

Health Research Unit (UIS)
School of Health Sciences (ESSLei)
Polytechnic of Leiria
Morro do Lena – Alto do Vieiro
2411-901 Leiria, Portugal

RESEARCH ARTICLE

Health Education Project – The challenges of feeding **Projeto de Educação para a Saúde – Os desafios da alimentação**

Tânia Fonseca¹, João Canossa Dias¹, Catarina Cordeiro¹, Sara Rego¹, Carolina Fiúza¹, Ana Machado²

¹ Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã, Cabo do Soito, 3200-901 Lousã, Portugal

² Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, EPE, 4520-211 Santa Maria da Feira, Portugal

Citation: Fonseca, T., Dias, J., Cordeiro, C., Rego, S., Fiúza, C., Machado, A. (2016). Health Education Project – The challenges of feeding. *Res Net Health* 2, e-1-12.

Received: 12th February 2015

Accepted: 29th May 2015

Published: 30th December 2016

Copyright: This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Corresponding author:
Tânia Fonseca
taniacsfonseca@gmail.com

Abstract

Introduction: Special Needs in the Feeding Process (SNFP) are frequently present in people with neurological and developmental disorders, consequently dependent on caregivers during the feeding process. Restricted access to (in)formation on the topic of feeding affects the implementation of the best strategies before a hazardous situations and/or food rejection, leading to insecurity and anxiety from caregivers. **Objectives:** To present and implement a Health Education Program (HEP) within the SNFP; to evaluate it in terms of outputs and outcomes; to reflect on the relevance of such programs. **Methods:** The Interactive Model for Program Planning, the Five-Step Approach to Monitoring and Evaluation and the Multilevel Evaluation Model were used. **Results:** It was found that 90% of the caregivers had no access, to date, to training in the area of feeding difficulties and that the greatest difficulty experienced was the incorrect positioning of themselves and of the cared person. The difficulties occurring more frequently in individuals with SNFP were aspiration, anterior loss of food and the fact that swallowing only occurred with excessive amounts of food in the oral cavity. The average satisfaction of participants in the training was between “Satisfied” and “Very Satisfied” and they successfully acquired the objectified knowledge. **Conclusions:** With this study a proposal of a HEP program within the SNFP field is presented and implemented, with an overall positive evaluation. The relevance of such programs is explained, representing an intervention oriented to a neglected problem, with relevant externalities, likely to generate value for the society.

Keywords: Special Needs in the Feeding Process; Caregivers; Health Education.

Resumo

Introdução: As Necessidades Especiais na Alimentação (NEA) surgem, frequentemente, em pessoas com alterações neurológicas e perturbações do desenvolvimento, que poderão depender de cuidadores no processo de alimentação. O restrito acesso a (in)formação na área dos cuidados com a alimentação condiciona a implementação das melhores estratégias perante situações de risco e/ou rejeição alimentar, conduzindo à insegurança e ansiedade no cuidador. **Objetivos:** Apresentar e implementar uma proposta de programa de Educação para a Saúde (EpS) no âmbito das NEA; avaliá-lo em termos de *outputs* e *outcomes*; refletir quanto à pertinência deste tipo de programas.

Métodos: Foram utilizados o Modelo Interativo de Planificação de Programas, a Abordagem dos Cinco Passos para a Monitorização e Avaliação e o Modelo de Avaliação Multinível. **Resultados:** Verificou-se que 90% dos cuidadores não tinha tido acesso a formação na área da alimentação e que as maiores dificuldades foram o seu posicionamento e o da pessoa cuidada. As dificuldades assinaladas com maior frequência nos indivíduos com NEA foram engasgamentos, queda anterior de alimento e o facto de a deglutição só ocorrer com quantidade excessiva de alimento na cavidade oral. A satisfação média dos participantes nas sessões formativas situou-se entre “Satisfeito(a)” e “Muito satisfeito(a)” e os mesmos adquiriram com sucesso os conhecimentos objetivados. **Conclusões:** O presente estudo permitiu a apresentação e implementação de uma proposta de programa de EpS no âmbito das NEA, fazendo-se uma avaliação positiva do mesmo. Compreendeu-se a relevância deste tipo de programas, pois atuando numa problemática negligenciada e com externalidades pode gerar-se valor para a sociedade.

Palavras-chave: Necessidades Especiais na Alimentação; Cuidadores; Educação para a Saúde

Introdução

Enquanto necessidade básica de sobrevivência e contexto fundamental para a interação social, a alimentação assume-se como uma atividade complexa, requerendo a coordenação efetiva dos sistemas motor, sensorial e cognitivo (Clark, Avery-Smith, Wold, Anthony, & Holm, 2007). Nela estão diretamente envolvidas as funções de sucção, mastigação, deglutição e respiração, concretizadas pelas diferentes estruturas que compõem o sistema estomatognático (Rega, 2012). Qualquer perturbação que ocorra num ou mais sistemas responsáveis pela alimentação poderá levar a um distúrbio da mesma e, portanto, a Necessidades Especiais na Alimentação (NEA), podendo estas ser causadas por alterações de origem neurológica, física, respiratória e/ou psicológica, segundo o *Royal College of Speech and Language Therapists* (RCSLT, 2009). Segundo este e Ernspenger & Stegen-Hanson (2004), Fraker (2007), Finnie (2000) e Vieira (2011), a população que mais experimenta situações de NEA são indivíduos com paralisia cerebral, perturbações do desenvolvimento e do comportamento, lesões cerebrais adquiridas, doenças neurológicas progressivas, deficiência intelectual e multideficiência. De acordo com os dados dos Censos de 2011 (INE, 2012), 6.1% da população portuguesa tem deficiência, encontrando-se em risco de apresentar ou vir a apresentar dificuldades ao nível da alimentação. Sendo esta (a alimentação) um processo tão relevante para a saúde e Qualidade de Vida (QdV), facilmente se compreende o impacto que uma perturbação a este nível pode ter no quotidiano da pessoa afetada.

Dependendo do grau de gravidade das NEA, o indivíduo poderá depender de outrem para se alimentar. Àquele que oferece os seus cuidados dá-se o nome de cuidador, podendo este ser formal – no caso do profissional que presta os seus serviços ao domicílio, em clínicas, hospitais, lares ou instituições –, ou informal – quando é um familiar ou elemento da comunidade que se voluntaria para a prestação de cuidados. Para que o desempenho da função de cuidador seja adequado, este deverá estar emocional e tecnicamente preparado. Contudo, quando o mesmo não tem acesso a formação para desempenhar as funções de cuidar, poderá sentir uma dificuldade acrescida na realização das mesmas e, consequentemente, estar sujeito a sobrecarga emocional (Vieira, 2011).

Perante o exposto, salienta-se a importância da existência de equipas interdisciplinares a atuar no âmbito das NEA, considerando-se fundamental o papel de quatro profissionais: o Fisioterapeuta, o Terapeuta da Fala (TF), o Terapeuta Ocupacional (TO) e o Nutricionista (Odderson, R, Mckenna, S., 1993 & Furkim, 1999 in Rosado, C., Amaral, L., Galvão, A., Guerra, S., Furia, C., 2005; Clark, G., Avery-Smith, W., Wold, L., Anthony, P., & Holm, S., 2007).

O contributo do Fisioterapeuta consiste na adequação da postura da pessoa cuidada, possibilitando a estabilidade e mobilidade do tronco, membros, cabeça e estruturas da face e cavidade oral (do Val, Limongi, Flabiano & da Silva, 2005), fundamentais para o sucesso da alimentação. Este profissional colabora também através da sugestão de ajustes quanto ao posicionamento do cuidador, protegendo-o aquando da execução da função de cuidar (Santos, Vargas, Oliveira, & Macedo, 2010; Sousa, Zarameli, Ferrari, & Frigero, 2008; Vieira, 2011). Adicionalmente, o Fisioterapeuta, tal como o TF, tem a função de implementar manobras digitais e adaptações posturais para facilitar o processo de deglutição (Macedo-Filho, 1999; Furkim e Silva, 1999; Macedo-Filho, et. al., 2000; Bilton, et. al. 2002 in Vieira, 2011), com vista à proteção das vias áreas e à concretização segura da dieta por via oral (Rosado, C., Amaral, L., Galvão, A., Guerra, S., Furia, C., 2005). Conjuntamente com outros profissionais, o TF assume também responsabilidades na

modificação das características e da preparação do alimento oferecido, de forma a prevenir o risco de aspiração (Furkim e Silva, 1999; Bilton, et. al. 2002 in Vieira, 2011). O TO, além de detetar e intervir ao nível do processamento sensorial, tem em consideração as dificuldades físicas que os indivíduos com NEA apresentam em conduzir os alimentos à cavidade oral, avaliando e sugerindo produtos de apoio para a alimentação (Clark, G., Avery-Smith, W., Wold, L., Anthony, P. & Holm, S., 2007). Por existirem preocupações ao nível da nutrição e alimentação dos indivíduos com NEA, como perturbações de crescimento, obesidade, desnutrição, alterações metabólicas e dependência parcial ou total de nutrição entérica ou parentérica, o Nutricionista representa um importante elemento nesta equipa (American Dietetic Association, 2010; Franssen, J., Maaskant, M., Lantman-de Valk, H., 2011). O seu papel inclui não só a autonomização do próprio, como dos familiares e/ou cuidadores, na seleção e preparação de alimentos de acordo com o plano de intervenção nutricional e alimentar adaptado (American Dietetic Association, 2010). Constata-se, portanto, que a intervenção em equipa assentará no trabalho realizado diretamente com o cliente, mas também na partilha de informação com os cuidadores sobre materiais, técnicas e estratégias indicadas para cada indivíduo (Macedo-Filho, Gomes, & Furkim, 2000; Brauer & Frame, 2001). Surge, no âmbito da intervenção indireta, a Educação para a Saúde (EpS), enquanto estratégia facilitadora do desenvolvimento de competências de escolhas saudáveis (Freire, 1996; Valença, 1998 in Costa, 2010). Partindo do pressuposto de que o empoderamento das pessoas as capacita para assumir um maior controlo sobre os fatores pessoais, socioeconómicos e ambientais que afetam a sua saúde (World Health Organization, 1998), a EpS constitui-se como uma válida ferramenta que potencia a QdV. As ações de EpS podem traduzir-se em orientações individuais a grupos de risco e/ou em palestras para a comunidade sobre temas variados (Araújo & Assunção, 2004), refletindo-se em benefícios individuais e sobretudo ganhos coletivos.

Num estudo realizado por Vieira (2011), o autor conclui que seria de extrema importância a realização de ações de esclarecimento para os cuidadores, acerca do cuidar no ato da alimentação. Ações como as sugeridas por Vieira (2011) deverão integrar um projeto que implica o investimento em recursos humanos, financeiros e técnicos e deve considerar as seguintes fases: 1) Diagnóstico; 2) Planificação; 3) Aplicação/execução e 4) Avaliação (Serrano, 2008). Em cada uma destas fases pode recorrer-se a diferentes metodologias, sendo recomendadas abordagens como o Modelo Interativo de Planificação de Programas (MIPP) (Caffarella, 2002), a Abordagem dos Cinco Passos para a Monitorização e Avaliação (ACPAM) (Bishop, 2002) e o Modelo de Avaliação Multinível de Kirkpatrick (MAMK) (Alves, 2009).

O presente estudo emerge no contexto da Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (ARCIL), uma Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS), situada na Lousã, que articula serviços públicos e privados em prol de uma maior inclusão social e profissional de pessoas com necessidades especiais, sejam eles portadores de Deficiência Intelectual, Motora, Sensorial ou Multideficiência. Perante a abrangência da população apoiada e a persistência de NEA na mesma, e verificando o exposto pela literatura – que sublinha a importância de programas de EpS na orientação de cuidadores de indivíduos com NEA na melhoria da QdV de ambos – surge a necessidade da implementação de um programa como os referidos no contexto da IPSS supracitada.

Assim, o presente estudo tem como objetivos: (1) apresentar e implementar uma proposta de programa de EpS no âmbito das NEA; (2) avaliar o programa de EpS em termos de *outputs* e *outcomes*; (3) refletir quanto à pertinência de programas de EpS no âmbito das NEA.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo

O presente estudo enquadra-se na metodologia qualitativa, sendo um estudo descritivo de tipo investigação-ação.

Amostra

Amostra não aleatória, selecionando-se por conveniência um conjunto de cuidadores de indivíduos com NEA (n = 20) acompanhados no âmbito de diferentes programas e projetos da ARCIL. Como critérios de inclusão definiu-se: 1) ser colaborador da ARCIL ou de parceiros da mesma ou familiar de uma pessoa com NEA; 2) Intervir de forma direta, ou indireta, na alimentação de indivíduos com NEA; 3) Demonstrar interesse prévio na participação nas ações do projeto. Como critério de exclusão, estabeleceu-se não intervir na alimentação de pessoas com NEA.

Procedimentos

Durante o projeto percorreram-se as quatro fases que compõem um projeto de EpS supracitadas e descritas por Vieira (2011).

Na Fase de Diagnóstico, foi construído um questionário a fim de verificar as necessidades de formação e expectativas dos participantes em relação ao programa de EpS. Este questionário, composto por 13 questões (11 de resposta aberta e 2 de resposta fechada) foi sujeito a um teste piloto, para testar a sua praticabilidade, e preenchido pelos indivíduos da amostra (n = 20). Partindo da análise dos questionários, 7 indivíduos foram excluídos de 5 perguntas, por não intervirem diretamente na alimentação das pessoas com NEA. Assim, nestas 5 questões, a amostra foi reduzida para n = 13.

Na Fase de Planeamento da intervenção (in)formativa, recorreu-se ao MIPP e à ACPAM. Primeiramente, procedeu-se à planificação das atividades do projeto, com principal influência na organização das ações de formação. Os itens do MIPP aplicados e a sua ordem de utilização foram as seguintes: 1) construir uma base sólida de apoio; 2) identificar o contexto; 3) identificar ideias para o programa; 4) ordenar e categorizar as ideias para o programa; 5) desenvolver objetivos; 6) desenhar planos de formação; 7) formular planos de avaliação; 8) selecionar formato, calendário e necessidades do staff; 9) coordenar oportunidades e acontecimentos no local.

A etapa 1 concretizou-se via correio eletrónico, a fim de apurar os potenciais interessados na ação de formação, determinar o local e horários para a mesma, disponibilizar os recursos tecnológicos e materiais, decidir sobre os meios de comunicação a utilizar e identificar outros intervenientes como oradores e parceiros. A segunda etapa realizou-se ainda durante o diagnóstico e as ideias foram identificadas, organizadas e categorizadas (etapas 3 e 4) tendo como critério a opinião dos participantes e programadores, a pesquisa bibliográfica realizada e experiências formativas prévias. As etapas 5, 6 e 7 foram englobadas no plano geral de formação, no qual se especificaram formadores, destinatários, objetivos, conteúdos, metodologia, recursos e a principal bibliografia do programa. Para cada sessão de formação foi elaborado um plano de sessão. Relativamente à etapa 8, definiu-se que a ação de formação seria realizada em grupo, com um limite flexível de 20 formandos, e delimitou-se a sua calendarização. O calendário previsto contemplou a realização de 5 sessões de formação, com a duração individual de 3 horas, decorrentes em horário pós-laboral, durante o período de um mês.

De seguida, construiu-se o Triângulo do Planeamento, de acordo com a ACPAM, no qual se definiram metas globais e específicas, objetivos e indicadores de *output* e *outcome*. Como Meta Global do projeto de intervenção definiu-se “capacitar cuidadores de pessoas com NEA para a sua alimentação segura e promotora da saúde e funcionalidade da pessoa cuidada”. Definiram-se três Metas Específicas, nomeadamente: 1) sensibilizar os cuidadores de pessoas com NEA e a comunidade envolvente para as questões inerentes à alimentação; 2) informar os cuidadores de pessoas com NEA e a comunidade envolvente sobre questões inerentes à alimentação; 3) formar os cuidadores de pessoas com NEA com conteúdos relativos às questões inerentes à alimentação.

Como objetivos especificou-se: 1) realizar sessões de formação para a alimentação de pessoas com NEA, promovendo uma abordagem interdisciplinar; 2) elaborar materiais pedagógicos de apoio à prática da alimentação de pessoas com NEA; 3) disseminar uma carta pela instituição com as reflexões dos participantes acerca dos cuidados à pessoa com NEA; 4) criar material de apoio para a replicação da ação de EpS; 5) escrever uma notícia para um jornal, alertando a comunidade para diferentes aspetos inerentes à alimentação e NEA.

Para monitorizar e avaliar o projeto, definiram-se indicadores orientadores da avaliação do trabalho produzido (*outputs*) e das mudanças decorrentes da ação (*outcomes*). Como indicadores de *output* selecionou-se: o número de sessões de formação; o número de participantes na ação; o número de participantes com atuação direta na alimentação; o número de jornais que publicam a notícia; o número de colaboradores a quem se envia a carta; o número de materiais produzidos. Como indicadores de *outcome* definiu-se o nível de satisfação dos participantes e a aprendizagem realizada pelos mesmos.

Na Fase de Aplicação procedeu-se à ministração das sessões de formação e à redação das reflexões dos formandos acerca do modo como gostariam de ser alimentados no lugar da pessoa com NEA. As sessões foram compostas por exposição teórica, aplicação prática dos conteúdos lecionados e atividades de revisão e avaliação. Terminada cada sessão, os materiais utilizados e artigos relacionados com a temática foram enviados por correio eletrónico aos participantes. No final da ação de formação, redigiu-se uma carta com a junção das reflexões dos vários participantes, posteriormente disseminada pelos colaboradores da ARCIL e parceiros. Compôs-se, também, uma notícia para publicar nos meios de comunicação social interessados (jornal local e *website* temático). Além da participação de uma profissional de TF como oradora em todas as sessões, contou-se com a colaboração de profissionais das áreas de Fisioterapia e TO, assim como de estagiários de cada uma das disciplinas; estas participações foram especialmente relevantes para exploração de temas específicos (e.g. produtos de apoio para a alimentação). Embora se tenha consciência da importância do papel do Nutricionista neste projeto, à data da realização da mesma, a instituição não dispunha de recursos humanos nessa área de especialização. Por fim, na Fase de Avaliação e monitorização do projeto recorreu-se à análise dos indicadores *output* e *outcome* de acordo com a ACPAM. Para a avaliação dos indicadores de *outcome* recorreu-se ao MAMK.

No nível 1 - Avaliação de Reações – do MAMK, procurou-se saber a opinião dos participantes acerca das sessões da formação. Na primeira sessão, aplicou-se um questionário (n = 19), em que deveriam classificar, segundo uma escala de Likert (de 1- Nada satisfeito/a a 5- Muito satisfeito/a) o nível de satisfação com a sessão em relação a diversos parâmetros. Na segunda (n = 17) e terceira (n = 8) sessões, com o mesmo objetivo, foi utilizada uma atividade lúdica, baseada na mesma escala de Likert usada na primeira

sessão. Na quarta e quinta sessões pretendeu-se recolher opiniões qualitativas acerca da sessão e da ação de formação na sua totalidade. Assim, na quarta sessão (n = 10) foi pedido aos participantes que preenchessem um questionário em que o inquirido era questionado sobre pontos fortes e fracos da iniciativa. Na quinta sessão (n = 7) foi solicitada a opinião qualitativa dos participantes acerca da ação de formação, através de um testemunho registado num “livro de receitas para uma melhor alimentação”.

A avaliação de aprendizagens (nível 2 do MAMK) foi realizada através de atividades lúdico-pedagógicas. Foi planeada desta forma considerando os princípios de que formandos adultos mostram preferência por diferentes modos de processar/utilizar a informação e pela envolvimento ativo na aprendizagem. Para revisão e avaliação dos conteúdos da primeira sessão identificaram-se as estruturas do corpo envolvidas na alimentação numa atividade em grupo de nomeação e legendagem imagem. Para a segunda sessão foi realizado o preenchimento de uma pirâmide evolutiva, em que os formandos identificaram o desenvolvimento global e a progressão de consistências e texturas alimentares. Na terceira sessão foram preenchidas palavras cruzadas, para nomeação das principais perturbações da alimentação. Na última sessão, procedeu-se à avaliação dos conteúdos dessa mesma sessão e da sessão anterior, uma vez que partilhavam a mesma temática, com análise e discussão de vídeos e estudos de caso.

Análise estatística

Para análise estatística recorreu-se ao software IBM® SPSS® 20 (*Statistical Package for the Social Sciences* 20) para *Windows* 8®.

Resultados

Fase de diagnóstico

O questionário aplicado na fase de diagnóstico revelou informação extremamente útil para o planeamento do projeto, sendo os resultados mais relevantes apresentados na Tabela 1. Importa referir que se constatou que cada cuidador participante no projeto com intervenção direta no processo de alimentação (n = 13) alimenta em simultâneo, em média, 3.69 (\pm 2.78) utentes com NEA.

Fase de avaliação

Na Figura 1 encontram-se representados os resultados relativos à avaliação dos indicadores de output (número de sessões de formação; número de participantes; número de participantes que atuam diretamente na alimentação). Quanto aos restantes indicadores de output, verificou-se que 2 jornais publicaram a notícia disseminada, que a carta redigida pelo grupo formativo foi enviada 195 potenciais leitores e que foram produzidos 2 materiais orientadores de cuidados a pessoas com NEA.

Os resultados relativos à satisfação dos participantes, nas sessões 1, 2 e 3 (indicadores de *outcome*) encontram-se na Tabela 2.

Relativamente à avaliação (qualitativa) das reações dos participantes em à sessão 4, os cuidadores participantes apontaram os seguintes aspetos como pontos fracos: (1) “pouco tempo”, (2) “necessidade de mais casos práticos”, (3) “televisão muito pequena”, (4) “poucas imagens reais” e (5) “aplicar mais a temática aos clientes e alunos acompanhados”. Como pontos fortes identificaram: (1) “clareza nos temas abordados”, (2) “material de fácil compreensão”, (3) “os temas são úteis para o dia-a-dia no trabalho”, (4) “alternância entre

momentos expositivos e práticos”, (5) “riqueza de exemplos práticos”, (6) “bom conhecimento do assunto tratado” e (7) “tempo para esclarecimento de dúvidas”.

Tabela 1: Características da amostra com base no questionário de diagnóstico de necessidades.

Características da amostra obtidas na fase de diagnóstico	%
<i>Intervenção no processo de alimentação (n=20)</i>	
Com intervenção direta	65.00
Sem intervenção direta	35.00
<i>Patologias apresentadas pelos indivíduos com NEA (n=13)</i>	
Multideficiência	76.92
Paralisia Cerebral	38.46
Deficiência Motora	30.77
Perturbação do Espectro do Autismo	23.08
Outras	15.38
<i>Dificuldades do utente com NEA no processo de alimentação verificadas pelos cuidadores (n=13)</i>	
Queda anterior de alimentos	84.62
Engasgamentos frequentes	53.85
Engolir apenas quando tem muita comida na boca	53.85
Regurgitação nasal	23.08
Tosse e pigarreio frequentes após a refeição	23.08
Rejeição alimentar	7.69
<i>Dificuldades sentidas pelos cuidadores no processo de alimentação (n=13)</i>	
Dores derivadas da postura adotada	30.77
A posição do utente é desadequada	15.38
Definir o que fazer quando o utente se engasga	7.69
Definir o que fazer para introduzir novos alimentos	7.69
Os utensílios usados no processo de alimentação são desadequados	7.69
Ambiente em redor é distrativo	7.69
<i>Ocorrência de situação grave com um utente que estava a alimentar (n=13)</i>	
Não	100.00
Sim	0.00
<i>Participação em ações de formação na área da alimentação (n=13)</i>	
Não	90.00
Sim	10.00

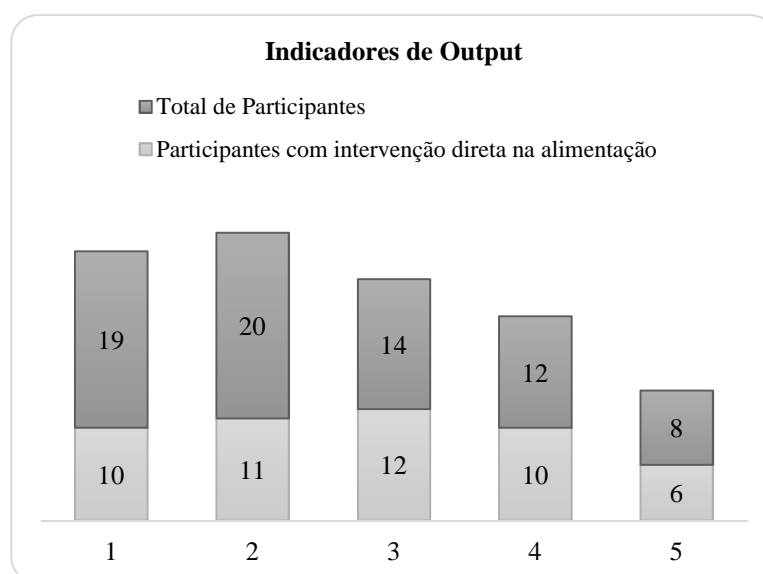


Figura 1: Indicadores de Output. Número total de participantes e número de participantes com intervenção direta na alimentação, em função das sessões 1, 2, 3, 4 e 5.

Tabela 2: Avaliação das reações – nível 1 do MAMK.

Aspectos avaliados	$\bar{x} \pm SD^{\#}$		
	Sessão 1 (n = 19)	Sessão 2 (n = 17)	Sessão 3 (n = 8)
Pertinência dos Temas Abordados	4.58 ± 0.51	4.47 ± 0.62	4.50 ± 0.76
Clareza da Exposição	4.84 ± 0.38	4.71 ± 0.47	4.63 ± 0.52
Aspetto gráfico do material apresentado	4.74 ± 0.45	4.47 ± 0.52	4.25 ± 1.03
Orador(a)	4.74 ± 0.45	4.71 ± 0.47	4.75 ± 0.46
Dinâmica da Sessão	4.47 ± 0.61	4.47 ± 0.62	4.88 ± 0.35

$^{\#}\bar{x} \pm SD$: média ± desvio padrão

Relativamente à avaliação (qualitativa) das reações à sessão 5, todos os participantes apresentaram comentários positivos sobre a globalidade da sessão de formação, entre os quais se destacam os seguintes: (1) “a formação tornou-me mais capaz para melhor capacitar os pais e cuidadores das crianças com quem trabalho”, (2) “frequentar a formação foi uma mais-valia profissional e pessoal e a maneira como foram dados os temas foi muito clara”, (3) “Gostei da formação. Para mim foi quase tudo uma novidade”.

Por fim, relativamente ao nível 2 do MAMK, a Tabela 3 descreve os principais aspetos verificados na avaliação/revisão de conteúdos de cada uma das sessões.

Tabela 3: Aspetos verificados na avaliação/revisão de conteúdos de cada uma das sessões – Avaliação de aprendizagens (nível 2 do MAMK).

Sessão	Aspetos verificados
1	<i>Os participantes identificaram corretamente as estruturas envolvidas na alimentação, mostrando maior dificuldade em identificar a epiglote e o véu palatino.</i>
2	<i>Os participantes mostraram dificuldades em enunciar corretamente a progressão de consistências alimentares. Identificaram a consistência pastosa como sendo a mais fácil de controlar oralmente e de engolir em segurança. Nomearam corretamente a progressão de texturas alimentares.</i>
3	<i>Observou-se maior dificuldade em nomear os conceitos de hipersensibilidade e hipotonia, partindo de uma definição.</i>
4 e 5	<i>Em relação à exploração de vídeos, os formandos atingiram todos os objetivos, conseguindo identificar as estratégias que estavam a ser utilizadas, aspetos que estavam a ser menos bem efetuados e propor mudanças.</i>

Discussão

Com a análise dos dados recolhidos na Fase de Diagnóstico foi possível apresentar e implementar uma proposta de programa de EpS no âmbito das NEA, baseada nas necessidades de formação e expectativas dos participantes em relação ao programa.

Percebeu-se que a maioria dos participantes interessados na sessão de formação foram os cuidadores que intervêm diretamente na alimentação das pessoas com NEA. Este facto corrobora os princípios da aprendizagem nos adultos que enunciam que a nova informação tem que partir do conhecimento existente e da experiência, que a aprendizagem deve ser significativa e que os adultos são pragmáticos e querem aplicar os novos conhecimentos a novas situações (Caffarella, 2002).

Observou-se que a patologia maioritariamente apresentada pela pessoa cuidada foi a multideficiência. Vieira (2011) refere que as pessoas com multideficiência tendem a “engasgar-se” com frequência, tornando importante que o seu cuidador conheça a razão

pela qual isto acontece, que estratégias diminuam o risco de penetração/aspiração e que procedimentos se devem efetuar nessas situações. Percebeu-se que as maiores dificuldades demonstradas pelos utentes/clientes/alunos foram o “engasgamento” frequente, a queda anterior de alimento e o facto da pessoa cuidada só engolir quando tem quantidade excessiva de alimento na cavidade oral; o que pode ser causado por atraso no desencadear do reflexo de deglutição ou por défice sensorial oral. Esta informação vai ao encontro ao referido na literatura (Costa & Castro, 2003; Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004; Fraker, 2007; Finnie, 2000) e revelou-se importante na definição dos conteúdos programáticos a abordar nas sessões formativas.

Verificou-se que as dificuldades mais referenciadas pelos próprios cuidadores foram dor e desconforto derivado da posição adotada durante a alimentação e dificuldades em adequar a posição do utente. Segundo a literatura, muitas das dificuldades alimentares podem ser atenuadas se o utente estiver numa posição correta (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004; Fraker, 2007; Finnie, 2000). Assim, estes factos justificam a importância da abordagem desta temática pelo Fisioterapeuta numa sessão de formação.

No presente estudo, em média, cada cuidador tinha, a seu cargo, 3.69 (± 2.78) pessoas com NEA durante o processo de alimentação. Tendo em conta que uma refeição tem a duração média de 30 minutos e que a pessoa com NEA necessita, geralmente, de mais tempo para se alimentar, coloca-se a questão: terão os cuidadores da amostra tempo suficiente para responder às especificidades de cada indivíduo que está à sua responsabilidade durante as refeições? Nesse sentido dever-se-ão mover esforços para que cada cuidador tenha a seu cargo, no futuro, um número mais razoável de utentes/clientes/alunos.

Relativamente ao tema preferencial a ser abordado na sessão formativa, a maioria elegeu as “Estratégias a utilizar para que a alimentação decorra de forma segura e adequada”, pelo que foi dedicada maior carga horária ao mesmo. Uma vez que os participantes deram importância significativa a diversos métodos de ensino, dinâmicas variadas foram utilizadas nas sessões de formação. Por fim, visto que 85% dos participantes referiu que gostaria de ter acesso a um manual teórico, esta opinião foi considerada na decisão dos materiais de apoio a produzir como output do projeto.

Foi ainda possível observar que, à semelhança do estudo realizado por Vieira (2011), a maioria dos cuidadores não tinha tido acesso, até à data, a ações de formação na área dos cuidados na alimentação. Neste estudo verificou-se que 90% dos inquiridos nunca tinha recebido formação nesta área, corroborando a necessidade de se desenvolverem mais ações formativas neste âmbito, de forma a melhorar a QdV dos utentes/clientes/alunos e dos seus cuidadores.

Na Fase de Avaliação foi possível avaliar o programa de EpS em termos de *outputs* e *outcomes* obtidos. Na análise dos indicadores de output verificou-se que o número de participantes foi diminuindo e que os participantes que foram assistindo assiduamente foram, maioritariamente, os cuidadores diretos. O horário das sessões (pós-laboral), o carácter não obrigatório de frequência e a gratuitidade da formação poderão ser possíveis justificações para que o número de participantes tenha diminuído ao longo do tempo. Tendo em conta os princípios da aprendizagem de adultos propostos no MIPP, também é importante ter em consideração que a motivação advém de complexos fatores internos e externos, que os adultos são pragmáticos e, por isso, querem aplicar novos conhecimentos a novas situações, que os mesmos possuem objetivos pessoais dos quais não abdicam, são in(ter)dependentes e mais recetivos quando estão física e psicologicamente confortáveis

(Caffarella, 2002). Constata-se que a explicação para estes resultados pode ser de origem muito variada e não identificável com o presente estudo.

O nível de satisfação dos participantes encontrou-se, em média, entre o “Satisfeito(a)” e o “Muito satisfeito(a)”, nas várias componentes analisadas, pelo que se faz um balanço positivo em relação ao desempenho e à qualidade das sessões de formação.

Embora não tenha sido realizada uma análise mais precisa das aprendizagens efetuadas pelos participantes, considera-se, através da observação e registo do seu desempenho nas atividades de revisão/avaliação, que os formandos adquiriram os conhecimentos objetivados.

Em jeito de reflexão quanto à pertinência de programas de EpS no âmbito das NEA, confirma-se que, para o desenvolvimento dos mesmos, é necessário percorrer todas as suas fases, nomeadamente as propostas por Vieira (2011), tendo em conta a elevada importância e interdependência entre todas elas. O papel do profissional de saúde nestas iniciativas é essencial, uma vez que possui formação especializada na área e, por isso, poderá dar melhor resposta às necessidades formativas dos que procuram adquirir conhecimentos e técnicas específicas para melhorar a QdV, tanto do cuidador como da pessoa cuidada. Por conseguinte, o profissional estará em condições de desempenhar, de forma legítima, um papel de educador/formador e de ser reconhecido como tal.

Reitera-se a pertinência de intervenção nas NEA por esta ser uma problemática importante, negligenciada e com externalidades. Por um lado, é importante porque a percentagem de pessoas com deficiência é significativa, e estas têm grande probabilidade de desenvolver NEA, assumindo-se que a QdV destes e dos respetivos cuidadores se encontra em risco (a nível social, emocional, económico e clínico). Por outro lado, é negligenciada pela comunidade portuguesa visto que, a nível nacional, são escassas as respostas clínicas e/ou sociais com equipas transdisciplinares eficazes para a intervenção nas NEA. As externalidades desta questão são evidentes, na medida em que afetam uma grande parte da população e causam impacto na comunidade em geral. Se as NEA podem levar a quadros clínicos e sociais graves, não só dos próprios, mas também dos seus significativos, os mesmos podem levar ao aumento na necessidade de cuidados e do seu grau de complexidade, acarretando um incremento de custos para as famílias e para o Estado.

Importa referir o carácter replicável e dinâmico do projeto, uma vez que poderá ser desenvolvido na íntegra ou com reformulações e adaptações a outros contextos, de modo a ser utilizado no futuro em congressos, ações de formação, conferências, entre outros. De forma a amplificar a qualidade das sessões e, assim, incrementar resultados, dever-se-á reforçar os aspetos considerados como pontos fortes pelos participantes e minimizar a ocorrência dos que foram classificados como pontos fracos.

As informações decorrentes deste projeto justificam uma abordagem em equipa, na qual profissionais como o Fisioterapeuta, TF, TO e Nutricionista articulam “práticas” e “saberes” em prol de um objetivo comum: melhorar a QdV da pessoa com NEA.

Conclusão

O presente estudo permitiu a apresentação e implementação de uma proposta de programa de EpS no âmbito das NEA, confirmando a importância de cada uma das fases de projetos de EpS para o sucesso do mesmo. De uma forma global, faz-se uma avaliação positiva do programa, verificando-se uma elevada taxa de adesão da amostra em estudo ao programa,

níveis de satisfação entre o “Satisfeito” e o “Muito Satisfeito” e bons níveis de aquisição de conhecimentos, ainda que seja feita uma avaliação subjetiva. O presente estudo permitiu compreender a pertinência e relevância de programas de EpS desta natureza no âmbito das NEA pois, atuando num problema importante, negligenciado e com externalidades relevantes, aumenta-se a probabilidade de criar valor para a sociedade.

A aplicação de níveis mais avançados do MAMK deverá ser considerada em iniciativas futuras, a fim de compreender mais profundamente o impacto deste tipo de ação. Quanto estão dispostos os participantes a investir para minorar o impacto de NEA? Quanto esperam receber? Qual o retorno social de uma abordagem de EpS para o problema das NEA?

Como referiu Caffarella (2002), “*Planning programs for adults is like swimming in the ocean. Some days the ocean is calm and welcomes people with open arms. (...) On other days when the surf is somewhat rough and the waves higher, the ocean provides challenges for even the best of the swimmers*”. Assim, compreende-se o desafio e a imprevisibilidade do ensino para adultos enquanto iniciativa de EpS, em que flexibilidade e criatividade são cruciais.

Referências

- Alves, J. P. (2009). Desconstruir construindo um novo modelo de formação. Dissertação de Mestrado: Universidade do Porto.
- Van Riper, C., Wallace, L. & American Dietetic Association. (2010). Position of the American Dietetic Association: Providing Nutrition Services for People with Developmental Disabilities and Special Health Care Needs. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 296-307.
- Araújo, M. & Assunção, R. (2004). A atuação do agente comunitário de saúde na Promoção da Saúde e na Prevenção de Doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 19-25.
- Armani, D. (2006). *Como elaborar projetos?* Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Bishop, L. (2002). *The First Steps in Monitoring and Evaluation*. Londres: Charities Evaluation Services.
- Brauer, C. & Frame, D. (2001). *Manual de disfagia. Guia de deglutição para profissionais da saúde e famílias de pacientes disfágicos*. Carupicuíba: Pró-fono.
- Caffarella, R. (2002). *Planning programs for adult Learners: A Comprehensive Guide*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Clark, G. F., Avery-Smith, W., Wold, L., Anthony, P. & Holm, S. (2007). Specialized Knowledge and Skills in Feeding, Eating and Swallowing for Occupational Therapy Practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(6), 686-700.
- Costa, I. (2010). *A Educação como Instrumento de Suporte em Ações que Promovem Saúde: Relatos de Experiências Compartilhadas*. Promoção da Saúde Oral: Contributos para a Organização e Aplicação de Programas. Lisboa: Coisas de Ler.
- Costa, M. & Castro, L. d. P. (2003). *Tópicos em deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: Medsi.
- do Val, D., Limongi, S., Flabiano, F. & da Silva, K. (2005). Stomatognathic system and body posture in children with sensorimotor deficits. *Pro Fono*, 17(3), 345-354.
- Ernsperger, L. & Stegen-Hanson, T. (2004). *Just take a bite. Easy, effective answers to food aversions and eating challenges*. Arlington: Futur Horizons.
- Finnie, N. (2000). *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. São Paulo: Manole.
- Fraker, C., Fishbein, M., Cox, S. & Walbert, L. (2007). *Food chaining. The proven 6-step plan to stop picky eating, solve feeding problems, and expand your child's diet*. Cambridge: Da Capo Press.

- Franssen, J., Maaskant, M. & Lantman-de Valk, H. (2011). Qualitative Study of Malnutrition in People With Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(4), 239-46
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. 2012. *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Macedo-Filho, E., Gomes, G. & Furkim, A. (2000). *Manual de cuidados do paciente com disfagia*. São Paulo: Lovise.
- Puyuelo, M., Póo, P., Basil, C. & Métayer, M. L. (2001). *A Fonoaudiologia na Paralisia Cerebral: Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Livraria Santos.
- Rega, A. I. A. (2012). *O comportamento alimentar e o desenvolvimento da linguagem em crianças nascidas pré-termo*. Tese de doutoramento: Universidade de Lisboa.
- Rosado, C., Amaral, L., Galvão, A., Guerra, S. & Furia, C. (2005). Avaliação da disfagia em pacientes pediátricos com traumatismo crânio-encefálico. *Rev CEFAC*, 7(1), 34-41.
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2009). *RCSLT Resource Manual For Commissioning and Planning Services For SLCN: Dysphagia*.
- Santos, A., Vargas, M., Oliveira, C. & Macedo, I. (2010). Avaliação da Sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 503-509.
- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais: Casos práticos* (Vol. 7). Porto: Porto Editora.
- Sousa, A., Zarameli, R., Ferrari, R. & Frigero, M. (2008). Avaliação da Qualidade de Vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas. *ConScientiae Saúde*, 7(4), 497-502.
- Vieira, A. M. d. C. (2011). *Alimentação em Crianças com Multideficiência Dependentes: Satisfação e Competências do Cuidador Informal*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. WHO Regional Office for Europe: WHO.