and 8 years old. These results are also similar to those from metropolitan Melbourne, Victoria, where 89% of parents of 5- to 6-year-olds, and 63% of parents of 10- to 12-year-olds did not appreciate that their child was overweight.¹⁶

It is of interest that 10% (6/60) of clinically normal weight children were perceived by their parents to be underweight. This potentially places these children at an increased risk of obesity, as future weight gain may be viewed as a normalisation of weight in the eyes of the parent.

Understanding the reasons why parents are unable to accurately recognise their child's weight category is crucial in resolving the problem of misperception. Jain *et al.* suggested that parents may not understand what 'overweight' means and its relationship to other diseases.¹⁷ There is also the issue of stigmatisation associated with being overweight, which may leave parents avoiding labelling their child.¹⁸ One could postulate that parents are judging the weight category of their child against other overweight children within the population (relatively lower socio-economic status with a higher prevalence of obesity). We as clinicians on the other hand, are using the IOTF cut-offs to categorise weight status. If a parent sees their overweight child as normal, when compared with other children in the same population, then we would expect an underestimation of weight categorisation when compared with our clinical definition of overweight/obesity. Understanding, and perhaps redefining, parental definitions of an overweight child is an important step forward in managing the growing problem of childhood obesity.

A systematic review of research on family involvement in weight control recently found that relatively few intervention studies exist, but those few suggest that parental involvement helps children lose weight.⁴ It is also known that lower socio-economic status brings with it reduced lifestyle options and a lower uptake of health messages about behavioural change.³ Considering the educational, financial and social barriers within this group, there is an obvious challenge within the public health arena to design and implement effective weight reduction programs in the home environment.

Our study has a number of limitations. Although rural, this study population was not community based, but consisted entirely of hospitalised children. There is also a possibility of measurement bias related to the questionnaire. Even though

Table 3 Measured BMI vs. parental perception

Measured BMI		Parental perception				Total n (%)
		Underweight	Normal weight	Overweight	Obese	
Parental perception	Underweight	5	6	0	0	11 (12)
	Normal weight	1	53	12	3	69 (74)
	Overweight	0	1	3	9	13 (14)
	Very overweight	0	0	0	0	0
	TOTAL	6 (6)	60 (65)	15 (16)	12 (13)	93 (100)

Legend	
	Parental underestimation
	Agreement
	Parental overestimation

the questionnaire was designed with a number of distracter questions, parents may have detected the purpose of the study, and been biased (by attempting to be more accurate) in their responses. If so, the agreement between measured and parental perception could have been even worse than we observed. Alternatively, the parent may have filled out the questionnaire in front of their older teenager, perhaps being less likely to report their child as overweight or obese.

As mentioned earlier, further research in this area is required to assess perception differences in gender, age and ethnicity. It would also be interesting to see the differences in weight perception by a parent compared with a health professional. Other studies could also explore inpatient versus outpatient perceptions, or perceptions of single-admission patients compared with multiple-admission patients. Qualitative exploration into the reasons for poor parental perceptions may be an important step in understanding and tackling this troubling issue.

Conclusions

This study identified a major discrepancy between a child's measured BMI and the parental perception of the child's weight category. This is particularly evident when the child is overweight or obese; 89% of parents perceived their overweight/obese child to be in a lighter weight category. Unless a parent can accurately recognise that their child has a weight problem, it seems unlikely they will contribute to changing the modifiable risk factors of childhood obesity. Further qualitative research may be helpful to better understand a parent's definition of their child's weight category.

Acknowledgement

The authors of this study would like to acknowledge the valuable contribution from the nursing staff on the paediatric ward at Dubbo Base Hospital.

References

1 Howard K. Childhood overweight: parental perceptions and readiness for change. *J. Sch. Nurs.* 2007; **23**: 73–9.

2 National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults, Children and Adolescents including a Guide for General Practitioners.* 2003: Canberra.

3 Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obes. Rev.* 2002; **3**: 289–301.

4 Lindsay A, Sussner K, Kim J, Gortmaker S. The role of parents in preventing childhood obesity. *Future Child.* 2006; **16**: 169–86.

5 Fisher L, Fraser J, Alexander C. Caregivers' inability to identify childhood adiposity: a cross-sectional survey of rural children and their caregivers' attitudes. *Aust. J. Rural Health* 2006; **14**: 56–61.

6 Jackson J, Strauss C, Lee A, Hunter K. Parents' accuracy in estimating child weight status. *Addict. Behav.* 1990; **15**: 65–8.

7 Akerman A, Williams M, Meunier J. Perception versus reality: an exploration of children's body mass in relation to caregivers' estimates. *J. Health Psychol.* 2007; **12**: 871–2.

8 Towns N, D'Auria J. Parental perceptions of their child's overweight: an integrative review of the literature. *J. Pediatr. Nurs.* 2009; **24**: 115–30.

9 King T, Kavanagh A, Jolley D, Turrell G, Crawford D. Weight and place: a multilevel cross-sectional survey of area-level social disadvantage and overweight/obesity in Australia. *Int. J. Obes.* 2006; **30**: 281–7.

10 Australian Bureau of Statistics. 2033.0.55.001 – *Census of Population and Housing: Socio-Economic Indexes for Areas (SEIFA), Australia – Data only.* 2006.

11 Centre for Epidemiology and Research, NSW Department of Health. *New South Wales Population Health Survey 2007.* 2007.

12 New South Wales Government. *What is GWAHS?* New South Wales Department of Health – Greater Western Area Health Service. 2010.

13 Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Br. Med. J.* 2000; **320**: 1240–3.

14 National Center for Health Statistics. *Body Mass Index for Age Percentiles: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.* 2000.

15 Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions,* 2nd edn. New York: John Wiley, 1981.

16 Crawford D, Timperio A, Telford A, Salmon J. Parental concerns about childhood obesity and the strategies employed to prevent unhealthy weight gain in children. *Public Health Nutr.* 2006; **9**: 889–95.

17 Jain A, Sherman S, Chamberlin L, Carter Y, Powers S, Whitaker R. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight. *Pediatrics* 2001; **10**: 1138–46.

18 Latner J, Stunkard A, Wilson G. Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obes. Res.* 2005; **13**: 1226–31.

Copyright of Journal of Paediatrics & Child Health is the property of Wiley-Blackwell and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

ANEXO VIII

QUADRO DE ANÁLISE E ARTIGO ORIGINAL - "PARENTAL PERCEPTION OF CHILD WEIGHT:
A CONCEPT ANALYSIS"

TÍTULO	Parental perception of child weight: a concept analysis (2013)
AUTORES	Nicole Mareno
MÉTODOS	Quantitativo e qualitativo
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI - Estudo único descritivo ou qualitativo (Perry, Potter & Elkin, 2012)
OBJETIVOS	Relatório de uma análise do conceito de percepção dos pais sobre o peso da criança
FONTE DE DADOS	<p>58 Artigos entre 2000 e 2012 sobre a percepção dos pais do peso da criança, pesquisados nas bases de dados de enfermagem e ciências sociais, com os seguintes termos de pesquisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepção • Consciência • Discriminação • Reconhecimento • Pais • Peso • Criança • Excesso de peso • Obesidade
RESULTADOS	<p>- Foi utilizada a visão evolucionária da análise do conceito de Rodgers onde se identificou os principais atributos, antecedentes e consequências da percepção dos pais do peso da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atributos – Principais aspetos do conceito/definição da percepção parental <ul style="list-style-type: none"> - <u>reconhecimento do tamanho do corpo</u> Em quase todos os artigos os pais foram convidados a categorizar o peso dos seus filhos utilizando forçosamente escalas de esboços/fotografias. A maioria dos pesquisadores avaliou a congruência entre o IMC de uma criança com base num padrão objetivo e a categorização parental do peso, havendo um grande desfazamento entre a realidade objetiva e a realidade percebida. - <u>reconhecimento da aparência física</u> Pode ser definido pelo reconhecimento do tamanho – por exemplo, se a criança cabe nas roupas para a sua idade ou se a criança é maior que outras da sua idade. - <u>reconhecimento das habilidades funcionais</u> Pode ser definido pelo reconhecimento da atividade física – por exemplo, se a criança é mais sedentária ou fisicamente mais lenta que os outros. - <u>reconhecimento dos efeitos psicossociais</u> - <u>reconhecimentos dos efeitos na saúde relacionados com o peso atual</u> Pode ser definido pelo reconhecimento dos efeitos nocivos para a saúde relacionados com o peso da criança • Antecedentes – Causas precedentes que influenciam a percepção parental <ul style="list-style-type: none"> - <u>crenças parentais e valores</u> Alguns pais associam a ausência de doença e apetite robusto como sinal de peso adequado Em algumas famílias o excesso de peso é aceitável sendo descrito como “ossos grandes” ou “forte” O excesso de peso é melhor percebido nas meninas devido à expectativa de menor peso corporal no sexo feminino - <u>fatalismo</u> O peso é predestinado pela genética da família e não adianta contrariar - <u>normalização da sociedade do excesso de peso</u>

	<p>Pelo grande numero de crianças com sobrepeso numa determinada sociedade, este é visto como normal</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>status de peso parental</u> <p>O excesso de peso parental, nomeadamente das mães faz desvalorizar o peso da criança</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>estado de saúde mental dos pais</u> <p>Depressão nos pais tem sido vista como factor de desvalorização do peso dos filhos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consequências – Situações que se seguem à ocorrência de um conceito <ul style="list-style-type: none"> <u>Principal:</u> <ul style="list-style-type: none"> - status de peso saudável para a criança <u>Específicas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - preocupação - aumento do conhecimento sobre riscos do sobrepeso/obesidade - motivação para fazer mudanças - alterações no estilo de vida da família <p>O resultado do reconhecimento do status de peso da criança gera maior motivação para fazer mudanças no estilo de vida familiar</p>
DISCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - A definição básica de percepção como processo passivo de construção de símbolos mentais apartir de informações adquiridas pelos sentidos não é a mais adequada. - A percepção é um processo intencional ativo fortemente influenciado pelo contexto sociocultural. - Nesta análise de artigos, a percepção parental do peso da criança tem uma definição abrangente formulada pelo reconhecimento do tamanho do corpo, aparência física, habilidades funcionais, psicossociais e efeitos do peso inadequado para a saúde. - O processo dinâmico do reconhecimento parental do peso da criança é precedido por valores e crenças. - Hudson <i>et al.</i> (2009) utilizaram a teoria dos sistemas de Brofenbrenner mas não exploraram fatores socioculturais relacionados com a percepção parental do peso. No entanto, esta teoria também não explora alterações cognitivas e comportamentais. - Devido à falta de uma teoria de enfermagem existente para enquadrar o conceito de percepção parental do peso, é proposta pelos autores deste artigo uma teoria explicativa.
LIMITAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Há um grande volume de artigos dos média populares sobre a obesidade infantil - A percepção parental do peso pode ser filtrada por uma lente sociocultural influenciada pelos contextos – por exemplo, a normalização da sociedade do excesso de peso.
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - A percepção dos pais do peso da criança pode ser conceitualmente definida como o julgamento parental formulado pelo reconhecimento do tamanho do corpo, aparência física, habilidades funcionais, efeitos psicossociais e efeitos na saúde relacionados com o peso corporal atual. - Fatores ambientais e formulação de julgamentos sobre o peso são fortemente influenciados por antecedentes incluindo crenças e valores dos pais e seu estado de saúde mental. - As consequências deste conceito são a preocupação dos pais, aumento do conhecimento sobre os riscos de saúde relacionados com a obesidade, motivação para fazer mudanças e estilo de vida da família. O objetivo final é um status de peso saudável para a criança.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<ul style="list-style-type: none">- Aumento da consciencialização sobre a natureza multidimensional da percepção parental do peso.- Maior consciência dos fatores contextuais que influenciam a percepção parental do peso.- A percepção do peso é filtrada através de uma lente sociocultural- Os profissionais devem começar com perguntas abertas que exploram a compreensão dos pais sobre o peso da criança, pontos de vista com base sociocultural sobre o peso corporal ideal da criança e abordar as preocupações dos pais
----------------------------------	---

CONCEPT ANALYSIS

Parental perception of child weight: a concept analysis

Nicole Mareno

Accepted for publication 2 March 2013

Correspondence to N. Mareno:
e-mail: nmareno@kennesaw.edu

Nicole Mareno PhD RN
Assistant Professor of Nursing
WellStar School of Nursing, Kennesaw State
University, Georgia, USA

MARENO N. (2014) Parental perception of child weight: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 70(1), 34–45. doi: 10.1111/jan.12143

Abstract

Aim. This article is a report of an analysis of the concept of parental perception of child weight.

Background. Perception is commonly studied, but lacks a strong conceptual definition. Concept analysis is important in providing a conceptual definition of parental perception of child weight.

Design. Rodgers's evolutionary view of concept analysis guided this enquiry.

Data sources. A search of multiple nursing and social sciences databases was undertaken, including CINAHL, Academic Search Complete, Science Direct, ProQuest, PsychINFO, Medline and SocINDEX.

Review methods. Data from 2000–2012 related to the concept of interest were reviewed. Fifty-eight articles meeting the inclusion criteria were included. Key attributes, antecedent occurrences and consequences of the concept's use were identified. Thematic analysis revealed common themes related to the concept attributes, antecedents and consequences.

Results. Five attributes were identified including: parental recognition of body size, physical appearance, functional abilities, psychosocial effects and health effects related to body weight. Antecedents of this concept are parental beliefs and values about body weight, fatalism, societal normalization of overweight, parental weight status and parental mental health status. The consequences of this concept are parental concern, increased knowledge about obesity-related health risks, motivation to make changes and family lifestyle changes. The ultimate goal is a healthy weight for the child.

Conclusions. A middle-range explanatory theory of parental perception of child weight was proposed. Parents who recognize child weight issues may be motivated to initiate lifestyle changes, resulting in a healthy weight for the child.

Keywords: childhood obesity, concept analysis, nurses, nursing, parent, perception

Introduction

Childhood overweight and obesity are global phenomena in both developed and developing countries. Discourse concerning the alarming rates, causes, health risks and treatment of childhood overweight and obesity occurs among healthcare professionals, the mass media and parents. Globally, 40–50 million young children in developed and developing countries are estimated to be overweight or obese (International Obesity Task Force 2012, WHO 2012a) and over half of the world's population lives in countries where chronic disease-associated deaths are attributed to overweight and obesity (WHO 2012b). Childhood obesity is a risk factor for both childhood and adult-onset chronic diseases including cardiovascular disease, diabetes, cancer, asthma, liver disease and joint disorders (Ayer & Steinbeck 2010, Fennoy 2010, Franks *et al.* 2010, Raghuvver 2010).

The promotion of healthy body weight maintenance for children and adolescents is a public health challenge for nurses across the globe. Nurses have an important role in helping families achieve healthy body weight maintenance for the prevention of obesity-related chronic diseases that begin in childhood. An important aspect of this role is to understand how a parent perceives his or her child's weight and whether or not a parent recognizes health risks related to childhood overweight or obesity (Bossink-Tuna *et al.* 2009, Doolen *et al.* 2009, Garrett-Wright 2010). Body weight is a socially constructed phenomenon (Goodman *et al.* 2000) and it is essential that nurses understand the array of factors that impact how a parent perceives their child's body weight.

The concept of interest in this analysis is perception, specifically parental perception of child weight. The concept of parental perception of child weight lacks a comprehensive definition. As Garrett-Wright (2010) notes, understanding how a parent defines a healthy body weight for his or her child is an important step in helping to successfully prevent or treat childhood overweight and obesity. The concept of parental perception of child weight will be explored using Rodgers's (2000) evolutionary approach to concept analysis. For the purposes of this analysis, studies of parents of children between the ages of 2–19 years were included.

Background

The general concept of perception is not a new phenomenon of study. Historically, perception has been defined as the construction of mental symbols or representations of reality gained from the senses (Gibson 1966, Reed 1988). This sensory information is processed through neural and psychological mechanisms allowing humans to search for,

acquire, adapt and modify information (Gibson 1966). In the 1970s, researchers built on this knowledge, arguing that individuals may attend to certain environmental factors, rendering them salient, while simultaneously excluding other factors deemed insignificant (Taylor & Fiske 1975). This early work led to research on an individual's perception of reality and objective reality (Taylor & Brown 1988) and the conclusion that incongruity between an individual's perception of reality and objective reality is a positivity bias, or a distortion of objective reality that allows a mentally healthy individual to maintain a positive self-image (Taylor & Brown 1988).

The idea of incongruity between an individual's perception and objective reality has been the cornerstone of contemporary research on parental perception of child weight. Nursing and social sciences research of parental perception of child weight began to appear in the literature around the year 2000, coinciding with interest in factors contributing to the significant increase in the rates of childhood overweight and obesity. In particular, there is a plethora of literature that has operationalized parental perception of child weight as the degree of congruity between parents' appraisals of their child's weight compared with a measured body weight (Baughcum *et al.* 2000, Goodman *et al.* 2000, Myers & Vargas 2000, Maynard *et al.* 2003, Boutelle *et al.* 2004, Fisher *et al.* 2006, Akerman *et al.* 2007, Huang *et al.* 2007, Muhammed *et al.* 2008, West *et al.* 2008, De La *et al.* 2009, Hudson *et al.* 2009, Tschamler *et al.* 2010, Vuorela *et al.* 2010, Wen & Hui 2010, Hearst *et al.* 2011).

Parental perception of child weight is a commonly studied concept. Researchers provide operational definitions (e.g. appraisal of a child's weight), but most research studies lack a strong conceptual definition. Although degree of congruity between a parent's appraisal of their child's weight and the child's measured body weight is one way to measure perceived versus objective reality, contextual factors that impact a parent's perception of their child's weight remain unclear. Concept analysis is an important first step in providing a comprehensive conceptual definition of parental perception of child weight and generating theory related to this concept.

This paper is a report of an analysis of the concept of parental perception of child weight. Rodgers's (2000) evolutionary approach was used to guide this enquiry. Rodgers (1989, 2000) proposed an evolutionary view of concept analysis, which rejects a fixed, essentialist viewpoint of a concept as a single, unchanging phenomenon. Rodgers argues that a more contemporary view of concept analysis is that concepts are socially constructed, context-dependent and vary as time and circumstances change.

In Rodgers's view, concepts are complex mental groupings of ideas that are expressed through words. Clarifying the key attributes or defining qualities of a concept allows the nursing profession to use the concept in a more effective manner. To give clarity to a concept, Rodgers (2000) proposed the following steps for concept analysis: (1) identification of the concept of interest and associated (or surrogate) terms; (2) identification of the setting and sample (e.g. time period of literature review, disciplines to be included in the literature review); (3) data collection to identify key attributes of the concept, a description of the situational, temporal, sociocultural and disciplinary context of the concept, antecedent occurrences and consequences of the concept's use; (4) data analysis to ascertain the attributes, antecedent occurrences and consequences of the concept's use; (5) identification of an exemplar, if considered appropriate; and (6) identification of implications for further development of the concept. Rodgers's process of concept analysis is not meant to be conducted in a linear fashion; the steps may occur simultaneously, as it is a fluid, cyclical process.

Data sources

Parental perception of child weight was the concept of interest for this analysis. Historically, perception has come to be defined both as a passive process of constructing mental symbols from information gained by the senses and as an active process of purposeful information-seeking and attention to environmental factors (Gibson 1966, Taylor & Fiske 1975). Although most scholars use the term perception to denote the act of apprehending and appreciating factors and qualities by means of the senses or cognitive processes, several closely associated or surrogate terms were identified including: awareness, discrimination and recognition.

A search of multiple nursing and social sciences databases for the years 2000–2012 was undertaken, including CINAHL, Academic Search Complete, Science Direct, ProQuest, PsychINFO, Medline and SocINDEX. The key search terms used were perception, perceptions, awareness, discrimination, recognition, parent, weight, child, overweight and obesity. Articles meeting the following inclusion criteria were included in the analysis: English language-only; scholarly/peer-reviewed literature from nursing, social and allied health sciences disciplines; independent research studies; and studies of parental perception of child/adolescent weight (ages 2–19 years).

The initial search resulted in 207 articles meeting the inclusion criteria. The lists from each database were cross-referenced to remove duplicate entries. Next, each

article abstract was reviewed for relevance. Articles that were not research studies and did not examine parental perception of child weight were removed. A total of 149 articles were removed, yielding a final sample of 58 articles. Of the 58 articles, a majority were quantitative studies ($n = 47$). The remainder consisted of seven qualitative studies and four mixed method studies.

Each article was coded by discipline, according to the affiliation or academic preparation of the first author. Medicine ($n = 23$) had the highest number of articles, followed by dietetics ($n = 9$), health services ($n = 9$), nursing ($n = 6$), public health ($n = 4$), psychology ($n = 4$) and kinesiology/exercise science ($n = 3$). Every article was read in its entirety. The author reviewed each study with attention to the study methodology/sample/setting, how parental perception of child weight was operationalized and key attributes, antecedents and consequences of the concept. Notes were kept by the researcher to aid in thematic coding and identification of situational, temporal, sociocultural and disciplinary context of the concept.

Data were analysed using a thematic approach for content analysis (Rodgers 2000). This process involved examining each category of data (attributes, antecedents and consequences) separately to identify major themes (Rodgers 2000). Data were organized and reorganized to highlight emerging themes related to the concept's attributes, antecedents and consequences. Using actual words obtained from the data, significant attributes, antecedents and consequences were given word or phrase labels. Data were analyzed with attention to sociocultural, disciplinary and temporal context, resulting in a comprehensive view of the concept. A colleague with experience in concept analysis provided independent quality checks for data collection and data analysis, agreeing with the researcher's selection of articles and conclusions.

The identification of an exemplar was the only step omitted in this concept analysis. Rodgers (2000) asserts that exemplars should be identified as a universal illustration of the concept and not constructed. Due to unique, individual sociocultural factors associated with parental perception of child weight, an exemplar was not identified.

Results

Attributes

Rodgers (1989, 2000) defines attributes as the major aspects or defining qualities of the concept. From this analysis, parental perception of child weight can be conceptually defined as a parent's judgement of their child's body weight

formulated by a parent's recognition of body size, physical appearance, functional abilities, psychosocial effects and health effects related to current body weight. This definition includes five key attributes including: (1) recognition of body size; (2) recognition of physical appearance; (3) recognition of functional abilities; (4) recognition of psychosocial effects; and (5) recognition of health effects related to current body weight (Table 1).

Recognition of body size

Parental recognition of the child's body size was the strongest attribute identified in this analysis. A parent's judgement of their child's weight has often been expressed by a numerical rating, or picture/drawing/sketch of how they view their child. In nearly all 58 articles, parents were asked to categorize their child's weight using a forced-choice rating scale or sketch/photograph. Researchers who used forced-choice scales asked the parent to describe their child's weight by selecting a category that was based on an objective medical weight standard. The most commonly used scale was a numerical Likert-type, where the parent classified their child's weight from very underweight to very overweight. Researchers used several other forced-choice scales with varying terminology, including: underweight to overweight, underweight to obese, thin to plump/fat, somewhat thin to somewhat heavy and a little overweight to obese. Other forced-choice methods involved the use of a visual analogue scale, a rating of the child's health related to their weight and dichotomous yes/no responses to whether the parent agreed that their child was overweight.

A parent's recognition of their child's body size was also made using a series of figure sketches/silhouettes, photographs, or an estimation of the child's frame size. Parents were asked to select from seven sketches or photographic images representing boys and girls of varying weights and ages based on body mass index (BMI). The parent's recognition of the child's body size based on the selected figure was compared with an objective medical weight standard.

Researchers who used forced-choice classification methods assessed for congruence between or among the parents' recognition of the child's weight and one or two objective medical weight standards. A majority of the researchers used the Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2000) guidelines for BMI-for age. The International Obesity Task Force standards (Cole *et al.* 2000) were the second most commonly used guidelines, followed by the World Health Organization (WHO 2012b) body mass index classification and United Kingdom body mass index curves (Cole *et al.* 1995).

In all studies reviewed for this analysis, the word perception lacked a strong conceptual definition. One defining quality of perception is the formulation of a parent's judgement through recognition of a child's body size by assigning a description or category. Most researchers have assessed the congruity between a child's BMI based on an objective medical weight standard and the parent's categorization of their child's weight using the same medical standard. The mismatch between objective reality and perceived reality are strong and significant in many of the studies. Most researchers have found that parents tend to underestimate their child's weight, especially if the child's BMI was in the overweight or obese category (Baughcum *et al.* 2000, Goodman *et al.* 2000, Etelson *et al.* 2003, Maynard *et al.* 2003, Boutelle *et al.* 2004, Adams *et al.* 2005, Carnell *et al.* 2005, Genovesi *et al.* 2005, Jeffrey *et al.* 2005, Eckstein *et al.* 2006, Fisher *et al.* 2006, Skelton *et al.* 2006, Akerman *et al.* 2007, Wald *et al.* 2007, Watkins *et al.* 2007, Muhammed *et al.* 2008, West *et al.* 2008, De La *et al.* 2009, Warschburger & Krölller 2009, Juliusson *et al.* 2010, Luttikhuis *et al.* 2010, Manios *et al.* 2010, Perrin *et al.* 2010, Tschamler *et al.* 2010, Vuorela *et al.* 2010, Christensen 2011, Hearst *et al.* 2011, Jones *et al.* 2011, Parkinson *et al.* 2011). A few researchers found that parents overestimate their child's weight despite a normal BMI; one study took place in the Netherlands (Bossink-Tuna *et al.* 2009) and one study took place in China (Wen & Hui 2010).

Solely categorizing weight using numerical scales with medical terminology or labels (e.g. underweight, normal weight, overweight, obese) and BMI is problematic from a conceptual standpoint. One attribute of parental perception of child weight includes a parent's recognition of the child's body size. Through this analysis, other attributes of parental perception of child weight were identified and will be discussed below.

Recognition of physical appearance

Parental recognition of a child's physical appearance was identified as the second attribute of parental perception of child weight. Parental recognition of physical appearance can be defined as a parent's recognition that the child was visually too large (e.g. round face or large belly) (Jain *et al.* 2001, Rich *et al.* 2005, Goodell *et al.* 2008, Jones *et al.* 2011), could not fit into clothing for their age (Jain *et al.* 2001, Jackson *et al.* 2005, Goodell *et al.* 2008, Booth *et al.* 2009, Garrett-Wright 2010, Jones *et al.* 2011), or that the child is larger than his or her peers (Borra *et al.* 2003, Jackson *et al.* 2005, He & Evans 2007, Booth *et al.* 2009, Bossink-Tuna *et al.* 2009, Garrett-Wright 2010, Vuorela *et al.* 2010, Jones *et al.* 2011).

Table 1 Attributes of parental perception of child weight.

Attribute	Themes	References
Recognition of body size	Forced choice Likert-type scales	Baughcum <i>et al.</i> 2000, Young-Hyman <i>et al.</i> 2000, Borra <i>et al.</i> 2003, Maynard <i>et al.</i> 2003, Boutelle <i>et al.</i> 2004, Carnell <i>et al.</i> 2005, Genovesi <i>et al.</i> 2005, Jeffrey <i>et al.</i> 2005, Rhee <i>et al.</i> 2005, Eckstein <i>et al.</i> 2006, Fisher <i>et al.</i> 2006, Skelton <i>et al.</i> 2006, He & Evans 2007, Huang <i>et al.</i> 2007, Jimenez-Cruz <i>et al.</i> 2007, Jones & Forster-Cox 2007, May <i>et al.</i> 2007, Watkins <i>et al.</i> 2007, Lampard <i>et al.</i> 2008, Muhammed <i>et al.</i> 2008, Skinner <i>et al.</i> 2008, West <i>et al.</i> 2008, De La <i>et al.</i> 2009, Hudson <i>et al.</i> 2009, Juliusson <i>et al.</i> 2010, Luttikhuis <i>et al.</i> 2010, Perrin <i>et al.</i> 2010, Tschamler <i>et al.</i> 2010, Vuorela <i>et al.</i> 2010, Webber <i>et al.</i> 2010, Wen & Hui 2010, Christensen 2011, Hearst <i>et al.</i> 2011, Jaballas <i>et al.</i> 2011, Jones <i>et al.</i> 2011, Parkinson <i>et al.</i> 2011, Vanhala <i>et al.</i> 2011 Etelson <i>et al.</i> 2003
	Visual analogue scale	
	Rating of the child's health	Jain <i>et al.</i> 2001, Rich <i>et al.</i> 2005, Skelton <i>et al.</i> 2006
	Dichotomous yes/no response	Goodman <i>et al.</i> 2000, Myers & Vargas 2000, Adams <i>et al.</i> 2005, Wald <i>et al.</i> 2007
	Figure/sketches/silhouettes/photographs	Young-Hyman <i>et al.</i> 2000, Contento <i>et al.</i> 2003, Sherry <i>et al.</i> 2004, Eckstein <i>et al.</i> 2006, Killion <i>et al.</i> 2006, Huang <i>et al.</i> 2007, Lampard <i>et al.</i> 2008, Warschburger & Kröller 2009, Luttikhuis <i>et al.</i> 2010
	CDC guidelines	Baughcum <i>et al.</i> 2000, Goodman <i>et al.</i> 2000, Contento <i>et al.</i> 2003, Etelson <i>et al.</i> 2003, Maynard <i>et al.</i> 2003, Boutelle <i>et al.</i> 2004, Adams <i>et al.</i> 2005, Holm-Denoma <i>et al.</i> 2005, Rhee <i>et al.</i> 2005, Fisher <i>et al.</i> 2006, Akerman <i>et al.</i> 2007, He & Evans, 2007, Huang <i>et al.</i> 2007, Jones & Forster-Cox 2007, May <i>et al.</i> 2007, Wald <i>et al.</i> 2007, Watkins <i>et al.</i> 2007, Muhammed <i>et al.</i> 2008, Skinner <i>et al.</i> 2008, West <i>et al.</i> 2008, De La <i>et al.</i> 2009, Hudson <i>et al.</i> 2009, Manios <i>et al.</i> 2010, Perrin <i>et al.</i> 2010, Tschamler <i>et al.</i> 2010, Hearst <i>et al.</i> 2011 Carnell <i>et al.</i> 2005, Genovesi <i>et al.</i> 2005, Muhammed <i>et al.</i> 2008, Warschburger & Kröller 2009, Juliusson <i>et al.</i> 2010, Luttikhuis <i>et al.</i> 2010, Vuorela <i>et al.</i> 2010, Webber <i>et al.</i> 2010, Christensen 2011, Jones <i>et al.</i> 2011 Adams <i>et al.</i> 2005, Akerman <i>et al.</i> 2007, Lampard <i>et al.</i> 2008, Wen & Hui 2010
	International Obesity Task Force standards	Jeffrey <i>et al.</i> 2005
World Health Organization body mass index classification		
United Kingdom body mass index curves	Jeffrey <i>et al.</i> 2005	
Recognition of physical appearance	The child is visually too large	Jain <i>et al.</i> 2001, Rich <i>et al.</i> 2005, Goodell <i>et al.</i> 2008, Jones <i>et al.</i> 2011
	The child is larger than their peers	Borra <i>et al.</i> 2003, Jackson <i>et al.</i> 2005, He & Evans 2007, Booth <i>et al.</i> 2009, Bossink-Tuna <i>et al.</i> 2009, Garrett-Wright 2010, Vuorela <i>et al.</i> 2010, Jones <i>et al.</i> 2011
Recognition of functional abilities	The child could not fit into clothing for their age	Jain <i>et al.</i> 2001, Jackson <i>et al.</i> 2005, Goodell <i>et al.</i> 2008, Booth <i>et al.</i> 2009, Garrett-Wright 2010, Jones <i>et al.</i> 2011
	The child is physically unfit	Borra <i>et al.</i> 2003, Rich <i>et al.</i> 2005, Eckstein <i>et al.</i> 2006
Recognition of psychosocial effects	The child is more sedentary or physically slower than other children	Jain <i>et al.</i> 2001, Borra <i>et al.</i> 2003, Jackson <i>et al.</i> 2005, Eckstein <i>et al.</i> 2006, He & Evans 2007, Goodell <i>et al.</i> 2008, Booth <i>et al.</i> 2009, Bossink-Tuna <i>et al.</i> 2009, Garrett-Wright 2010, Vuorela <i>et al.</i> 2010, Jones <i>et al.</i> 2011
	Changes in child self-esteem	Goodell <i>et al.</i> 2008, Booth <i>et al.</i> 2009
Recognition of health effects	Teasing of child by peers or other family members	Jain <i>et al.</i> 2001, Bossink-Tuna <i>et al.</i> 2009
	Negative health consequences (e.g. diabetes)	Jain <i>et al.</i> 2001, Rich <i>et al.</i> 2005, Skelton <i>et al.</i> 2006, Goodell <i>et al.</i> 2008
	Signs of positive health (e.g. ability to play)	Jain <i>et al.</i> 2001, Rich <i>et al.</i> 2005, Skelton <i>et al.</i> 2006

Recognition of functional abilities

The third attribute of parental perception of child weight is parental recognition of the child's functional abilities. This attribute can be defined as a parent's recognition that their

child is physically unfit (Borra *et al.* 2003, Rich *et al.* 2005, Eckstein *et al.* 2006), or that their child was more sedentary or physically slower than other children (Jain *et al.* 2001, Borra *et al.* 2003, Jackson *et al.* 2005, Eckstein *et al.* 2006,

He & Evans 2007, Goodell *et al.* 2008, Booth *et al.* 2009, Bossink-Tuna *et al.* 2009, Garrett-Wright 2010, Vuorela *et al.* 2010, Jones *et al.* 2011).

Recognition of psychosocial effects

The fourth attribute identified in this analysis was parental recognition of psychosocial effects related to body weight. In two studies, parents became aware of their child's weight when they noted a decrease in their child's self-esteem (Goodell *et al.* 2008, Booth *et al.* 2009). Parental recognition of psychosocial effects related to child weight status was also related to parents becoming aware of body weight-focused teasing that the child experienced from peers or other family members (Jain *et al.* 2001, Bossink-Tuna *et al.* 2009).

Recognition of health effects related to current body weight

The final attribute identified in this analysis was parental recognition of health effects related to child weight. Parents attended to negative health consequences (e.g. diabetes, mobility issues) as they related to their child's body weight (Jain *et al.* 2001, Rich *et al.* 2005, Skelton *et al.* 2006, Goodell *et al.* 2008). In three studies, parents equated robust child appetite and ability to play as signs of positive health as they related to child weight (Jain *et al.* 2001, Rich *et al.* 2005, Skelton *et al.* 2006).

Through an analysis of this concept, five key attributes of parental perception of child weight were identified. The conceptual definition of parental perception of child weight as a parent's judgement of their child's body weight formulated by the recognition of body size, physical appearance, functional abilities, psychosocial effects and health effects related to current body weight was identified through the extant literature. A part of this definition is that parental perception of weight is a dynamic process. As Towns and D'Auria (2009) note, a methodological limitation of past research on parental perception of child weight is that nearly all studies are cross-sectional, assessing a parent's perception at a single point in time. As children grow and develop, a parent's judgement of their child's weight may change.

Antecedents

Rodgers (1989, 2000) defines antecedent occurrences as preceding causes or manifestations associated with the concept of interest. In this analysis five antecedents were identified: parental beliefs and values about body weight, fatalism, societal normalization of overweight, parental weight status and parental mental health status. The antecedents are preceding causes or manifestations that influence a parent's perception of their child's weight.

Parental beliefs and values about body weight have a significant impact on how a parent both views and values a child's weight. Parental beliefs and values about body weight can be defined as individual attitudes, expectations, or beliefs about body size as they relate to the child's overall health status (Baughcum *et al.* 2000, Contento *et al.* 2003, Jackson *et al.* 2005, Killion *et al.* 2006, Skelton *et al.* 2006, Goodell *et al.* 2008, West *et al.* 2008, Warschburger & Kröller 2009, Webber *et al.* 2010). Rich *et al.* (2005) found that some parents may describe general good health (e.g. absence of illness, robust appetite and ability to play) as a measure of an appropriate body weight, rather than relying on growth charts.

Values related to current or ideal body weight for children vary by race/ethnicity, geographic region and family (Contento *et al.* 2003, Boutelle *et al.* 2004, Rich *et al.* 2005, Booth *et al.* 2009). For example, in some families being overweight is more acceptable than being too thin and euphemisms ('big-boned' or 'strong') may be used to describe a child's weight rather than pejorative terms like 'fat' or 'overweight' (Jain *et al.* 2001, Adams *et al.* 2005, Watkins *et al.* 2007, Warschburger & Kröller 2009). Child gender may also influence parental beliefs and values about body weight. There are societal expectations of weight based on gender; parents tend to perceive overweight more readily in girls/young women, due to expectations of lower body weight among females (Baughcum *et al.* 2000, Goodman *et al.* 2000, Boutelle *et al.* 2004, Adams *et al.* 2005, Genovesi *et al.* 2005, Holm-Denoma *et al.* 2005, Jeffrey *et al.* 2005, Rhee *et al.* 2005, Rich *et al.* 2005, Fisher *et al.* 2006, He & Evans, 2007, West *et al.* 2008, Booth *et al.* 2009, De La *et al.* 2009, Warschburger & Kröller 2009, Juliusson *et al.* 2010, Vuorela *et al.* 2010, Webber *et al.* 2010, Hearst *et al.* 2011, Jones *et al.* 2011).

The second antecedent identified in his analysis was fatalism. In 15 of the studies, fatalism, a parent's belief that the child was made in a certain way or that their child was predestined for weight gain due to family genetics, was noted to have an association with parental perception of child weight (Myers & Vargas 2000, Jain *et al.* 2001, Etelson *et al.* 2003, Sherry *et al.* 2004, Adams *et al.* 2005, Jackson *et al.* 2005, Rich *et al.* 2005, Eckstein *et al.* 2006, Skelton *et al.* 2006, Akerman *et al.* 2007, He & Evans 2007, Goodell *et al.* 2008, Booth *et al.* 2009, Bossink-Tuna *et al.* 2009, Garrett-Wright 2010, Jaballas *et al.* 2011).

The third antecedent identified in this analysis was societal normalization of overweight. Societal normalization of overweight is defined as a shift in the acceptability of overweight as normal (Carnell *et al.* 2005, Huang *et al.* 2007,

Lampard *et al.* 2008, Bossink-Tuna *et al.* 2009). This may coincide with global increases in the rates of overweight and obesity. Arguably, if there are greater numbers of overweight children in society, a parent may or may not recognize if their child is larger than his/her peers of the same age.

Parental weight status and parental mental health status were identified as the final two antecedents. Parental weight status, specifically maternal overweight, has been posited to have an impact on a parent's perception of their child's weight (Contento *et al.* 2003, Adams *et al.* 2005, Carnell *et al.* 2005, West *et al.* 2008, Wen & Hui 2010, Hearst *et al.* 2011). Adams and colleagues assert that parents who struggle with their own weight may have difficulty recognizing overweight in their children and may have a higher threshold for defining what overweight means. Parental mental health issues (e.g. depression) have also been hypothesized to have an impact on parental perception of child weight (Holm-Denoma *et al.* 2005, Jimenez-Cruz *et al.* 2007). Although few researchers examined parental mental health issues as they pertain to parental perception of child weight, it is worth noting the potential impact of these issues on perceived vs. objective reality.

Consequences

Consequences are defined as situations that follow the occurrence of a concept (Rodgers 2000). The main consequence of parental perception of child weight is a healthy weight status for the child. Pertaining to this broad consequence, there were four specific consequences identified in this analysis including: concern, increased knowledge (about health risks related to childhood overweight/obesity), motivation to make changes and family lifestyle changes.

In most of the studies, parents expressed increased anxiety, concern, or worry regarding their child's current or future weight status. A few researchers found that parents feared the child would develop an eating disorder if they discussed weight issues with their child and/or tried to restrict foods (Borra *et al.* 2003, Boutelle *et al.* 2004, Sherry *et al.* 2004, Bossink-Tuna *et al.* 2009, Jones *et al.* 2011). Much of the concern and anxiety related to child weight status was linked to an increased knowledge about health risks related to childhood overweight/obesity. In several of the studies, parental knowledge of health risks related to obesity increased, causing parents to worry both about their child's current health status and their future risk for developing obesity-related chronic diseases (Jain *et al.* 2001, Adams *et al.* 2005, Rich *et al.* 2005, Fisher *et al.*

2006, Hudson *et al.* 2009, Warschburger & Kröller 2009, Luttikhuis *et al.* 2010, Wen & Hui 2010).

The upshot of recognition of child weight status is an increased motivation to make family lifestyle changes. This can take the form of supporting healthier dietary choices and increased physical activity for all family members, changing messages given to children about what is healthy and role-modelling healthy lifestyle behaviours and positive body image (Boutelle *et al.* 2004, He & Evans 2007, West *et al.* 2008, Webber *et al.* 2010, Wen & Hui 2010, Christensen 2011, Jaballas *et al.* 2011). Ultimately, active parental engagement in creating healthier meals and participation in active play will lead to maintenance of, or changes to child weight status (Jain *et al.* 2001, Contento *et al.* 2003, Sherry *et al.* 2004, Holm-Denoma *et al.* 2005, Rich *et al.* 2005, May *et al.* 2007, Lampard *et al.* 2008, Muhammed *et al.* 2008, Warschburger & Kröller 2009, Manios *et al.* 2010, Webber *et al.* 2010, Wen & Hui 2010, Jaballas *et al.* 2011).

Discussion

In the evolution of the concept of parental perception of child weight, the basic definition of perception as passive process of constructing mental symbols from information gained by the senses is no longer adequate. Both Gibson (1966) and Taylor and Fiske (1975) proposed that perception is an active intentional process of attending to environmental factors. What an individual renders salient is heavily influenced by their sociocultural context. Despite the large volume of research on parental perception of child weight, the concept historically has been poorly defined. Through this analysis, parental perception of child weight has a more comprehensive definition of a parent's judgement of their child's body weight formulated by recognition of body size, physical appearance, functional abilities, psychosocial effects and health effects related to current body weight.

The dynamic process of a parent recognizing and making a judgement regarding their child's weight status is preceded by parental values and beliefs about child body weight, parental weight status and parental mental health status. At this point in time, larger body sizes are becoming increasingly normal. It is possible that the normalization of overweight is pervasive globally and this may be changing the way society views the body and/or ideal body shape.

Historically, research on parental perception of child weight has been atheoretical. Hudson *et al.* (2009) used Bronfenbrenner's (1979) ecological systems theory to frame their study, but did not explore sociocultural factors as they specifically pertained to parental perception of weight.

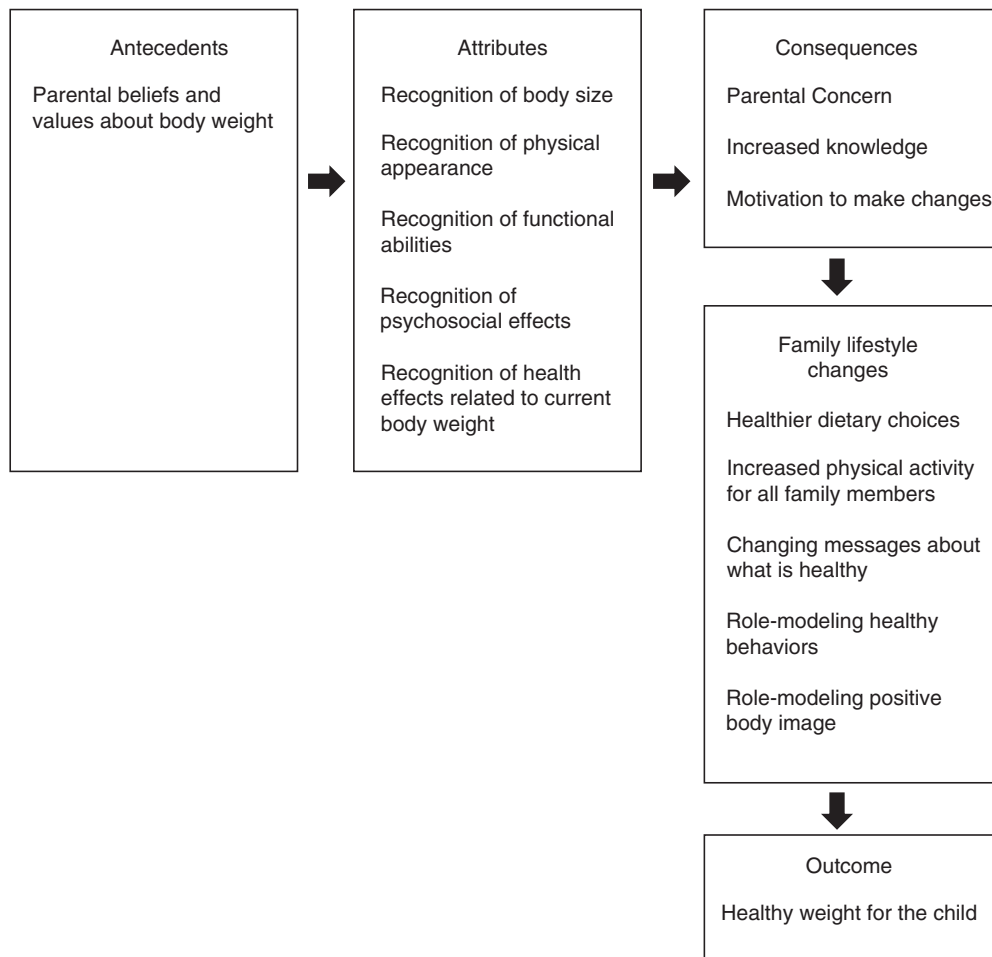


Figure 1 Middle range explanatory theory of the concept of parental perception of child weight.

Bronfenbrenner's ecological systems theory explores the wide-ranging environmental factors that impact the development of the child, but does not address specific behavioural or cognitive changes that lead to health promotion behaviour (e.g. healthy weight status for the child).

Pender's (1982) and Pender *et al.*'s. (2002) Health Promotion Model (HPM) was also explored as a framework to explain the relationship among the concept antecedents, attributes and consequences revealed in this analysis. The HPM addresses individual characteristics and experiences, specific behaviours and knowledge that help to motivate behavioural changes and desired behavioural outcomes that lead to health promoting behaviours (Pender 1982, Pender *et al.* 2002). This model is focused primarily on the individual and does not strongly account for environmental or sociocultural factors impacting health promotion.

Due to the lack of an existing nursing theory to frame the concept of parental perception of child weight, a middle range explanatory theory is proposed (Figure 1). An explan-

atory theory is appropriate describing and explaining the nature, context and consequences of a phenomenon (Meleis 2012). Rodgers's evolutionary view of concept analysis was used to identify key attributes, antecedents and consequences, which are reflected in a preliminary explanatory theory of parental perception of child weight. Testing and refinement of this preliminary explanatory theory should be the next step.

Limitations

Despite rigour in the data analysis procedure, there are several limitations to this study. Lay literature was not reviewed in this analysis. There is a great volume written in popular media on childhood obesity, which may have further enhanced this review. The focus of the analysis was on understanding the concept of parental perception; therefore, the literature on healthcare providers' or children's' perception was not reviewed for this analysis. Understanding per-

What is already known about this topic

- Global rates of childhood overweight and obesity have increased significantly in the past 40 years.
- Perception is a commonly studied concept and although researchers give operational definitions, most research studies lack a strong conceptual definition.

What this paper adds

- Parental perception of child weight can be conceptually defined as a parent's judgement of their child's body weight formulated by a parent's recognition of body size, physical appearance, functional abilities, psychosocial effects and health effects related to current body weight.
- Attention to environmental factors and formulation of judgements about weight are heavily influenced by antecedent factors including parental beliefs and values about body weight, fatalism, societal normalization of overweight, parental weight status and parental mental health status.
- The consequences of this concept are parental concern, increased knowledge about obesity-related health risks, motivation to make changes and family lifestyle changes. The ultimate goal is a healthy weight status for the child.

Implications for practice

- Perception of weight is filtered through a sociocultural lens.
- Providers should start with open-ended questions exploring parental understanding about child weight, socioculturally based views about ideal child body weight and address parental concerns.

ception from several vantage points may help providers to best address this issue with the whole family.

Conclusion

Although there has been a plethora of literature on parental perception of child weight, the concept has not been clearly defined. There has been a limited understanding of the attributes and antecedent occurrences of this concept, as well as the consequences that parental perception of child weight has on the outcome of a healthy weight status for the child. Past definitions of perception have been inadequate because they fail to fully document the essential attributes and fluid-

ity of the concept. A conceptual definition of parental perception of child weight was offered in this article, but requires validation through research. Parental perception of child weight is filtered through a sociocultural lens and is influenced by other contextual influences (e.g. societal normalization of overweight). The contextual influences of this concept also need to be examined further.

Existing nursing models and theories are inadequate for framing this concept. In this article, a middle range explanatory model of parental perception of child weight was proposed and has implications for future research. Future research could validate the model by exploring how the antecedents of parental perception of child weight (e.g. parental beliefs and values about body weight) and attributes influence a parent's motivation to make changes. Exploring the degree of magnitude that parental beliefs and values, fatalistic views, societal normalization of overweight, parental weight status and parental mental health status have on a child's weight status using quantitative methods is warranted. A mixed methods approach to validating this model might be effective, especially if qualitative methods are used to explore parental values, beliefs and experiences.

Validating the proposed explanatory theory of parental perception of child weight will help to create a nursing middle range theory and guide the development of interventions to assist parents in achieving a healthy weight for their child or children. Clarification of this concept also has implications for practitioners. Practice implications include: (1) enhancement of provider awareness about the multidimensional nature of parental perception of child weight; (2) an increased awareness of the contextual factors that influence a parent's perception of their child's weight; and (3) the opportunity for providers and parents to have an open discussion that explores socioculturally based views about ideal child body weight and addresses parental concerns.

Childhood obesity continues to be a concern for health-care providers and parents alike. Given increased rates of childhood obesity globally and research demonstrating a connection between adiposity and chronic disease risk, it is important that healthcare providers and parents talk about this issue. Parents who recognize child weight issues are more motivated to actively plan and initiate healthy lifestyle changes with a goal of keeping their child healthy now and for the future.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

No conflict of interest has been declared by the author.

Author contributions

All authors have agreed on the final version and meet at least one of the following criteria (recommended by the IC-MJE: http://www.icmje.org/ethical_1author.html):

- 1) substantial contributions to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data.
- 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content.

Acknowledgements

The author would like to thank Dr. Marilyn G. King for sharing her expertise in concept analysis and for her review of this manuscript.

References

- Adams A.K., Quinn R.A. & Prince R.J. (2005) Low recognition of childhood overweight and disease risk among Native American caregivers. *Obesity Research* **13**, 146–152.
- Akerman A., Williams M.E. & Meunier J. (2007) Perception versus reality: an exploration of children's measured body mass in relation to caregivers' estimates. *Journal of Health Psychology* **12**, 871–882.
- Ayer J. & Steinbeck K. (2010) Placing the cardiovascular risk of childhood obesity in perspective. *International Journal of Obesity* **34**(1), 4–5.
- Baughcum A.E., Chamberlin L.A., Deeks C.M., Powers S.W. & Whitaker R.C. (2000) Maternal perception of overweight preschool children. *Pediatrics* **106**, 1380–1386.
- Booth M.L., King L.A., Pagnini D.L., Wilkenfeld R.L. & Booth S.L. (2009) Parents of school students on child overweight: the weight of opinion study. *Journal of Pediatrics and Child Health* **45**, 194–198.
- Borra S.T., Kelly L., Shirreffs M.B., Neville K. & Geiger C.J. (2003) Developing health messages: qualitative studies with children, parents and teachers to help identify communication opportunities for healthful lifestyles and the prevention of obesity. *Journal of the American Dietetic Association* **103**, 721–728.
- Bossink-Tuna H.N., L'Hoir M.P., Bettman M. & Boere-Boonekamp M.M. (2009) Parental perception of weight and weight-related behavior in 2–4 year old children in the eastern part of the Netherlands. *European Journal of Pediatrics* **168**, 333–339.
- Boutelle K., Fulkerson J.A., Neumark-Sztainer D. & Story M. (2004) Mothers' perceptions of their adolescents' weight status: are they accurate? *Obesity Research* **12**, 1754–1757.
- Bronfenbrenner U. (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. President and Fellows of Harvard College, Boston, MA.
- Carnell S., Edwards C., Croker H., Boniface D. & Wardle J. (2005) Parental perceptions of overweight in 3–5 year olds. *International Journal of Obesity* **29**, 353–355.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics (2000) *CDC Growth Charts: United States*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/growthcharts/> on 20 September 2012.
- Christensen V.T. (2011) Does parental capital influence the prevalence of child overweight and parental perceptions of child weight level? *Social Science and Medicine* **72**, 469–477.
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M. & Dietz W.H. (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* **320**, 1240–1243.
- Cole T.J., Freeman J.V. & Preece M.A. (1995) Body mass index reference curves for the UK, 1990. *Archives of Disease in Childhood* **73**, 25–29.
- Contento I.R., Basch C. & Zybert P. (2003) Body image, weight and food choices of Latina women and their young children. *Journal of Nutrition Education and Behavior* **35**, 236–248.
- De La O.A., Jordan K.C., Ortiz K., Moyer-Mileur L.J., Stoddard G., Friedrichs M., Cox R., Carlson E.C., Heap E. & Mihalopoulos N.L. (2009) Do parents accurately perceive their child's weight status? *Journal of Pediatric Health Care* **23**, 216–221.
- Doolen J., Alpert P.T. & Miller S.K. (2009) Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis. *Journal of the American Academy of Pediatrics* **21**, 160–166.
- Eckstein K.C., Mikhail L.M., Ariza A.J., Thomson S., Millard S.C. & Binns H.J. (2006) Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics* **117**, 681–690.
- Etelson D., Brand D.A., Patrick P.A. & Shirali A. (2003) Childhood obesity: do parents recognize this health risk? *Obesity Research* **11**, 1362–1368.
- Fennoy I. (2010) Metabolic and respiratory comorbidities of childhood obesity. *Pediatric Annals* **39**, 140–146.
- Fisher L., Fraser J. & Alexander C. (2006) Caregivers' inability to identify childhood adiposity: a cross-sectional survey of rural children and their caregivers' attitudes. *Australian Journal of Rural Health* **14**, 56–61.
- Franks P.W., Hanson R.L., Knowler W.C., Sievers M.D., Bennett P.H. & Looker H.C. (2010) Childhood obesity, other cardiovascular risk factors and premature death. *New England Journal of Medicine* **362**, 485–493.
- Garrett-Wright D. (2010) Parental perceptions of healthy body weight in preschool children. *Southern Online Journal of Nursing Research* **10**, Article 2. Retrieved from: http://www.resourcenter.net/images/SNRS/Files/SOJNR_articles2/Vol10Num03Art02.pdf (Accessed on November 1, 2012).
- Genovesi A., Guissani M., Faini A., Vigorita F., Pieruzzi F., Strepparava M.G., Stella A. & Valsecchi M.G. (2005) Maternal perception of excess weight in children: a survey conducted by paediatricians in the province of Milan. *Acta Paediatrica* **94**, 747–752.
- Gibson J.J. (1966) *The Senses Considered as Perceptual Systems*. Houghton Mifflin, Boston, MA.

- Goodell L.S., Pierce M.B., Bravo C.M. & Ferris A.M. (2008) Parental perceptions of overweight during early childhood. *Qualitative Health Research* 18, 1548–1555.
- Goodman E., Hinden E. & Khandelwal S. (2000) Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics* 106, 52–58.
- He M. & Evans A. (2007) Are parents aware that their children are overweight or obese? *Canadian Family Physician* 53, 1493–1499.
- Hearst M.D., Sherwood N.E., Klein E.G., Pasch K.E. & Lytle L.A. (2011) Parental perceptions of their adolescents' weight status: the ECHO study. *American Journal of Health Behavior* 35, 248–255.
- Holm-Denoma J.M., Lewinsohn P.M., Gau J.M., Joiner T.E., Jr, Striegel-Moore R. & Otamendi A. (2005) Parents' reports of the body shape and feeding habits of 36 month-old children: an investigation of gender differences. *International Journal of Eating Disorders* 38, 228–235.
- Huang J.S., Becerra K., Oda T., Walker E., Xu R., Donohue M., Chen I. & Breslow A. (2007) Parental ability to discriminate the weight status of children: results of a survey. *Pediatrics* 120, e113–e119.
- Hudson C.E., Cherry D.J., Ratcliffe S.J. & McClellan L.C. (2009) Head Start children's lifestyle behaviors, parental perceptions of weight and body mass index. *Journal of Pediatric Nursing* 24, 292–301.
- International Obesity Task Force (2012) *The Global Epidemic*. Retrieved from <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobal-epidemic/> on 20 September 2012.
- Jaballas E., Clark-Ott D., Clasen C., Stolfi A. & Urban M. (2011) Parents' perceptions of their children's weight, eating habits and physical activities at home and at school. *Journal of Pediatric Health* 25, 294–301.
- Jackson D., McDonald G., Faga P. & Firtko A. (2005) Mothers' perceptions of overweight and obesity in their children. *Australian Journal of Advanced Nursing* 23(2), 8–13.
- Jain A., Sherman S.N., Chamberlin L.A., Carter Y., Powers S.W. & Whitaker R.C. (2001) Why don't low income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics* 107, 1138–1146.
- Jeffrey A.N., Voss L.D., Metcalf B.S., Alba S. & Wilkin T.J. (2005) Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross-sectional study within a cohort. *British Medical Journal* 330, 23–24.
- Jimenez-Cruz A., Bacardi-Gascon M., Castellon-Zaragoza A., Garcia-Gallardo J.L. & Hovell M. (2007) Perception of body size among Mexican teachers and parents. *Nutricion Hospitalaria* 22, 560–564.
- Jones A. & Forster-Cox S.C. (2007) Effectiveness of an intervention regarding weight status of selected New Mexico kindergarten children and their parents' perceptions. *Californian Journal of Health Promotion* 5, 67–78.
- Jones A.R., Parkinson K.N., Drewett R.F., Hyland R.M., Pearce M.S. & Adamson A.J. (2011) Parental perceptions of weight status in children: the Gateshead Millennium study. *International Journal of Obesity* 35, 953–962.
- Juliusson P.B., Roelants M., Markestad T. & Bjerknes R. (2010) Parental perception of overweight and underweight in children and adolescents. *Acta Paediatrica* 100, 260–265.
- Killion L., Hughes S.O., Wendt J.C., Pease D. & Nicklas T. (2006) Minority mothers' perceptions of children's body size. *International Journal of Pediatric Obesity* 1, 96–102.
- Lampard A.M., Byrne S.M., Zubrick S.R. & Davis E.A. (2008) Parents' concern about their children's weight. *International Journal of Pediatric Obesity* 3, 84–92.
- Luttikhuis H.G.M.O., Stolk R.P. & Sauer P.J.J. (2010) How do parents of 4–5 year old children perceive the weight of their children? *Acta Paediatrica* 99, 263–267.
- Manios Y., Moschonis G., Grammatikaki E., Anastasiadou A. & Liarigkovinos T. (2010) Determinants of childhood obesity and association with maternal perception of their children's weight status: the 'GENESIS' study. *Journal of the American Dietetic Association* 110, 1527–1531.
- May A.L., Donohue M., Scanlon K.S., Sherry B., Dalenius K., Faulkner P. & Birch L. (2007) Child-feeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight but not children's current weight status. *Journal of the American Dietetic Association* 107, 1167–1174.
- Maynard L.M., Galuska D.A., Blanck H.M. & Serdula M.K. (2003) Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics* 111, 1226–1231.
- Meleis A.I. (2012) *Theoretical Nursing Development and Progress*, 5th edn. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- Muhammed N.A., Omar K., Shah S.A., Muthupalaniappen L.A.P. & Arshad F. (2008) Parental perception of their children's weight status and its association with their nutrition and obesity knowledge. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 17, 597–602.
- Myers S. & Vargas Z. (2000) Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatric Nursing* 26, 23–30.
- Parkinson K.N., Drewett R.F., Jones A.R., Dale A., Pearce M.S., Wright C.M., Adamson A.J. & The Gateshead Millennium Study Core Team. (2011) When do mothers think their child is overweight? *International Journal of Obesity* 35, 510–516.
- Pender N.J. (1982) *Health Promotion in Nursing Practice*, 1st edn. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Pender N.J., Murdaugh C. & Parsons M.A. (2002) *Health Promotion in Nursing Practice*, 4th edn. Prentice Hall Health, Inc, Upper Saddle River, NJ.
- Perrin E.M., Jacobsen Vann J.C., Benjamin J.T., Skinner A., Wegner S. & Ammerman A.S. (2010) Use of a pediatrician toolkit to address perception of children's weight status, nutrition and activity behaviors. *Academic Pediatrics* 10, 274–281.
- Raghuveer G. (2010) Lifetime cardiovascular risk of childhood obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 91, 1514S–1519S.
- Reed A.S. (1988) *James J. Gibson and the Psychology of Perception*. Yale University Press, New Haven, CT.
- Rhee K.E., De Lago C.W., Arscott-Mills S.T., Mehta S.D. & Davis R.K. (2005) Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics* 116, e94–e101.
- Rich S.S., DiMarco N.M., Huettig C., Essery E.V., Andersson E. & Sanborn C.F. (2005) Perceptions of health status and play activities in parents of overweight Hispanic toddlers and preschoolers. *Family and Community Health* 28, 130–141.

- Rodgers B.L. (1989) Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing* 14, 330–335.
- Rodgers B.L. (2000) Concept analysis: an evolutionary view. In *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications*, 2nd edn (Rodgers B.L. & Knafl K.A., eds), Saunders, Philadelphia, PA, pp. 77–102.
- Sherry B., McDivitt J., Birch L.L., Cooks F.H., Sanders S., Prish J.L., Francis L.A. & Scanlon K.S. (2004) Attitudes, practices and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse White, Hispanic and African American mothers. *Journal of the American Dietetic Association* 104, 215–221.
- Skelton J.A., Busey S.L. & Havens P.L. (2006) Weight and health status of inner city African American children: perceptions of child and their parents. *Body Image* 3, 289–293.
- Skinner A.C., Weinberger M., Mulvaney S., Schlundt D. & Rothman R.L. (2008) Accuracy of perceptions of overweight and relation to self-care behavior among adolescents with type II diabetes. *Diabetes Care* 2, 227–229.
- Taylor S.E. & Brown J.D. (1988) Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin* 103, 193–210.
- Taylor S.E. & Fiske S.T. (1975) Point of view and perceptions of causality. *Journal of Personality and Social Psychology* 32, 439–445.
- Tschamler J.M., Conn K.M., Cook S.R. & Halterman J.S. (2010) Underestimation of children's weight status: views of parents in an urban community. *Clinical Pediatrics* 49, 470–476.
- Towns N. & D'Auria J. (2009) Parental perceptions of their child's overweight: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing* 24, 115–130.
- Vanhala M.L., Kein nen-Kiu S.M., Kaanniemi S.M., Laitinen J.H. & Korpelainen R.I. (2011) Factors associated with parental recognition of a child's overweight status- a cross-sectional study. *BMC Public Health* 11, 665–671.
- Vuorela N., Saha M.-T. & Salo M.K. (2010) Parents underestimate their child's overweight. *Acta Paediatrica* 99, 1374–1379.
- Wald E.R., Ewing L.J., Cluss P., Goldstrohm S., Cipriani L., Colborn D.K. & Weissfeld L. (2007) Parental perception of children's weight in a paediatric primary care setting. *Child: Care, Health and Development* 33, 738–743.
- Warschburger P. & Kröller K. (2009) Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics* 124, e60–e68. doi: 10.1542/peds.2008-1845.
- Watkins M.G., Clark K.M., Foster C.M., Welch K.B. & Kasu-Vubu J.Z. (2007) Relationships among body mass index, parental perceptions, birthweight and parental weight after referral to a weight clinic. *Journal of the National Medical Association* 99, 908–913.
- Webber L., Hill C., Cooke L., Carnell S. & Wardle J. (2010) Associations between child weight and maternal feeding styles are moderated by maternal perceptions and concerns. *European Journal of Clinical Nutrition* 64, 259–265.
- Wen X. & Hui S.S.C. (2010) Chinese parents' perceptions of their children's weights and their relationship to parenting behaviors. *Child: Care, Health and Development* 37, 343–351. doi:10.1111/j/1365-2214.2010.01166.x.
- West D.S., Raczynski J.M., Phillips M.M., Heath Gauss C. & Montgomery B.E. (2008) Parental recognition of overweight in school-age children. *Obesity* 16, 630–636.
- World Health Organization (2012a) BMI-for-age. Retrieved from http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/index.html on 20 September 2012.
- World Health Organization (2012b) *10 Facts on Obesity*. Retrieved from <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index3.html> on 19 June 2012.
- Young-Hyman D., Herman L.J., Scott D.L. & Schlundt D.G. (2000) Caregiver perception of children's obesity-related health risk: a study of African American families. *Obesity Research* 8, 241–248.

The *Journal of Advanced Nursing (JAN)* is an international, peer-reviewed, scientific journal. *JAN* contributes to the advancement of evidence-based nursing, midwifery and health care by disseminating high quality research and scholarship of contemporary relevance and with potential to advance knowledge for practice, education, management or policy. *JAN* publishes research reviews, original research reports and methodological and theoretical papers.

For further information, please visit *JAN* on the Wiley Online Library website: www.wileyonlinelibrary.com/journal/jan

Reasons to publish your work in *JAN*:

- **High-impact forum:** the world's most cited nursing journal, with an Impact Factor of 1.527 – ranked 14/101 in the 2012 ISI Journal Citation Reports © (Nursing (Social Science)).
- **Most read nursing journal in the world:** over 3 million articles downloaded online per year and accessible in over 10,000 libraries worldwide (including over 3,500 in developing countries with free or low cost access).
- **Fast and easy online submission:** online submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan>.
- **Positive publishing experience:** rapid double-blind peer review with constructive feedback.
- **Rapid online publication in five weeks:** average time from final manuscript arriving in production to online publication.
- **Online Open:** the option to pay to make your article freely and openly accessible to non-subscribers upon publication on Wiley Online Library, as well as the option to deposit the article in your own or your funding agency's preferred archive (e.g. PubMed).

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.

ANEXO IX

QUADRO DE ANÁLISE E ARTIGO ORIGINAL - "PARENTS' PERCEPTIONS AND ATTITUDES
ON CHILDHOOD OBESITY: A Q-METHODOLOGY STUDY"

TÍTULO	Parents' perceptions and attitudes on childhood obesity: a q-methodology study (2011)
AUTORES	Noori Akhtar-Danesh, Masshid Dehghan, Katherine M. Morrison e Sujeewa Fonseka
MÉTODOS	Quantitativo e qualitativo
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI - Estudo único descritivo ou qualitativo (Perry, Potter & Elkin, 2012)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar os pais de crianças pequenas e as suas percepções sobre as causas da obesidade - Perceber o impacto da obesidade infantil na saúde - Perceber as barreiras para a prevenção bem sucedida na obesidade infantil.
PARTICIPANTES	<p>33 pais classificados em 2 grupos representando 2 pontos de vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confiante numa alimentação saudável - Atividade física familiar
INSTRUMENTOS	<p>Fase 1 - Questionário aberto qualitativo pra avaliar a compreensão de boa saúde, saudável e alimentos pouco saudáveis, obesidade infantil nutrição infantil e sua relação com a saúde, exercício e desporto, peso ideal e barreiras à atividade física nas crianças</p> <p>Fase 2 – Colheita de dados e análise</p>
RESULTADOS	<p>Os respostas aos questionários foram resumidas em 2 fatores diferentes:</p> <p><u>Factor 1 – Confiantes que facultam nutrição saudável aos filhos</u> 19 pais apontaram este fator.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Referiam consumir frutas e legumes pelo menos 2-3 vezes po dia - Discordaram que alimentos não saudáveis eram mais convenientes e baratos - Expressaram que não têm dificuldade em gerir o seu estilo de vida agitado - Não dependem de alimentos fáceis e rápidos - Discordam em não tomar pequeno almoço - Referem que o seu comportamento alimentar é bom em alguns dias da semana e maus noutros - Discordaram na dificuldade em ter uma dieta familiar saudável, equilibrada e atividades físicas frequentes <p><u>Fator 2 – Atividade física focada na família</u> 13 pais apontaram este fator.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discordaram que havia oportunidades insuficientes de atividade física na escola e que ser obeso era uma barreira importante à atividade física em crianças - Referem que caminhar 30 minutos diários não era pouca atividade para uma boa saúde - Apoiam a ideia de que tudo com moderação é aceitável - Acreditam que alimentos frescos são saudáveis e tenta evitar fast-food e alimentos processados quando possível - Opuseram-se ao facto de que não é saudável incluir gorduras na dieta do seu filho - Referem que é melhor falar com outros pais sobre nutrição infantil
DISCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados indicaram que a maioria dos pais neste estudo estavam cientes da nutrição saudável e cerca de um terço deles acreditava nos benefícios da atividade física para crianças e não viu o excesso de peso ou obesidade como uma barreira para a atividade física - Embora os grupos diferissem em seu foco sobre a obesidade infantil, não houve diferenças entre os grupos em idade, IMC, ou educação - Apesar da consciência dos pais demonstrada por muitos estudos, a prevalência de obesidade infantil continua a aumentar, indicando que o nível individual de conhecimento e ação dos pais não são suficientes para lidar com o problema. - Esses pais não acreditavam que características ambientais os

	<p>influenciassem.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embora os pais possam proporcionar a maior influência de crenças de saúde e comportamentos nas crianças, eles não são os únicos que influenciam os seus comportamentos. Na escola, os colegas são considerados particularmente influentes no comportamento alimentar dos adolescentes. - Reconhecer as causas da obesidade infantil pode ser o ponto de partida para o olhar dos pais para a obesidade, mas isso precisa ser combinado com actividades a nível da população e da saúde pública. A promoção de um ambiente obesogênico através dos mídia é um aspecto da obesidade infantil que os pais não podem esperar. - A literatura mostra que a cultura de comer fora está a aumentar entre as famílias (Kant & Graubard, 2004) - Se os pais não percebem seus filhos como crianças com sobrepeso, nenhuma intervenção ocorrerá. - Os pais podem ter percepções distorcidas únicas para seu filho, enquanto continuam a ser capazes de reconhecer o excesso de peso em outras crianças (Jain <i>et al.</i>, 2001) - Também é possível que os pais estejam cientes do problema de peso do seu filho, mas relutantes em reconhecê-lo, pois alguns deles podem pensar que ter uma criança com sobrepeso ou obesidade sugere que eles são maus pais (Jain <i>et al.</i>, 2001)
LIMITAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes eram homogêneos na sua educação - No método Q-estudo utilizado, não é a proporção dos participantes que é importante, mas os seus pontos de vista. - Este estudo foi realizado numa comunidade relativamente pequena
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Este trabalho indica que os pais têm diferentes focos denexo/causalidade na obesidade, e diferem em foco na nutrição e na atividade física. - A maioria dos pais neste estudo estava ciente da importância da nutrição saudável, e cerca de um terço deles acreditava nos benefícios da atividade física para crianças e não vê o excesso de peso ou obesidade como uma barreira para a atividade física. - O primeiro grupo estava confiante em ser capaz de oferecer uma nutrição saudável para sua família, e o segundo grupo foi caracterizado por um foco na atividade física e seu papel da obesidade infantil. - Ambos os grupos concordaram que o exercício e desporto são muito importantes para o estado de saúde de uma criança
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Este estudo revelou a consciencialização dos pais sobre obesidade infantil, em particular sobre os comportamentos de estilo de vida tais como nutrição e atividade física. - A evidência sugere que para alterar o equilíbrio de energia da população, o foco deve ser na nutrição e na atividade física, mas este trabalho sugere que os pais podem ser mais recetivos às mensagens relativas a um comportamento ou outro, com base em suas percepções de causalidade. - Profissionais de enfermagem são um dos melhores facilitadores para entregar mensagens de saúde para o público; Assim, eles são capazes de educar os pais e sensibilizá-los sobre as causas e consequências da obesidade infantil. Eles são capazes de explicar não só as questões de nutrição e actividade física, mas também outras questões importantes de ambiente obesogênico em geral e enfatizar aos pais a “sub-avaliação de sobrepeso e obesidade em seus próprios filhos”, a frequência com que comem fora, ingerem alimentos processados e actividades físicas relacionadas com a escola. Esta consciência, quando estabelecida na comunidade, pode ser transformada em ações de capacitação e práticas para combater a obesidade infantil de forma mais eficaz

RESEARCH

Parents' perceptions and attitudes on childhood obesity: A Q-methodology study

Noori Akhtar-Danesh, PhD (Associate Professor)¹, Mahshid Dehghan, PhD (Nutritionist)²,
Katherine M. Morrison, MD (Pediatrician)³, & Sujeewa Fonseka, MD⁴

1 Department of Clinical Epidemiology & Biostatistics, School of Nursing, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

2 Department of Medicine, Population Health Research Institute, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

3 Department of Pediatrics, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

4 Kelso Lake Medical Centre, Milton, Ontario, Canada

Keywords

Childhood obesity; life-style; qualitative study;
Q-methodology.

Correspondence

Noori Akhtar-Danesh, PhD, Faculty of Health
Sciences, McMaster University, 1200 Main St.
West, Room 3N28B, Hamilton, ON L8N 3Z5,
Canada.

Tel: 905-525-9140;

Fax: 905-521-8834;

E-mail: daneshn@mcmaster.ca

Received: June 2009;

accepted: January 2010

doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00584.x

Source of support

None.

Disclosure

The authors declare that they have no conflicts
of interest.

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate parents of young children for their perceptions on the causes of obesity, the impact of childhood obesity on health, and the barriers to successful prevention of childhood obesity.

Data sources: The target population included parents who attended a clinic for their well-baby check-up. The study was conducted in two phases. Using Q-methodology, 33 parents were classified into two groups representing two viewpoints: "confident in delivering healthy nutrition" and "family physical activity focused."

Conclusion: This work indicates that parents have varying foci on causation of obesity, and differ in focus on nutrition and physical activity. Most of the parents in this study were aware of healthy nutrition, and about one third of them believed in the benefits of physical activity for children and did not see being overweight or obese as a barrier to physical activity. The first group was confident in being able to deliver healthy nutrition to their family, and the second group was characterized by a focus on physical activity and its role in childhood obesity. Both groups agreed that exercising and sports are very important to a child's health status.

Implications for practice: Nurse practitioners have a unique role in the health system and are one of the best facilitators to deliver health messages to the public; thus, they are able to educate parents and increase their awareness about the causes and consequences of childhood obesity.

Childhood obesity is a growing public health concern. Overall, the prevalence of obesity in children aged 2–5 has increased from 5.0% to 13.9% between 1980 and 2003; in the same time, it increased from 6.5% to 18.8% in children aged 6–11 and from 5.0% to 17.4% in youth aged 12–19 (Centers for Disease Control National Center for Health Statistics, 2004). It has been reported that girls who are overweight (body mass index [BMI] >85th percentile) by age 5 are at an increased risk for uninhibited overeating, weight concerns, and body dissatisfaction later on (Shunk & Birch, 2004). These statistics are worrisome given that obese children are at an increased risk of becoming obese adults and developing cardiovascular health problems.

Environmental factors, lifestyle preferences, and cultural environment play pivotal roles in the rising prevalence of obesity worldwide (Dehghan, Akhtar-Danesh, & Merchant, 2005). Identified nutritional risk factors include excessive sugar intake in soft drinks, low fruit and vegetable intake, and increased portion size (Dehghan et al., 2005). Reduced physical activity and increased sedentary time also play major roles in obesity development (Dehghan et al., 2005).

In North America, preschool-aged children spend an increasing amount of time in childcare. The percentage of children aged 3–5 years enrolled in center-based early childhood care and education programs increased from 53% in 1991 to 60% in 1999 (Wirt et al., 2002). Many

RESEARCH SPOTLIGHT

Q-METHODOLOGY

■ Sample	<ul style="list-style-type: none"> ● Phase 1: Twenty parents attending a clinic for their well-baby check up were surveyed. ● Phase 2: The Q-sample, Q-sort table, a short demographic questionnaire, and informed consent were mailed to a convenience sample of 100 parents.
■ Informed Consent	In each phase of the research two copies of the consent form were given to the parent participants, who were asked to read and sign both copies and return one copy back to the researchers.
■ Type of Data	<ul style="list-style-type: none"> ● Phase 1: A preliminary qualitative questionnaire that assessed parents' views of good health, healthy and unhealthy food, current eating behavior, long-term risks of unhealthy nutrition, childhood obesity, current physical activity level, ideal weight, and barriers to physical activity in children was completed by 20 parents. ● Phase 2: Thirty-three parents completed a Q-sort table along with a demographics questionnaire stemming from information obtained in the first phase.
■ Data Collection Instruments or Tools	<ul style="list-style-type: none"> ● Phase 1: Interviews with a small sample of parents so as to complete a questionnaire about views and attitudes towards child obesity. ● Phase 2: A short demographic questionnaire and a Q-sort table with 42 statements to rank order.
■ Type of Analyses	● Q-sort: Descriptive statistics were performed on demographic information. The cards with written statements were factor analyzed to combine the statements into similar groups or "factors."
■ Strengths & Limitations of Methodology	<ul style="list-style-type: none"> ● Strength: This method is used to identify diverse viewpoints, as well as commonly shared views, and is particularly useful in research that explores human perceptions and interpersonal relationships ● Limitation: Results of Q-studies are not usually generalizable to the larger populations.

children eat at least one meal and one snack at daycare. Since children's dietary practices and activity patterns are influenced by what occurs in the childcare environment, it is reasonable to suggest that childcare providers and teachers can act as important mediators in the prevention of childhood obesity. At an older age, the environment also plays a role in the development of childhood obesity through physical activity patterns and food intake at school (Kohl, III & Hobbs, 1998). Young children pursue the behaviors of others in their environment through imitating dietary habits, food preferences, eating patterns, use of foods, and habits of exercise or sedentary activities such as television viewing (Dennison & Boyer, 2004; Edmunds, Waters, & Elliott, 2001). These behavioral determinants and environmental factors need to be taken into consideration when formulating strategies to prevent overweight among children (Goran, 1998). Although there is a general agreement that prevention must be a key strategy for controlling the current epidemic of obesity and that children should be considered the priority population for intervention strategies (Dehghan et al., 2005), there has been limited success to such programs (Hodges, 2003; Myers & Vargas, 2000). On the other hand, family and environmental factors can impact children's weight (Fisher & Birch, 1995). Parents act as agents of food socialization for children (Savage, Fisher, & Birch, 2007). The early childhood years comprise a crit-

ical period of development characterized by increases in both cell size and cell number, and overnutrition during this period can set the stage for becoming overweight or obese for a lifetime (Ong, Ahmed, & Dunger, 2006).

Although behaviors leading to childhood obesity occur within the context of the family where parents are usually responsible for the variety and quality of food available to children (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers, & Whitaker, 2000), parents' attitudes and perceptions are not often a key part of obesity interventions, rather the interventions target schools and environments.

The aim of this study was to elicit the attitudes and perceptions held by parents of infants and young children up to 3 years old about childhood obesity. Specifically, Q-methodology was used to clarify parents' perceptions of the causes of childhood obesity, the impact of childhood obesity on health, and the barriers to successful childhood obesity prevention programs. The methodology box summarizes reasons for selection of this approach.

Methods

Q-methodology

Q-methodology was used to identify parents' common attitudes and perceptions. In this research method,

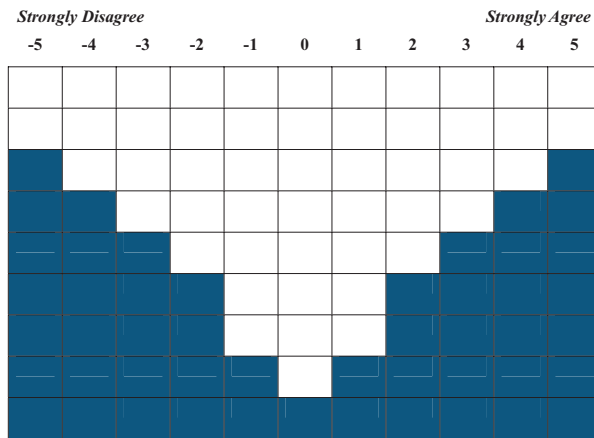


Figure 1 A typical Q-sort table for rank-ordering Q-sample statements.

subjective viewpoints are analyzed using a combination of qualitative and quantitative techniques (Akhtar-Danesh, Baumann, & Cordingley, 2008). This method has been used in different areas of health research, including weight control in obese women (Dennis & Goldberg, 1996), evaluation of job satisfaction (Chinnis, Summers, Doerr, Paulson, & Davis, 2001), patients' viewpoints about health and rehabilitation (Ockander & Timpka, 2005), and clinical decision making (McCaughan, Thompson, Cullum, Sheldon, & Thompson, 2002; Thompson et al., 2001).

Although introduced in 1935 by Stephenson (Stephenson, 1935a, 1935b), Q-methodology has recently been more widely used as a result of advances in the statistical analysis component (McKeown & Thomas, 1988). This method is used to identify diverse viewpoints, as well as commonly shared views, and is particularly useful in research that explores human perceptions and interpersonal relationships (Chinnis et al., 2001).

A Q-methodological study has two phases: (a) development of a sample of statements, Q-sample, related to the topic of interest and (b) rank-ordering of the Q-sample by a group of individual from their points of view, preferences, judgments, or feelings about the statements using a Q-sort table (a grid) with a quasi-normal distribution (e.g., Figure 1). Then, using factor analysis statistics the Q-sorts that correlate significantly with each other are found. Each resultant group of similar Q-sorts represents a group of like-thinking participants. Thus, each factor represents a group of individuals with similar views, feelings, or experiences about the theme of the study.

In Q-methodology, a by-person factor analysis (i.e., the statistical analysis is performed by person rather than by variable, trait, or statement) is used to identify different

factors, and respondents are grouped based on the similarities of their Q-sorts. One individual is counted on one factor if his/her factor loading is statistically significant ($p \leq .05$). A factor loading is a correlation between a Q-sort and the factor itself. Then, each identified factor is interpreted based on its *distinguishing* statements, which define the uniqueness of each factor compared to other factors. In addition, statements with extreme scores on either end of the sorting continuum are of particular interest as they represent the most defining likes and dislikes of the participants loaded on each factor (Valenta & Wigger, 1997).

The test-retest reliability of Q-sorting has been found to be 0.80 or higher (Dennis, 1988, 1992). Content validity is typically assessed by literature review and a team of domain experts and tested in one or more pilot studies. The face validity of the statements is assured by using participants' exact wording of the statements, if possible, with slight editing only for grammar and readability (Dennis, 1992).

Q-studies typically use small sample sizes, and low response rates do not bias the results because the primary objective is to identify a typology, not to test the typology's proportional distribution within the larger population (Brown, 1993).

Phase 1: Data collection instrument

Identification of statements (referred to as the **concourse**).

After obtaining approval of the Institutional Review Board, we used a convenience sampling approach to survey 20 parents attending a Medical Center in Canada for their well-baby check-up to determine their views and feelings regarding childhood obesity. A trained research assistant described the study to the parents and asked them to answer a preliminary qualitative open-ended questionnaire assessing their understanding of good health, healthy and unhealthy food, their current eating behavior, long-term risks of unhealthy nutrition, childhood obesity, talking with other parents about children's nutrition and its relationship to health, exercising and sports, their current exercising behavior or physical activity level, ideal weight, and barriers to physical activity in children, specifically in obese children. Responses to the questionnaire were summarized into different statements.

Compiling the Q-sample statements. Members of the research team independently reviewed all the statements from the original 20 participants (using respondents own words whenever possible) for similarities and differences. Duplicates were discarded. The research team then reached consensus on a set of 42 statements (henceforth Q-sample), which covered all the major views

presented in the statements. These statements were then numbered randomly and each was typed onto a card.

A Q-sort table (a grid) was then developed, which involved a quasi-normal distribution containing 42 cells equal to the number of statements in the Q-sample (Akhtar-Danesh et al., 2008). An instruction page was prepared for Q-sorting of the statements. A convenience sample of five parents were asked to pilot test this data collection instrument and provide their feedback on clarity, ease of the task, length of time for completion, and general information about the process. Their suggestions were used for further modifications of the instrument and the instructions.

Phase 2: Data collection and analysis

In this stage of the study, a convenience sample of 100 parents from the same clinic were contacted by telephone and invited to participate in the study to rank order the 42 statements from the Q-sample. A package containing the Q-sample, Q-sort table, instructions, a short demographic questionnaire, and two copies of the consent form was mailed to each parent who agreed to participate in the study. In order to increase participation, 2 weeks later a reminder letter was mailed to all nonrespondent parents. The instruction letter to participants requested that they complete the questionnaire and then rank order the statements along a continuum from "most disagree" at one end to "most agree" at the other end using the Q-sort table in a two-step process. They were instructed first to read all statements to get an impression of the range of opinion and sort the statements by initially dividing them into three piles as agreeable, disagreeable, and neutral. Second, they were asked to rank-order the statements from least agree to most agree. Participants then mailed back the completed Q-sort tables and questionnaire along with the signed consent form to the principal investigator.

Data analysis

The rank-ordered scores were entered into the PQMethod 2.11 program (Schmolck, 2002) for analysis and were analyzed using a by-person factor analysis technique to form groups (factors) of parents based on the similarities of their Q-sorts.

Results

Overall 33 parents, of which 32 were mothers and one was a father, completed the Q-sort table and the demographic questionnaire. One parent questionnaire was excluded from the analysis due to an incomplete Q-sort

Table 1 Some descriptive statistics of parents and children

	Mean	SD ^a
Parent's age (year) (<i>n</i> = 33)	34.4	4.3
Child's age (month) (<i>n</i> = 32)	16.0	7.8
Parent's BMI (<i>n</i> = 33)	23.6	4.6
	<i>N</i>	%
Child's gender		
Male	22	66.7
Female	11	33.3
Parent's BMI group		
Normal	25	75.8
Overweight	7	21.2
Obese	1	3.0
Parent's number of children ^b		
1	20	64.5
2	8	25.8
3	3	9.7

^aStandard deviation.

^b2 missing.

table. Mean age for the parents and their children was 34.4 (*SD* = 4.3) years and 16.0 (*SD* = 7.8) months, respectively. Based on self-reported weight and height of the 33 parents, 25 (75.8%) were normal weight (BMI 18–24), seven were overweight (BMI 25–29), and one was obese (BMI ≥ 30). The participating parents had college/university level education (Table 1). Using a by-person factor analysis, two factors emerged representing two salient viewpoints. Each factor was named based on its distinguishing statements. A summary of the distinguishing statements is presented in Table 2. No statistically significant difference in the parent and child age, gender of child, parental BMI, education, or income level was identified between factors. One parent did not load significantly on either factor.

Factor no.1: Confident in delivering healthy nutrition

Nineteen parents loaded significantly on this factor. This group believed that they were delivering healthy nutrition to themselves and their family and saw few "excuses" for not doing so. They consumed fruit and vegetables at least two to three times a day, disagreed that unhealthy foods were more convenient and cheaper, expressed that they did not have difficulty managing their busy lifestyle, did not rely on quick and easy foods, and strongly disagreed that they almost never eat breakfast or that their eating behavior was good for a few days a week and bad for a few days a week. They disagreed with the statement that "I think it is difficult to have my family consume a healthy, balanced diet and to engage in

Table 2 Distinguishing statements for the factors

Stat no.	Statement	Factor 1	Factor 2
Factor no. 1: Confident in delivering healthy nutrition			
17	I eat fruit and vegetables at least two to three times a day.	3	1
20	Unhealthy foods are more convenient and cheaper.	-3	1
37	My eating behavior is good for a few days a week and bad for a few days a week.	-3	-1
24	I have difficulty managing my busy lifestyle and I tend to rely on quick and easy foods.	-3	2
2	I think it is difficult to have my family consume a healthy, balanced diet and to engage in frequent physical activities.	-4	1
26	I almost never eat breakfast.	-4	-3
Factor no. 2: Family physical activity focused			
16	I think that everything in moderation is okay. Fresh foods (fruits, veggies, meats, and dairy) are healthy. I try to avoid fast food and processed food when possible.	1	3
15	I think one important barrier to physical activity in obese children is that it is more difficult to participate in activities because of the obesity itself.	0	-2
12	I think that an important barrier to physical activity in children is that there is little opportunity for physical activity in schools.	-1	-3
29	I think that walking 30 min each day is too little activity for good health.	-1	-3
13	It is better not to talk with other parents about children's nutrition as you do not want to cause trouble over a clash of values.	-2	-4
30	It is unhealthy to include fats in my child's diet.	-2	-4

Note. Score changes from -4 to +4 and negative score indicate disagreement.

frequent physical activities." This group was more neutral in their thoughts on physical activity.

Factor no.2: Family physical activity focused

Out of 33 parents, 13 of them loaded on the second factor. This group was characterized by a focus on physical activity and its role in childhood obesity. They disagreed that there were insufficient physical activity opportunities at school and that being obese was an important barrier to physical activity in children. They did not think that walking 30 min each day was too little activity for good health. They supported the idea that everything in moderation was acceptable. This group believed that fresh foods (fruits, vegetables, meats, and dairy) are healthy and they try to avoid fast food and processed food when possible. They strongly opposed the idea that "It is unhealthy to include fats in my child's diet." They disagreed that "It's better not to talk with other parents about children's nutrition as you don't want to cause trouble over a clash of values."

Consensus statements

There were several statements that both groups equally agreed or disagreed with (Table 3). Both groups strongly agreed with the statements that "I think that exercising and sports are very important to a child's health status," "I think eating healthy foods such as fruits, vegetables

and whole grains are important to consume on a regular basis," "I think that the long-term risks of unhealthy nutrition are heart disease, diabetes, cancer, and poor bone health," and "I think that processed foods, packaged foods, fast foods, chips, pops, sugared cereal, sweets and chocolate are unhealthy." Both groups strongly disagreed that "I think it is okay to eat fast foods once a week," "I think that the most important barrier to physical activity in children is safety concerns re: letting kids outside unsupervised," "I have sufficient physical activity by doing house work and playing with my children," and "I wish I could afford more healthy foods."

Discussion

This study highlighted some important issues regarding parent's awareness on childhood obesity. The findings indicated that most of the parents in this study were aware of healthy nutrition and about one third of them believed in the benefits of physical activity for children and did not see being overweight or obese as a barrier to physical activity. Factor 1 demonstrated that parents were confident in their ability to deliver healthy nutrition to their children. Factor 2 focused on issues regarding physical activity rather than on food and eating issues. Although the groups differed in their focus on childhood obesity, there were no differences between the groups in age, BMI, or education. Both groups agreed that exercising and sports are very important to a child's health

Table 3 Consensus statements

Stat no.	Statement	Factor 1	Factor 2
22	I think that exercising and sports are very important to a child's health status.	4	4
21	I think eating healthy foods such as fruits, vegetables, and whole grains are important to consume on a regular basis.	4	4
7	I think that the long-term risks of unhealthy nutrition are heart disease, diabetes, cancer, and poor bone health.	3	3
28	I think that processed foods, packaged foods, fast foods, chips, pop, sugared cereal, sweets, and chocolate are unhealthy.	3	3
9	I think that a healthy child is active and energetic.	3	2
27	I think that the most important barrier to physical activity in children is lack of adult involvement in helping them in more active play choices.	2	3
10	I think that the most important barrier to physical activity in children is television, video games, and the computer.	2	2
36	I think that homemade foods are healthier.	2	2
8	Dairy products are healthy food.	2	1
42	I think that the most important barrier to physical activity in children is having inactive parents lack of adult involvement in helping them in more active play choices.	2	2
18	I think it is okay to eat fast foods once a week.	-2	-2
39	I think that the most important barrier to physical activity in children is safety concerns re: letting kids outside unsupervised.	-2	-2
11	I have sufficient physical activity by doing house work and playing with my children.	-2	-3
35	I wish I could afford more healthy foods.	-3	-2

status. These findings are in agreement with findings by Nazario Rodriguez, Figueroa, Rosado, & Parrilla (2008) that 67% of parents were concerned about their children being overweight or obese and 90% expressed their concern about health consequence of obesity. Similar results were reported by Myers and Vargas (2000), who identified 78% of parents as concerned about the consequences of obesity. Parent awareness has been suggested as an important factor to combat obesity by the Robert Wood Johnson Foundation, which vowed to devote \$500 million in funds to combat childhood obesity and reverse the obesity epidemic in American children by 2015 (www.rwjf.org/childhoodobesity/). In spite of parents' awareness shown by many studies, the prevalence of childhood obesity continues to increase, indicating that individual level of knowledge and parental action are not enough to deal with the problem.

Interestingly, in spite of what is known about the probable influence of community/environment on childhood obesity, these parents did not believe environmental characteristics influenced them, at least in the behaviors they identified with; that is, Factor 1 was confident in nutrition, Factor 2 was confident in physical activity capabilities. Perhaps, identifying parental confidence in knowledge of healthy behaviors may be important for successfully implementing lifestyle behavior changes, and thus be important modulators of the success of prevention programs.

Although parents may provide the strongest influence on children's health beliefs and behaviors, they are not the only ones influencing their behaviors. At school, peers are considered to be particularly influential in adolescent eating behavior. Birch (1980) studied preschool children's behaviors and showed that when children observe other children choosing and eating vegetables that they did not like, their preferences and intake for disliked vegetables increased. Also, Feunekes, de Meyboom, and van Staveren (1998) assessed adolescents' habitual food intake using a food frequency questionnaire and found that 19% of foods consumed by adolescents were similar to those consumed by their friends; more specifically, associations with peer intake were found for snack foods. To recognize the causes of childhood obesity, the starting point may be to look at the parents, but this needs to be matched with population-wide and public health activities. The encouragement of an obesogenic environment through media is an aspect of childhood obesity that parents cannot be expected to offset. Coon and Tucker (2002) showed that fast foods or foods high in sugar are heavily advertised during children's television programming.

This study indicated that parents did not view accessibility to unhealthy foods as an important factor contributing to obesity. This may seem contrary to some recent research, which has shown that the environment has a large influence on food intake and energy

expenditure (Timperio, Salmon, Telford, & Crawford, 2005). Contradictory results illustrate that parents may not be fully aware of energy density of pre-prepared foods and foods that are available at most fast food restaurants. Literature shows that the culture of eating out is increasing among families (Kant & Graubard, 2004). A survey of foods sold in popular take-out restaurants showed that all food portions except sliced white bread exceeded United States Department of Agriculture (USDA) and Food and Drug Administration (FDA) recommendations (Young & Nestle, 2002). Also, increasing consumption of processed foods, convenience and pre-prepared foods, decline in cooking, and increasing variety of food are contributing factors in increasing the prevalence of obesity in developed and developing world (Banwell, Hinde, Dixon, & Sibthorpe, 2005; Wang, Cubbin, Ahn, & Winkleby, 2008).

Although parents in this study did not find environmental safety as a barrier for physical activity, safety of environment has been identified as an important issue for children's physical activity. A study from Australia found that a large number of school children dropped walking or cycling to school due to safety fears (Australian Institute of Health and Welfare, 2004). We believe that among other environmental factors, providing security and safety for children playing outside the home, safe and practical walking sidewalks to and from schools and shopping areas, providing enough playgrounds, and safe sidewalks in general can be very effective to combat childhood obesity.

Parents are one of the most influential factors in laying the foundation for early childhood weight problems (Doolen, Alpert, & Miller, 2009). Hence, it is important that they have a solid understanding of healthy active behaviors. If parents do not perceive their children as overweight, no intervention will occur. However, Genovesi et al. (2005) argued that it is possible that parents do, indeed, recognize obesity in general but hesitate to label their own children as overweight or obese at a young age, even in an anonymous survey where they may consciously or unconsciously underestimate their child's weight. Parents may hold distorted perceptions unique to their child, while still being capable of recognizing overweight in other children (Jain et al., 2001). It is also possible that parents are privately aware of their child's weight problem, but reluctant to acknowledge it, as some of them may think that having an overweight or obese child suggests that they are a bad parent (Jain et al., 2001). As parents follow the daily information provided by mainstream media about obesity, this may suggest that more up-to-date and detailed information can be easily delivered by policy and decision makers through the media. In addition, some suggestions focus on school-based

interventions, including integrated nutritional and physical activity such as noncompetitive sports (e.g., dancing) in the school curriculum and increasing time for physical activity during the school day (Flores, 1995).

Limitations

This study has some limitations. The participants were homogenous in their education. Although education may have played a part in the findings, based on the results extracted from Canadian Community Health Survey dataset by Statistics Canada (Statistics Canada, 2007) about 80% of women in Canada in this age group have at least a post secondary education. Besides, as has been clarified in the method section in a Q-study, it is not the proportion of the participants that is important but their viewpoints. As a result, the findings from a Q-study are not usually generalizable to the larger populations. Also, this study was conducted in a relatively small community where environmental safety may not be an important issue where it is an important issue in larger communities.

Implications for nursing practice

To combat childhood obesity, there is an urgent need for public health interventions as well as educating parents regarding childhood obesity and its health consequences. This study revealed parents' awareness on childhood obesity, in particular on lifestyle behaviors such as nutrition and physical activity. This work also suggests that parents have varying focus on causation of obesity, and differ in focus on nutrition vis-a-vis physical activity. Evidence suggests that to alter the population energy balance, focus should be on both, but this work suggests parents may be more receptive to hearing messages relating to one behavior or another, based on their perceptions of causation. Future work should focus on applicability of these findings to other populations and examining the potential influence these beliefs or perceptions may have on actual behavior patterns.

Nurse practitioners have a unique role in the health system and are one of the best facilitators to deliver health messages to the public; thus, they are able to educate parents and increase their awareness about the causes and consequences of childhood obesity. They are able to explain not only the issues of nutrition and physical activity but also other important issues of obesogenic environment in general and emphasize to the parents' "under-estimation of overweight and obesity on their own children," frequency of eating out, processed food intake and school-related physical activities. This awareness, when established in the community, can be

transformed into empowerment and practical actions to combat childhood obesity more effectively.

Summary

The findings from this study indicated that most of the parents were aware of healthy nutrition and benefits of physical activity for their children and did not see being overweight or obese as a barrier for physical activity. Most of them were quite confident in their ability to deliver healthy nutrition to their children. Although it is important to further educate parents regarding childhood obesity and its health consequences, there is urgent need for multicomponent commercial and social activities including integrated nutritional and physical activity such as noncompetitive sports (e.g., dancing) in the school curriculum and increasing time for physical activity.

Acknowledgments

We would like to thank all individuals and parents who helped us on this project, including Dr Maryam Rostami, Dr Nahid Faroughi, and Miss Negar Ghorraishi.

References

- Akhtar-Danesh, N., Baumann, A., & Cordingley, L. (2008). Q-methodology in nursing research: A promising method for the study of subjectivity. *Western Journal of Nursing Research, 30*, 759–773.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2004). *A rising epidemic: Obesity in Australian children and adolescents*. Canberra, Australia: Author.
- Banwell, C., Hinde, S., Dixon, J., & Sibthorpe, B. (2005). Reflections on expert consensus: A case study of the social trends contributing to obesity. *European Journal of Public Health, 15*, 564–568.
- Baughcum, A. E., Chamberlin, L. A., Deeks, C. M., Powers, S. W., & Whitaker, R. C. (2000). Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics, 106*, 1380–1386.
- Birch, L. L. (1980). Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers' food preferences. *Child Development, 51*, 489–496.
- Brown, S. R. (1993). A primer on Q methodology. *Operant Subjectivity, 16*, 91–138.
- Centers for Disease Control National Center for Health Statistics. (2004). *NHANES data on the prevalence of overweight among children and adolescents: United States, 2003–2004*. Hyattsville, MD: Author.
- Chinnis, A. S., Summers, D. E., Doerr, C., Paulson, D. J., & Davis, S. M. (2001). Q methodology—A new way of assessing employee satisfaction. *Journal of Nursing Administration, 31*, 252–259.
- Coon, K. A., & Tucker, K. L. (2002). Television and children's consumption patterns. A review of the literature 1. *Minerva Pediatrica, 54*, 423–436.
- Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N., & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal, 4*, 24.
- Dennis, K. E. (1988). Q-methodology: New perspectives on estimating reliability and validity. In C. F. Waltz & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement in nursing outcomes* (pp. 409–419). New York: Springer-Verlag.
- Dennis, K. E. (1992). Commentary: Looking at reliability and validity through Q-colored glasses. *Operant Subjectivity, 16*, 37–44.
- Dennis, K. E., & Goldberg, A. P. (1996). Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addictive Behaviors, 21*, 103–116.
- Dennison, B. A., & Boyer, P. S. (2004). Risk evaluation in pediatric practice aids in prevention of childhood overweight. *Pediatric Annals, 33*, 25–30.
- Doolen, J., Alpert, P. T., & Miller, S. K. (2009). Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: A metasynthesis of the current research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21*, 160–166.
- Edmunds, L., Waters, E., & Elliott, E. J. (2001). Evidence based paediatrics: Evidence based management of childhood obesity. *British Medical Journal, 323*, 916–919.
- Feunekes, G. I. de, G. C., Meyboom, S., & van Staveren, W. A. (1998). Food choice and fat intake of adolescents and adults: Associations of intakes within social networks 4. *Preventive Medicine, 27*, 645–656.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1995). Fat preferences and fat consumption of 3- to 5-year-old children are related to parental adiposity. *Journal of the American Dietetic Association, 95*, 759–764.
- Flores, R. (1995). Dance for health: Improving fitness in African American and Hispanic adolescents. *Public Health Reports, 110*, 189–193.
- Genovesi, S., Giussani, M., Faini, A., Vigorita, F., Pieruzzi, F., Strepparava, M. G., et al. (2005). Maternal perception of excess weight in children: A survey conducted by paediatricians in the province of Milan. *Acta Paediatrica, 94*, 747–752.
- Goran, M. I. (1998). Measurement issues related to studies of childhood obesity: Assessment of body composition, body fat distribution, physical activity, and food intake. *Pediatrics, 101*, 505–518.
- Hodges, E. A. (2003). A primer on early childhood obesity and parental influence. *Pediatric Nursing, 29*, 13–16.
- Jain, A., Sherman, S. N., Chamberlin, L. A., Carter, Y., Powers, S. W., & Whitaker, R. C. (2001). Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics, 107*, 1138–1146.
- Kant, A. K., & Graubard, B. I. (2004). Eating out in America, 1987–2000: Trends and nutritional correlates. *Preventive Medicine, 38*, 243–249.
- Kohl, H. W., III, & Hobbs, K. E. (1998). Development of physical activity behaviors among children and adolescents. *Pediatrics, 101*, 549–554.
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T. A., & Thompson, D. R. (2002). Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing, 39*, 46–60.
- McKeown, B., & Thomas, D. (1988). *Q methodology*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Myers, S., & Vargas, Z. (2000). Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatric Nursing, 26*, 23–30.
- Nazario Rodriguez, L., Figueroa, W. I., Rosado, J., & Parrilla, I. C. (2008). Perception of parents regarding their children's weight. *Boletín-Asociación Médica De Puerto Rico, 100*, 33–38.
- Ockander, M., & Timpka, T. (2005). Long-term sickness absence: Women's opinions about health and rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing, 50*, 508–517.
- Ong, K. K., Ahmed, M. L., & Dunger, D. B. (2006). Lessons from large population studies on timing and tempo of puberty (secular trends and relation to body size): The European trend. *Molecular and Cellular Endocrinology, 254–255*, 8–12.
- Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *Journal of Law, Medicine and Ethics, 35*, 22–34.
- Schmolck, P. (2002). PQMethod (Version 2.11, adapted from mainframe-program Qmethod written by John Atkinson, 1992)[computer software]. Retrieved from <http://www.lrz-muenchen.de/~schmolck/qmethod/downpqx.htm>. Neubiberg: University of the Bundeswehr Munich.
- Shunk, J. A., & Birch, L. L. (2004). Girls at risk for overweight at age 5 are at risk for dietary restraint, disinhibited overeating, weight concerns, and greater weight gain from 5 to 9 years. *Journal of the American Dietetic Association, 104*, 1120–1126.
- Statistics Canada. (2007). *Canadian Community Health Survey, Cycle 3.1*. Ottawa: Author.

- Stephenson, W. (1935a). Correlating persons instead of tests. *Character and Personality*, *4*, 17–24.
- Stephenson, W. (1935b). Technique of factor analysis. *Nature*, *136*, 297.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Mulhall, A., & Thompson, D. R. (2001). Research information in nurses' clinical decision-making: What is useful? *Journal of Advanced Nursing*, *36*, 376–388.
- Timperio, A., Salmon, J., Telford, A., & Crawford, D. (2005). Perceptions of local neighbourhood environments and their relationship to childhood overweight and obesity. *International Journal of Obesity (London)*, *29*, 170–175.
- Valenta, A. L., & Wigger, U. (1997). Q-methodology: Definition and application in health care informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *4*, 501–510.
- Wang, M. C., Cubbin, C., Ahn, D., & Winkleby, M. A. (2008). Changes in neighbourhood food store environment, food behaviour and body mass index, 1981–1990. *Public Health Nutrition*, *11*, 963–970.
- Wirt, J., Choy, S., Gerald, D., Provasnik, S., Rooney, P., Watanabe, S., et al. (2002). *The condition of education 2002* (Rep. No. NCES2002–025). Washington DC: U.S. Department of Education.
- Young, L. R., & Nestle, M. (2002). The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *American Journal of Public Health*, *92*, 246–249.

Copyright of Journal of the American Academy of Nurse Practitioners is the property of Wiley-Blackwell and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.