

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Contributo de uma ferramenta tecnológica interativa no suporte a familiares
cuidadores de pessoas dependentes com compromisso no autocuidado
alimentar-se

Dissertação de Mestrado

Ana Mafalda Fontão Dias

Porto | 2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CONTRIBUTO DE UMA FERRAMENTA TECNOLÓGICA INTERATIVA NO SUPORTE A
FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS DEPENDENTES COM COMPROMISSO NO
AUTOCUIDADO ALIMENTAR-SE

The contribute of an interactive technological tool on the support of family caregivers of
self-feeding dependent people

Dissertação orientada pela Prof.^a Doutora Teresa Martins e coorientada pela Prof.^a Doutora
Maria José Lumini

Ana Mafalda Fontão Dias

Porto | 2017

O sucesso, tal como a felicidade, não pode ser procurado; tem que ser algo que surge naturalmente. E isso só acontece como resultado involuntário da nossa dedicação a uma causa maior a nós mesmos ou como consequência inesperada da nossa entrega a uma outra pessoa.

Vitor Frankl

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Teresa Martins, por ter aceite partilhar este desafio. Pela sua sabedoria e disponibilidade, pelo rigor e empenho e pela preocupação com que conduziu este projeto.

À Professora Doutora Maria José Lumini, pela sua disponibilidade na partilha do percurso que desenvolveu com o seu trabalho e por dar continuidade à projeção de novas ideias para o complementar. Pela motivação e pela atenção a todos os pormenores que marcam a diferença.

Ao Centro Hospitalar do Porto, aos enfermeiros chefes Aurora Leandro, Joaquim Nunes, Rosa Azevedo e, de um modo muito especial aos seus enfermeiros especialistas Fátima, Fernanda, Cristina e Pedro, por me terem acolhido nos seus serviços e terem acompanhado com tanto interesse o percurso desenvolvido durante os dois meses em que trabalhamos com os familiares cuidadores.

Aos familiares cuidadores dos doentes dependentes, por terem aceite tão prontamente partilhar as suas experiências, dúvidas e angústias. Pelo exemplo que demonstram na vontade em aprender mais e prestar ainda melhores cuidados.

Aos alunos do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ano letivo 2016/2017), pelo seu contributo valioso na validação da ferramenta tecnológica interativa desenvolvida.

Aos meus pais, pelo exemplo de força, determinação e perseverança, pelas palavras certas.
Ao Zé, pela alegria!

Ao Pedro, por ser porto de abrigo em todos os momentos da vida.

RESUMO

O presente estudo insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Trata-se de um estudo de cariz descritivo e transversal e insere-se no âmbito do Projeto INTENT-CARE que objetiva o desenvolvimento e validação de uma ferramenta tecnológica interativa criada com base nas reais necessidades e dificuldades identificadas pelos cuidadores de pessoas dependentes. Na continuidade do trabalho desenvolvido por Lumini (2015), pretende-se complementar a ferramenta com conteúdos relativos ao autocuidado alimentar-se.

Com recurso a um grupo de 15 peritos e através da utilização da Técnica Delphi, pretendeu-se que fosse avaliada a adequação da estrutura criada e a pertinência e clareza do conteúdo desenvolvido no âmbito do autocuidado alimentar-se. Partindo do modelo desenvolvido por Lumini (2015), foi criada uma nova estrutura, com maior acessibilidade e navegabilidade, apresentando um novo *layout*, novas cores e possibilidade de acesso através de computador, *tablet* e *smartphone*.

A sua implementação decorreu junto de um grupo de 72 estudantes do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem a frequentar as aulas da unidade curricular ‘A pessoa dependente e os familiares cuidadores’ e a trabalhar os conteúdos temáticos a testar. Foram criados cenários clínicos envolvendo pessoas com compromisso no autocuidado alimentar-se e os estudantes foram convidados a visitar a aplicação na preparação dos casos e posteriormente a avaliar a sua funcionalidade e utilidade.

Os resultados encontrados demonstraram que a ferramenta é fácil de utilizar e explorar, interessante, contém informação clara e adequada e a terminologia utilizada é consistente. A ferramenta foi ainda considerada rápida quanto à sua navegação, muito fiável e com ocorrência rara de falhas. As fotografias foram consideradas nítidas e o guia de navegação bem elaborado, permitindo uma navegação mais fácil.

O desenvolvimento do estudo permitiu a construção e validação de um recurso tecnológico inovador, específico numa área ainda pouco explorada mas que efetivamente se configura, no dia a dia de quem cuida, como uma dificuldade com necessidades educacionais.

Palavras-chave: dependência no autocuidado, autocuidado alimentar-se, familiares cuidadores, tecnologia educacional

ABSTRACT

This study is part of the master's degree course in Medical-Surgical Nursing at Nursing School of Porto (ESEP). This is a descriptive and transversal study and forms part of the project INTENT-CARE that's aimed to the development and validation of an interactive technological tool created based on real needs and difficulties identified by family caregivers. Continuing the work developed by Lumini (2015), it is intended to complement the technological interactive tool with contents related to self-feeding.

With the support of 15 experts and using the Delphi Technique, it was intended to evaluate the appropriateness of the created structure for the interactive tool and the relevance and clarity of the developed content specifically to self-feeding. Based on the final result emerged from the use of this technique, it was made an adaptation of the technological interactive tool developed by Lumini (2015), creating a new structure, with a new layout, new colors and possibility of access by computer, tablet and smartphone.

The implementation was effected with a group of 72 students (second year of degree in nursing), which were working and analyzing thematic contents on dependent people and family caregivers. With the presentation of hypothetical case studies in the specific context of self-feeding, it was intended to get response to this work using the interactive technology developed and subsequently evaluating its utility.

The obtained results permitted to realize that the technological interactive tool it's easy to use and explore, full of helpful and convenient information and has a consistent terminology. It's also interesting and has clear recommendations for family caregivers. The tool was considered to be quick in terms of navigation, reliable and with an error occurrence rate very low, also providing high quality pictures and an well elaborated research guide that allows an effortless navigation.

In conclusion, the development of this project allowed the creation and validation of an innovating technological resource, specific on an unexplored area but important on daily-basis of the family caregivers that face difficulties by the absence of educational needs about their relatives dependence.

Key words: self-care dependency, self-feeding, caregiver, educational technology

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. O Autocuidado	15
1.1.1. Dependência no Autocuidado	19
1.1.2. Autocuidado Alimentar-se	22
1.2. Os familiares cuidadores	25
1.3. O papel das novas tecnologias no suporte aos familiares cuidadores	27
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	31
2.1. Justificação do tema	31
2.2. Finalidade do estudo	32
2.3. Tipo e Desenho do estudo	33
2.4. Questões Éticas	34
3. FASE DE CONCEÇÃO	35
3.1. Técnica de análise e tratamento de dados.....	38
3.2. Resultados	39
4. FASE DE IMPLEMENTAÇÃO	41
4.1. Amostra.....	42
4.2. Instrumento de recolha de dados	42
4.3. Técnica de análise e tratamento de dados.....	43
4.4. Resultados.....	43
5. DISCUSSÃO	49
6. CONCLUSÃO	57
7. BIBLIOGRAFIA	59
8. ANEXOS	69
ANEXO I - Ferramenta Tecnológica Interativa - Alimentação por Via Oral	
ANEXO II - Questionário de Satisfação	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição numérica e percentual dos parâmetros e análise de valores de médias e desvio-padrão	44
TABELA 2: Dispersão dos valores atribuídos aos parâmetros do questionário de satisfação	46
TABELA 3: Matriz de correlação dos diferentes parâmetros do questionário de satisfação	48

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como ciência, mostra atualmente um desenvolvimento de competências e um corpo de conhecimento próprio, sólido e fundamentado, que permite compreender os fenómenos vivenciados pela pessoa que experencia diversas transições, em diferentes fases da sua vida (Silva, 2007; Leonardo, 2011).

O papel da enfermagem enfatiza as respostas humanas às transições (Meleis et al, 2000). Nesse sentido, procura ir ao encontro das reais necessidades da pessoa, acompanhando as mudanças na sua vida e permitindo uma adaptação gradual e saudável a essas alterações.

O progressivo envelhecimento populacional associado ao aumento da esperança média de vida e a prevalência crescente de pessoas com doenças crónicas incapacitantes gerou novas necessidades em saúde pelo aumento do nível de dependência das pessoas no seu autocuidado (DL nº 101/2006). Estes fatores têm conduzido a um aumento exponencial do número de pessoas com limitações a nível físico, psicológico e cognitivo, que, conseqüentemente e de forma inevitável, acaba por levar à dependência (Petronilho, 2007).

O envelhecimento da população traduz-se gradualmente no aumento do número de idosos e diminuição do número de jovens, notando-se um decréscimo acentuado dos números traduzidos pela taxa de natalidade. A Organização Mundial da Saúde (2005) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, a nível mundial. Dentro da população idosa, as pessoas com 80 ou mais anos constituem o grupo etário em maior crescimento (Ferreira & Yoshitome, 2010).

Em Portugal, as projeções para a população entre 2010 e 2060 evidenciam a continuação do envelhecimento populacional e uma diminuição do índice de renovação da população em idade ativa até 2040 (INE, 2010). Segundo dados do INE, em 2050 Portugal será o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos (INE, 2011).

O desenvolvimento de uma condição de incapacidade que impeça a pessoa de cuidar de si, torna cada vez mais necessária a intervenção dos profissionais de saúde e da própria família e amigos, no sentido de encontrar respostas adequadas às necessidades da pessoa (Brito, 2012; Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014). Os profissionais de saúde desenvolvem cada vez mais o planeamento da sua intervenção no sentido de capacitar a pessoa para que possa gerir os seus processos de saúde-doença, centralizando o seu papel ativo no seu autocuidado (Pereira, 2012).

No entanto, o aumento do número de episódios de urgência e dias de internamento hospitalar por agudização da sintomatologia dos quadros patológicos, conduz a um maior grau de dependência da pessoa. Cerca de um quarto das pessoas internadas em regime hospitalar tem alta clínica com algum tipo de dependência no seu autocuidado. A este facto acresce que o maior número destas pessoas é encaminhado diretamente para o domicílio após a alta (Duque, 2009; Brito, 2012; Petronilho, 2013).

Os custos inerentes a um internamento hospitalar obrigam a uma gestão calculada do número de camas disponíveis e altas clínicas, diariamente. A decisão clínica precoce face ao regresso a casa determina a necessidade de cuidar da pessoa que mantém algum tipo de dependência após a alta.

Em resposta a este facto, cada vez mais se pressupõe uma ideologia de responsabilização, envolvimento e mestria na capacidade de gerir com eficiência o processo de saúde-doença, quer por parte dos próprios doentes quer dos seus familiares, na transição e aquisição do papel de membro da família prestador de cuidados (Petronilho, 2012).

Os familiares cuidadores assumem, assim, um papel determinante na continuidade de cuidados à pessoa dependente. Desta forma, a capacidade de resposta dos profissionais de saúde às questões e problemas que diariamente surgem ainda em contexto de internamento, determina uma melhor prática de quem irá cuidar em casa.

A internet e as novas tecnologias surgem gradualmente como resposta válida e eficaz às necessidades em saúde. Assistimos de forma crescente a uma maior procura de informação relacionada com a saúde através destes meios por parte dos adultos idosos e dos seus cuidadores (Barbara *et al.*, 2016).

A internet é considerada um meio privilegiado de comunicação e informação na interação com a população que necessita de cuidados de saúde (ACSS,2009) e, conseqüentemente, o crescimento notório da utilização das novas tecnologias na pesquisa de temáticas na área da saúde é cada vez mais evidente (Espanha, 2013). Neste sentido, a aposta dos profissionais de saúde na exploração e potenciação das novas tecnologias como condutor à adoção de boas práticas de saúde (na promoção e educação para a saúde), é cada vez mais uma realidade.

Inserido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, o presente estudo foi desenvolvido tendo por base como objetivos:

- Desenvolver e validar uma ferramenta tecnológica interativa com conteúdos específicos inerentes à dependência no autocuidado alimentar-se
- Avaliar o contributo da ferramenta tecnológica interativa para a prática diária de cuidados dos familiares cuidadores à pessoa dependente no autocuidado alimentar-se

A sua elaboração constitui-se por quatro partes distintas mas complementares.

Na primeira parte (fase concetual - enquadramento teórico) são definidos e explorados os conceitos centrais do estudo, a base teórica e a revisão bibliográfica. Este capítulo foca globalmente a temática do autocuidado, explorando questões como a dependência no autocuidado e o autocuidado alimentar-se. Nesta parte do estudo abordam-se as principais teorias de enfermagem que objetivam fundamentar a dependência no autocuidado. Nesta mesma linha, é feita uma contextualização do envelhecimento demográfico e das suas implicações sociais e económicas na atualidade. Paralelamente, exploram-se as temáticas da família como prestadora de cuidados e do suporte das novas tecnologias no assumir deste papel.

Na segunda parte (enquadramento metodológico), é feita uma descrição sistematizada de cada etapa no processo que concretiza o estudo e apresentado o plano de ação traçado com finalidade de alcançar os objetivos inicialmente propostos. São descritas as estratégias utilizadas na realização do estudo.

Na terceira e quarta partes exploram-se as duas fases constituintes do estudo: fase de conceção e de implementação, respetivamente. Em cada uma das fases são descritas e caracterizadas as amostras, as técnicas de recolha e análise dos dados e os principais resultados emergentes do trabalho desenvolvido.

Por fim, a conclusão do estudo pretende ser um reflexo do percurso traçado, evidenciando os aspetos mais relevantes e significativos, as limitações surgidas e algumas sugestões futuras para investigação.

A pesquisa bibliográfica desenvolvida foi fundamentada em bases de dados científicas e motores de busca, livros publicados e trabalhos académicos. Toda a literatura com maior tempo de publicação foi apenas considerada quando demonstrada uma relevância considerável para a fundamentação do estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o objetivo de compreender e explorar a problemática em estudo, procedeu-se a uma revisão bibliográfica tendo por base as áreas que a estruturam e fundamentam. Parte-se do conceito central do autocuidado para a análise do processo de vivência da transição da pessoa face a uma situação de dependência, nomeadamente ao nível do autocuidado alimentar-se. Paralelamente, é analisado o processo de transição inerente à aquisição do papel de membro da família prestador de cuidados. Por fim, explora-se o conceito das novas tecnologias na saúde e o seu impacto no suporte aos familiares cuidadores de pessoas com dependência.

1.1.O Autocuidado

Segundo Orem (2001, p.45), o autocuidado é *uma função humana reguladora*, desempenhada para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.

O autocuidado é definido como uma ação deliberada, aprendida e executada de forma consciente e contínua mediante as necessidades das pessoas e tendo como condicionalismos o seu conhecimento e habilidades, para a manutenção da vida e do bem-estar (Orem, 2001). Neste sentido, abrange atividades orientadas no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença (Richard & Shea, 2011; Backman & Hentinen, 1999; 2001)

Segundo o International Council of Nurses (ICN) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® Versão 2), autocuidado é definido como uma *atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária* (ICN, 2011 p. 41).

Para Orem (2001 cit por Martins, 2011, p. 24), a pessoa é vista como *um todo integral e dinâmico que funciona em termos biológicos, simbólicos e sociais, tendo a faculdade de utilizar ideias, de pensar e reflectir sobre o seu próprio estado de saúde, (...) com o intuito de levar a cabo acções de autocuidado.*

Segundo a OMS (2009), o autocuidado refere-se à capacidade da pessoa, família ou comunidade promoverem a saúde e prevenirem a doença, gerindo as suas limitações e incapacidades, com ou sem apoio dos serviços de saúde.

O autocuidado concepção-se, assim, como base para a aprendizagem de conhecimentos e habilidades da pessoa, permitindo dar resposta às necessidades que

emergem das transições vivenciadas ao longo do ciclo vital (Meleis *et al*, 2000; Meleis, 2005, 2010).

O *International Self-Care Foundation* (organização não governamental sediada no Reino Unido) enumerou e descreveu, com base na evidência científica mais atual, sete domínios (sete 'pilares', como denomina) para o autocuidado (ISF, 2016). Por ordem de importância atribuída a cada pilar:

1. Literacia em saúde - capacidade para obter, analisar e compreender informação em saúde que possibilite a tomada consciente de decisões. Permite saber como procurar e usar informação em saúde, quando procurar ajuda profissional, conhecer fatores de risco face a diferentes quadros patológicos, desenvolver conhecimento sobre a saúde, compreender a importância de adoção de comportamentos de procura de saúde.
2. Consciencialização - capacidade de perceber e reconhecer o estado de saúde, de analisar as repercussões dos comportamentos adotados face ao estado de saúde.
3. Atividade física - a importância de uma prática regular de intensidade moderada de exercício físico para a melhoria da saúde física e mental.
4. Alimentação saudável - o seu papel na manutenção da saúde e na prevenção e redução do risco de desenvolvimento de patologias associadas a défices nutricionais.
5. Prevenção e redução de riscos - medidas a tomar para diminuir o risco de desenvolvimento de doença ou morte precoce devido a causas evitáveis.
6. Higiene - a importância de boas práticas de higiene como a lavagem das mãos, higiene oral ou o manuseamento adequado dos alimentos.
7. Uso racional e responsável dos produtos e serviços de saúde - uso com segurança e eficácia de medicamentos, produtos ou serviços.

O autocuidado é uma referência estruturante da prática clínica e do plano conceptual para a enfermagem. Com base na assunção de que todas as pessoas têm necessidade de se cuidar, este conceito tem sido, ao longo dos tempos, um elemento central em teorias e modelos teóricos de enfermagem (Martins & Rocha, 2016, p.19 in Martins *et al*, 2016).

A teoria do autocuidado de Orem (2001) baseia-se no pressuposto de que o autocuidado não é inato. Aprende-se, desenvolve-se e experiencia-se ao longo da vida. A pessoa tem capacidade para cuidar de si, adotar comportamentos e desempenhar

atividades que lhe permitam manter-se saudável e contribuir para o seu desenvolvimento e bem-estar (Martins & Rocha, 2016 in Martins *et al*, 2016).

Na teoria do autocuidado (Orem, 2001) são explorados conceitos fulcrais como:

- Autocuidado [*self-care*] (conceito já anteriormente explorado e definido)
- Agente de Autocuidado [*self-care agent*] - baseado na premissa de que a pessoa é capaz de cuidar de si própria, sendo, portanto, agente de autocuidado
- Ação de Autocuidado [*self-care agency*] - atividade executada de forma intencional e deliberada, tomada de decisão da pessoa sobre o seu autocuidado
- Fatores Condicionantes Básicos [*basic conditioning factors*] - a idade, o sexo, a condição de saúde, os fatores ambientais, a situação sociocultural, a disponibilidade de recursos e os aspetos ligados ao sistema de cuidados de saúde são alguns dos fatores que condicionam a capacidade da pessoa para o autocuidado
- Domínios de Autocuidado/ Comportamentos de Autocuidado [*self-care behavior*] - domínio cognitivo (conhecimento adquirido/tomada de decisão), domínio físico (capacidade física para desempenhar as atividades de autocuidado); domínio comportamental (habilidades necessárias para a adoção de comportamentos de autocuidado); domínio emocional (valores, crenças, atitudes, motivação para executar as ações de autocuidado). Os comportamentos de autocuidado são diretamente influenciados pela capacidade e volição da pessoa na realização das atividades de autocuidado.
- Agente dependente de cuidados [*dependent care agent*] - pessoas que cuidam de outras cuja capacidade para desempenhar atividades de autocuidado está comprometida
- Necessidade terapêutica de autocuidado [*therapeutic self-care demand*] - total de cuidados necessários para dar resposta aos requisitos de autocuidado, num determinado período ou em situações específicas
- Requisitos de autocuidado [*self-care requisites*] - condições que orientam e guiam a realização das ações direcionadas para o cuidar individual. São requisitos universais de autocuidado o respirar, beber e comer, eliminar ou o equilíbrio entre o período de repouso e de atividade.

A teoria do défice de autocuidado reconhece que existem necessidades em autocuidado que a pessoa não consegue colmatar ou satisfazer tendo por base as suas capacidades. A pessoa tem limitações que a tornam parcial ou totalmente incapaz de satisfazer os seus requisitos de autocuidado. Orem (2001 cit por Martins & Rocha, 2016,

p.22 in Martins *et al*, 2016) define como sendo *a relação entre a capacidade que a pessoa tem e a exigência que se coloca.*

Orem aprofunda a definição do conceito basilar desta teoria explicando que a situação de défice pode não apenas cingir-se à pessoa mas também ao membro da família que presta cuidados à pessoa dependente.

A teoria do défice de autocuidado exige, assim, a perceção da necessidade da intervenção de enfermagem face à incapacidade da pessoa. *Nesta perspetiva o enfermeiro é o agente terapêutico* (Tomey & Alligood, 2004 cit por. Martins & Rocha, 2016, p.23 in Martins *et al*, 2016), na medida em que inicia e mantém uma relação terapêutica com a pessoa/família, determina como e se a pessoa deve de facto ser ajudada, prescreve as intervenções adequadas à pessoa/família, integrando os cuidados de enfermagem na sua vida diária.

Backman & Hentinem (2001) desenvolveram uma investigação com base na análise da existência de fatores externos e internos que influenciam o desempenho e comportamento perante as ações de autocuidado, sistematizando e definindo um conjunto de perfis de autocuidado.

Perceberam, através do seu estudo, que os comportamentos de autocuidado e a perceção de autoeficácia face ao desempenho das atividades de autocuidado estão intimamente ligados às experiências vivenciadas pelas pessoas, pela sua autoestima e nível de satisfação com a vida.

As autoras sistematizaram e descreveram quatro tipos de perfil de autocuidado (Backman & Hentinem, 2001):

- Responsável - cuidado ativo e responsável em colaboração com os profissionais de saúde
- Formalmente guiado - cuidado passivo/inerte/sem crítica face às orientações dos profissionais de saúde
- Independente - autonomia na tomada de decisão no cuidar, sem recorrer aos profissionais de saúde (recusa terapêutica)
- Abandono - incapacidade ou falta de responsabilidade da pessoa para cuidar de si

A teoria dos sistemas de enfermagem analisa fundamentalmente as ações realizadas pelos enfermeiros com o objetivo de dar resposta às necessidades que a pessoa não consegue colmatar autonomamente (Martins & Rocha, 2016 in Martins *et al*, 2016).

Esta teoria inclui o sistema totalmente compensatório - todos os cuidados são realizados pelos profissionais de enfermagem; parcialmente compensatório - alguns dos

cuidados são realizados pelos enfermeiros, compensando as limitações da pessoa no seu cuidar e o sistema de apoio-educação - necessidade de apoio/orientação por parte dos enfermeiros, existindo capacidade na pessoa para cuidar de si.

Petronilho (2012) defende que o autocuidado tem vindo a ser reconhecido como um recurso chave na potenciação da autonomia da pessoa e na promoção da sua saúde. Paralelamente, e com base no que é preconizado por Meleis (2000), o autocuidado apresenta-se como referencial teórico para o desenvolvimento de intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais planeadas pelos profissionais de enfermagem com o objetivo de aumentar e aprofundar o conhecimento e habilidades da pessoa, capacitando-a para a tomada de decisão face à sua saúde e às constantes mudanças ao longo do ciclo vital (Pereira, 2012).

1.1.1. Dependência no Autocuidado

A dependência caracteriza-se por uma diminuição da capacidade funcional da pessoa, associada a diversos fatores como o aparecimento e desenvolvimento de uma patologia ou um evento inesperado (acidente) (Figueiredo, 2007; Roper, Logan & Tierney, 2001; Sequeira, 2010).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 101 de 6 de junho de 2006 (p. 3857), a dependência define-se como uma situação em que a pessoa, (...) *por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.*

Por outro lado, para Phaneuf (2001, p.43), a dependência define-se como a (...) *incapacidade em que se encontra a pessoa de adotar comportamentos apropriados ou realizar ela própria, sem ajuda, as ações que lhe permitirão, em função do seu estado, atingir um nível aceitável de satisfação das suas necessidades.*

Estima-se que uma em cada dez famílias integra uma pessoa dependente no seu autocuidado, traduzindo-se os números em 10 500 famílias no Porto e 19 000 famílias em Lisboa com um ou mais dos seus membros com algum tipo de dependência (Gonçalves, 2013). Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), prevê-se que (...) *haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes 'acamadas'* (OPSS, 2015, p.38).

Efetivamente, a incapacidade de a pessoa dar resposta às suas atividades de vida diária é hoje uma realidade nos diversos contextos sociais (Leonardo, 2011).

Neste sentido, a dependência no autocuidado tem sido cada vez mais um foco de atenção para a prática de enfermagem. É um conceito multidimensional que engloba diferentes fatores desde os físicos, mentais e cognitivos aos sociais e económicos (Gomes & Martins, 2016 in Martins *et al.*, 2016).

Pryor (2009) defende que a primeira responsabilidade da enfermagem é treinar e orientar os seus clientes para o autocuidado, promovendo o máximo potencial de autonomia. Paralelamente, na sua teoria dos sistemas de enfermagem, Orem (2001) defende que o papel do enfermeiro se centra na realização de atividades que vão ao encontro das necessidades e limitações das pessoas no desempenho do seu autocuidado, podendo intervir de forma total ou parcialmente compensatória ou ainda apenas como apoio face a uma situação de dependência.

A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros podem contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado, quer na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas (Pereira, 2012, p. 16).

A transição de uma situação de independência para a dependência no autocuidado é um processo complexo e só começa a ser vivenciada quando existe total perceção da própria pessoa acerca da sua experiência de transição. A consciencialização é a propriedade chave na vivência da transição (Meleis *et al.*, 2000; Schumaker & Meleis, 1994; Brito, 2012).

A transição vivenciada após um evento gerador de dependência no autocuidado, desafia a pessoa a enfrentar mudanças importantes na sua vida, configurando-se o contributo da enfermagem como um recurso de saúde indispensável (Petronilho, 2013). Para Meleis e colaboradores (2000), o papel do enfermeiro e das intervenções que planeia e implementa, deve assumir um carácter de promoção da saúde e prevenção da doença, garantindo que prescreve intervenções focadas nas necessidades que a pessoa identifica no decurso da transição.

A mudança nas rotinas e hábitos e nas atividades de vida diária implica o desenvolvimento de processos adaptativos face à nova condição de saúde. Os enfermeiros intervêm no sentido de minimizar o défice que passa a existir face à capacidade de a pessoa dar resposta às suas necessidades no autocuidado.

Cabe aos enfermeiros a máxima competência na avaliação - com recurso a instrumentos adequados - do potencial de reconstrução de autonomia da pessoa após a

situação de dependência (Brito, 2012). A tomada de decisão face à intervenção a implementar no processo de cuidar deve ser antecedida de uma avaliação diagnóstica com a autonomia da pessoa como objetivo principal e valorizando a sua funcionalidade e o seu comportamento face à sua situação de dependência (Gomes & Martins, 2016 in Martins *et al.*, 2016).

A dependência da pessoa acaba, necessariamente, por implicar o recurso a alguém que cuide de si (familiar ou não). De forma inerente a esta perda gradual de funções, surge a necessidade de assistência e apoio contínuo, para que a pessoa consiga realizar as atividades que concretizam o seu autocuidado (Araújo, Paúl & Martins, 2011).

Falamos, assim, da aquisição do papel de prestador de cuidados. *Assumir o papel de prestador de cuidados, envolve mudanças nos padrões de comportamentos estabelecidos, nas expectativas e na aquisição de novos conhecimentos e habilidades* (Petronilho, 2013, p. 48). Esta transição específica ocorre no seio da família em resposta às necessidades em saúde de um dos seus membros perante um declínio na sua capacidade funcional de autocuidado, por envelhecimento ou situação de doença.

A literatura existente sobre esta temática explica que a responsabilidade da prestação de cuidados a pessoas dependentes não recai sobre a família como um todo, sendo uma função habitualmente atribuída a apenas um dos seus membros (Lage, 2007).

A consciencialização, a volição e o envolvimento dos membros da família são determinantes no sucesso da experiência de transição que vivenciam com a necessidade de integrar alguém dependente (Meleis, 2005; Schumacher *et al.*, 2000; Shyu, 2000).

Segundo Lumini (2015, p. 83), (...) *na sociedade atual, as famílias prestam em casa cuidados cada vez mais complexos à pessoa dependente*. Dados recentes encontrados num estudo desenvolvido para caracterizar a dependência no autocuidado demonstraram que 7,9% das pessoas eram totalmente dependentes, 91,7% tinham necessidade de ajuda de pessoa e 0,4% necessitava de ajuda de equipamento (Ribeiro & Pinto, 2014).

Na fase inicial da dependência torna-se fundamental que os profissionais de enfermagem preparem e acompanhem o membro da família prestador de cuidados para a transição que se inicia no assumir deste papel.

Desta forma, a transição vivenciada no exercício do papel de prestador de cuidados encontra no enfermeiro e na sua prática clínica um recurso para os familiares cuidadores na aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para cuidarem dos seus dependentes (Schumacher *et al.*, 2000; Shyu, 2000).

1.1.2. Autocuidado Alimentar-se

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2011), a capacidade para alimentar-se é definida como *capacidade: levar e colocar na boca os alimentos sólidos e líquidos*.

Quando por um motivo de compromisso ou dependência a pessoa deixa de conseguir iniciar e finalizar sozinha estas tarefas, torna-se necessária a ajuda de alguém para que possa alimentar-se.

Apesar da limitação que pode surgir, é fundamental envolver e incentivar a pessoa a participar no processo para que consiga ser o mais autónoma possível quando se alimenta. 'Ajudar' não significa 'substituir'. O objetivo pode passar, inclusivamente, por conseguir que a pessoa volte a alimentar-se sozinha.

A competência no desempenho das atividades inerentes ao alimentar-se está descrita como sendo uma das últimas capacidades a ser perdida pela pessoa que se torna dependente (Siebens *et al.*, 1986).

Num estudo analisado por Siebens *et al.* (1986), cerca de 50% do número total de idosos institucionalizados numa residencial sénior demonstravam algum tipo de dependência em alimentar-se, necessitando de ajuda para desempenhar as atividades que concretizam o autocuidado. Os resultados demonstraram que 25% do custo inerente à institucionalização da pessoa correspondia aos custos relacionados com a dependência no alimentar-se.

Segundo Osborn e Marshall (1993) algumas das dificuldades identificadas pelos cuidadores de pessoas dependentes são a recusa alimentar, o engasgamento, a regurgitação nasal, a deglutição demorada (por vezes com acumulação de alimentos na cavidade oral), o não encerramento da boca após colocação dos alimentos ou as alterações comportamentais (virar a cabeça no sentido contrário, bater na colher, cuspir os alimentos...).

Por outro lado, Asai (2004 cit por Lin, Watson & Wu, 2008) descreveu como dificuldades reportadas pelos familiares cuidadores de pessoas dependentes com síndrome demencial a perda de apetite (ou, pelo contrário, a necessidade de ingerir quantidades exageradas de alimentos), a diminuição da capacidade de reconhecer os alimentos, a confusão relacionada com a perceção da necessidade de se alimentarem, o esquecimento sobre como utilizar os talheres e a dificuldade em deglutir ou mastigar os alimentos.

A etiologia do compromisso no autocuidado alimentar-se pode estar relacionada com diferentes fatores. Pode advir de uma alteração motora, tratando-se assim de

compromisso que se baseia na incapacidade de executar as atividades técnicas como abrir recipientes, levar os alimentos à boca, preparar e organizar os alimentos no prato. Por outro lado, pode advir de uma alteração cognitiva/comportamental, característica dos síndromes demenciais, sequelar a AVC ou hemorragia cerebral (traumática ou espontânea), caracterizando-se por uma incapacidade de perceber a necessidade de se alimentar, reconhecer os alimentos ou lembrar-se como utilizar os utensílios na refeição. O compromisso pode ainda ser por via de uma alteração da deglutição - disfagia. A disfagia pode ser uma consequência de determinadas patologias com afeção cerebral (AVC, Alzheimer, Parkinson...), pode ter origem em alterações que afetem as estruturas envolvidas no ato de engolir, em alterações emocionais ou simplesmente resultantes do próprio processo do envelhecimento (perda de massa muscular, alterações da boca e dentes ou diminuição do paladar e do olfato).

Lopes (2008) descreve os fatores que influenciam a alimentação da pessoa idosa e o compromisso no autocuidado alimentar-se e caracteriza-os como:

- Fatores Biofisiológicos
 - Alterações bucodentárias - dentição incompleta, hábitos de higiene oral deficitários, próteses dentárias mal adaptadas, estomatites protésicas (por acumulação de microrganismos nas próteses mais antigas e sem cuidado/substituição), alterações associadas ao próprio processo de envelhecimento - diminuição de secreção de saliva pelas glândulas salivares ou xerostomia (Ferry *et al.*, 2004; Roach, 2003).
 - Perturbações do gosto e do olfacto - são dois sentidos fundamentais na estimulação do apetite. O envelhecimento conduz à diminuição do gosto e do olfato, alterando a deteção dos sabores e o prazer de comer, culminando numa alteração comportamental face à alimentação e a uma diminuição da ingestão alimentar. O sabor salgado é o primeiro a ser afetado (seguindo-se o amargo, o ácido e o doce) e a capacidade olfativa vai diminuindo (de forma mais célere a partir dos 60 anos), conduzindo ambos a uma diminuição acentuada do apetite (Ferry *et al.*, 2004).
 - Alterações gastrointestinais - com o envelhecimento, surge atrofia da mucosa gástrica com diminuição da produção de sucos gástricos e aumento do pH, levando ao surgimento de úlceras gástricas e gastrite crónica e, conseqüentemente, a dispepsia e perda de apetite. Passa a haver lentificação do processo de esvaziamento gástrico (associado muitas vezes a estase gástrica), pela diminuição do tónus e da motilidade gástrica. A diminuição do peristaltismo contribui ainda para a alteração do padrão de

eliminação intestinal (tendência para a obstipação) (Ferry *et al.*, 2004; Berger & Mailloux-Peirier, 1995; Roach, 2003).

- Alterações da deglutição - a disfagia pode ser originada pela diminuição da motilidade esofágica, pela salivação insuficiente, xerostomia, mastigação insuficiente dos alimentos, alteração das estruturas da orofaringe ou por patologias com afeção neuromuscular. Alterar a consistência dos alimentos atendendo ao tipo de disfagia identificada contribui significativamente para uma correta ingestão nutricional (Berger & Mailloux-Peirier, 1995).
- Fatores psicossociais - a alimentação e o momento da refeição têm uma componente social forte. O isolamento social vivenciado por muitas pessoas idosas, associado à perda de cônjuge, família ou amigos, leva ao desinteresse e despreocupação com a alimentação. A apatia, a depressão e a solidão aumentam a vulnerabilidade da pessoa e acabam por conduzir à perda de apetite, ao prazer de comer e, conseqüentemente, à desnutrição (Berger & Mailloux-Peirier, 1995).
- Fatores iatrogénicos
 - Polimedicação - o elevado número de fármacos ingeridos diariamente por muitas pessoas, com diversas interações entre si e ação direta no apetite e na alteração do gosto e paladar, prejudica uma adequada ingestão nutricional. Grande parte das carências nutricionais dos idosos deve-se à absorção de um exagerado número de fármacos pelo organismo (Berger & Mailloux-Peirier, 1995).
- Fatores patológicos - numa situação de agudização de qualquer patologia, dá-se uma aceleração do metabolismo em resposta às novas necessidades do organismo, utilizando as suas reservas (hipercatabolismo). No idoso, a utilização de reservas já em si diminuídas pode levar a uma situação de má nutrição. Paralelamente, até o próprio processo patológico pode levar a uma diminuição do apetite (Ferry *et al.*, 2004).
- Fatores neurológicos - algumas patologias, como a demência, levam a alterações cognitivas e comportamentais que conduzem a mudanças na perceção da necessidade de a pessoa se alimentar e na capacidade de como deve fazê-lo. Uma intervenção focada e adequada a cada caso é fundamental na prevenção da desnutrição (Ferry *et al.*, 2004).

Segundo o Manual de Normas de Enfermagem (ACSS, 2011), o momento da refeição deve ser calmo e agradável, num espaço limpo e longe de odores desagradáveis e a apresentação da refeição deve ter um aspeto agradável. A temperatura dos alimentos deve ser adequada, de forma a evitar queimadura e o surgimento de alterações gastrointestinais. A pessoa deve posicionar-se ou ser posicionada em posição sentada ou com a cabeceira da cama elevada, se estiver na cama (prevenindo assim o risco de

aspiração). Potenciando sempre a autonomia da pessoa dependente, deve ajudar-se nas atividades em que surgem mais dificuldades como o cortar e organizar os alimentos no prato (de forma a que seja possível vê-los e ingeri-los). É fundamental respeitar o ritmo da pessoa enquanto mastiga e engole os alimentos e pode massajar-se a face com movimentos circulares de baixo para cima, caso alguns alimentos fiquem retidos na boca. A pessoa deve manter-se em posicionamento sentado até 30 minutos após o final da refeição. Mesmo após este período, deve optar-se por deixar a cabeceira ligeiramente elevada.

A ingestão de alimentos é uma necessidade humana básica para a manutenção da vida e da saúde. Qualquer fator que possa interferir com a capacidade da pessoa se autocuidar neste domínio, deve ser colmatado pelos profissionais de enfermagem através de uma resposta eficaz e adaptada à situação e necessidades de cada pessoa.

1.2. Os familiares cuidadores

O familiar cuidador assume atualmente um papel determinante no contexto da continuidade dos cuidados após o regresso a casa da pessoa dependente, sendo gradualmente mais reconhecida a sua importância na nossa sociedade (Andrade, 2009).

Apesar de até há algumas décadas atrás os cuidados serem naturalmente assumidos e prestados pela família da pessoa idosa no seu domicílio, atualmente observamos que as diversas alterações a nível sócio-demográfico têm vindo a condicionar a capacidade de resposta da família perante uma condição de dependência (Brito, 2000).

Nos países da União Europeia, mais de 80% dos cuidados prestados no contexto familiar são da responsabilidade dos familiares cuidadores, dos quais, cerca de dois terços são prestados por mulheres, sobretudo, filhas e esposas (Hoffman & Rodrigues, 2010 cit por Petronilho, 2013, p.45).

O membro da família que presta cuidados é, geralmente, (...) um elemento da rede social do dependente, que assume o compromisso de lhe prestar cuidados não remunerados e sem qualquer vínculo formal (Figueiredo, 2007; Lage, 2007; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006 cit por Petronilho, 2013, p. 46).

O impacto que é gerado na saúde do próprio cuidador e da pessoa cuidada pelo desempenho do papel, constitui um desafio aos profissionais de saúde no que se refere ao planeamento e oferta de estratégias de intervenção facilitadoras do processo de transição para o exercício do papel de prestador de cuidados. Essa transição é um processo

complexo, uma experiência única para cada família que exige dos enfermeiros uma personalização dos cuidados (Brereton & Nolan, 2000).

Moos (1982) cit por Martins, Ribeiro e Garrett (2003), refere que a condição de doença prolongada de um membro da família representa uma situação geradora de *stress*, potenciando um desequilíbrio no funcionamento normal da família, sendo tradutor de mudanças nos domínios pessoal e social de cada elemento.

O cuidado focado na família deve ser parte integrante da prática profissional dos enfermeiros (Wright & Leahey, 2002). Neste contexto, surge a necessidade de soluções adaptadas, que visem satisfazer as necessidades em cuidados de saúde por parte destas famílias. Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista do cuidador informal e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas (Andrade, 2009).

No entanto, a evidência científica que suporta a intervenção dirigida especificamente e somente aos cuidadores informais no sentido da máxima potenciação das suas competências no exercício do papel, não está ainda profundamente desenvolvida (Brereton, Carroll & Barnston, 2007).

A evidência científica mostra que na Europa (especificamente na Europa do Sul), a família assume os cuidados da pessoa dependente devido à inexistência de uma rede estruturada de suporte a nível institucional (ao contrário do que acontece nos países do norte), o que determina que a escolha do exercício do papel de cuidador raramente decorra de um processo de livre e consciente escolha (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Segundo Bocchi e Angelo (2005), a não estimulação da autonomia da pessoa, subjacente ao facto de o familiar cuidador acreditar que, deve fazer tudo pelo doente e substituí-lo, desconsidera a pessoa como sujeito ativo e participativo da sua recuperação. As autoras defendem que este padrão de cuidados está intrinsecamente relacionado com sentimento de superproteção e maior resistência face à estimulação do doente nos domínios da sua dependência.

A evidência científica revela dados estatísticos claros e aponta para uma realidade na Europa correspondente a uma média de 5 anos de duração do cuidado em 40-50% dos casos (Jani-Le Bris, 1994). A reflexão aqui suscitada surgiu, ainda, na linha de pensamento de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), que abordam esta questão numa vertente de carreira de cuidador e dos seus três estádios (sendo o último a libertação da prestação de cuidados, geralmente após o falecimento do familiar dependente).

No estudo de Rotondi *et al.* (2007 cit por Petronilho, 2010), foram identificadas 4 fases distintas no processo de transição do membro da família cuidador ao longo do exercício do papel: 1) na fase aguda da doença do doente, 2) na fase de reabilitação, 3) no regresso a casa e por último, 4) na fase de integração na comunidade.

Perante situações novas, muitas vezes extremamente complexas e caracterizadas por mudanças marcadas e determinantes, a ausência de mecanismos que permitam uma resposta adaptativa por parte do cuidador à nova condição, conduzem a uma situação problemática, a um estado de desorganização pessoal, frequentemente acompanhado de sentimentos negativos como o medo, culpa e ansiedade (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Stress do Prestador de Cuidados é o (...) *sentimento de estar sobre pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, (...) sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do prestador de cuidados* (ICN, 2011).

Como defende Lumini (2015, p. 169) (...) *as dificuldades dos familiares são, por vezes, a causa de muitos reinternamentos, devido à alteração do estado de saúde da pessoa dependente e à falta de apoio domiciliário. Por outro lado, as causas para o abandono do papel estão associadas à sobrecarga e falta de apoio social.*

O familiar cuidador deve ser sempre identificado como uma das principais prioridades no contexto de intervenção da enfermagem, numa perspetiva preventiva face ao impacto negativo do cuidar na sua vida (Machado, 2013).

1.3.O papel das novas tecnologias no suporte aos familiares cuidadores

As novas tecnologias estão gradualmente a alterar a natureza e a forma como se prestam cuidados. As implicações consequentes a estas mudanças potenciam cada vez mais oportunidades de otimizar a comunicação dos profissionais de saúde com as pessoas e as suas famílias.

O conceito de *e-health* tem vindo ao longo dos anos a ser explorado. Coile (2000) referia-o como uma oportunidade para reinventar a prestação de cuidados. Forkner-Dunn (2003) referiu que a internet poderia revolucionar a indústria de cuidados de saúde, potenciando a autonomia, satisfação e resultados de saúde das pessoas. Oravec (2001) sugeria que os profissionais deveriam estabelecer abordagens de utilização da internet e das novas tecnologias de forma integrada nos cuidados de saúde e não apenas alertando

para as lacunas ou falhas de informação.

Tem havido um aumento exponencial da informação que está hoje disponível para as pessoas em geral (Clark, 2002). *A internet e a explosão da informação constituem um movimento inegável e imparável* (Coile, 2000; Hoffman *et al.*, 2007) *que influencia as decisões clínicas de quem procura a informação* (Matusitz & Breen, 2007; Wald, Dube & Anthony, 2007 cit por Garcia, 2014, p. 32).

Os benefícios e vantagens do acesso à informação de saúde através das novas tecnologias têm vindo a ser explorados e analisados nos diversos estudos publicados.

A rapidez na acessibilidade e a transmissão de informação (Breen & Matusitz 2010; Hoffman *et al.*, 2007; Levine & Gorman, 1999; Matusitz & Breen, 2007; Oravec, 2001); a divulgação pelo maior número de utilizadores da informação (Levine & Gorman, 1999); a atualização fácil e contínua da informação disponibilizada (Oravec, 2001); a prevenção precoce de um processo de agudização clínica (Coile, 2000); a maior possibilidade de escolha/tomada de decisão face aos cuidados (Breen & Matusitz 2010; Forkner-Dunn, 2003) são apenas algumas destas vantagens (Garcia, 2014).

Por outro lado, o excesso de informação (Cline & Haines, 2001); a ausência de padrões de avaliação de qualidade da informação acedida (Adams & DeBont, 2003; Cline & Haines, 2001; Craan & Oleske, 2002) e, conseqüentemente, a divulgação de informação potencialmente prejudicial (Adams & DeBont, 2003; Cline & Haines, 2001; Wald, Dube & Anthony, 2007); a desumanização dos serviços de saúde (Matusitz & Breen, 2007) e risco de má interpretação da informação (Breen & Matusitz, 2010), são desvantagens da informação de saúde *online* (Garcia, 2014).

Para os familiares cuidadores, a internet torna-se cada vez mais numa resposta eficaz ao disponibilizar de forma imediata diferentes contactos de grupos de apoio ou *websites* de informação específicos para cada diagnóstico ou, simplesmente, para desmistificar alguma dúvida ou solucionar algum problema mais simples (Magalhães, 2013).

Neste sentido, Jadad e Gagliardi (1998) cit. por Garcia (2014, p.35) afirmam que *o acesso à informação pode gerar um maior sentimento de autocontrolo por parte de doentes e familiares, melhorando a sua capacidade de decisão e consentimentos informados, ou seja, maior liberdade nas escolhas.*

No estudo desenvolvido por Lumini (2015), a utilização de uma tecnologia educacional disponibilizada aos familiares cuidadores como complemento à formação desenvolvida pelos enfermeiros foi por eles considerada como *um desafio de saúde e uma estratégia imaginativa e inovadora* (Lumini, 2015, p. 93). Consideraram, também, que os conteúdos a incluir no desenvolvimento de uma tecnologia de informação educativa

aplicada à saúde devem abranger o domínio dos conhecimentos, das habilidades (domínio instrumental/técnico) e o domínio dos recursos existentes na comunidade, objetivando fornecer a informação mais adaptada às necessidades dos familiares cuidadores.

Como defende Lumini (2015), o aumento gradual do conhecimento sobre como podem as tecnologias de informação ser uma resposta eficaz face às dúvidas e dificuldades com que se deparam os familiares cuidadores no seu contexto de cuidados, concorre diretamente para novas necessidades emergentes numa linha de cuidados centrada no planeamento de práticas educativas com base nestas tecnologias.

Surge cada vez mais a necessidade de produzir investigação científica nesta área, com o objetivo de fundamentar o planeamento e implementação de intervenções dos profissionais de saúde junto da pessoa dependente e do seu familiar cuidador através das tecnologias educacionais. Neste sentido, torna-se fundamental a sua divulgação e implementação junto dos vários profissionais, nos diferentes contextos da prática de cuidados (hospitalar, cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O desenho de investigação permite delinear um plano lógico atendendo às diferentes etapas que constituem o estudo e tendo por objetivo encontrar respostas válidas às perguntas que inicialmente são determinadas (Fortin, 1999).

Procedeu-se à descrição das opções metodológicas para a realização do estudo. São apresentadas a justificação e finalidade do estudo e é definido o tipo e desenho de estudo.

2.1. Justificação do Tema

Com o envelhecimento dão-se diversas alterações a nível fisiológico, biológico, social e económico que podem condicionar os hábitos alimentares da pessoa. Mudanças ao nível dos processos de ingestão, mastigação, deglutição, digestão e absorção (devido à diminuição da motilidade intestinal e da produção de substâncias digestivas) associadas à alteração do sentido do paladar e do olfacto e alterações ao nível da cavidade oral (diminuição da produção de saliva e perda de dentes), podem conduzir a uma diminuição da ingestão nutricional e, conseqüentemente, a um estado de má nutrição (Lopes, 2008).

A alimentação é influenciada por fatores psicossociais, culturais, religiosos e económicos e liga-se à vida, ao bem-estar; a sua ausência, liga-se à doença e à morte (Resende, 2009, p. 12).

A perda de peso e a diminuição do apetite são identificadas na literatura como mais problemáticas para o familiar cuidador do que para a pessoa dependente. A escolha das refeições, os condicionalismos alimentares da dieta do familiar e a recusa alimentar (com conseqüente perda ponderal gradual), podem ser realmente frustrantes para o familiar cuidador (Resende, 2009). Alimentar representa o *primeiro cuidado* (Colliére, 2003) e para os familiares cuidadores é gratificante perceber que desempenham eficazmente este cuidado junto do familiar que depende de si para essa função humana básica.

O presente trabalho pretende dar continuidade à investigação iniciada por Lumini (2015) e a temática central vai ao encontro de necessidades previamente identificadas e exploradas pela investigadora na sua tese de doutoramento: (...) *surge a necessidade de mais investigações (...) noutros contextos e com abordagens de outras temáticas relacionadas* (Lumini, 2015, p. 180).

O autocuidado alimentar-se surge precisamente neste contexto. *Acreditamos que os cuidadores também queiram a abordagem de outros autocuidados, nomeadamente como confeccionar e dar de comer a pessoas com limitações nesta função* (Lumini, 2015, p.181).

Este domínio do autocuidado exige, da parte dos familiares cuidadores, uma resposta no imediato a situações de recusa alimentar, engasgamento (associado ou não a complicações respiratórias) ou necessidade de alteração da consistência e textura dos alimentos.

Neste sentido, a procura de respostas a situações imprevistas e de sugestões/dicas a adotar no dia-a-dia no momento da refeição para prevenir potenciais complicações, justificou a necessidade de desenvolver uma parte mais completa e abrangente na ferramenta tecnológica interativa ‘Cuidar de Pessoas Dependentes’ (INTENT-CARE), dedicada ao compromisso no autocuidado alimentar-se.

Embora não se tratasse de uma temática com necessidades de aprendizagem de competências técnicas (inerentes a um procedimento protocolado), acabou por se justificar a necessidade de dar resposta às dúvidas verbalizadas pelos cuidadores.

Na literatura, pouco está ainda desenvolvido na especificidade do compromisso no autocuidado alimentar-se. Continua a ser descrito como um dos domínios do autocuidado em que as pessoas perdem mais tardiamente funções e autonomia no seu desempenho quando comparado com os outros domínios (Sequeira, 2011; Pereira, 2012).

2.2. Finalidade do Estudo

Com a elaboração deste estudo pretendeu-se desenvolver e validar uma ferramenta tecnológica interativa com conteúdos específicos inerentes à dependência no autocuidado alimentar-se e avaliar o contributo dessa ferramenta para a prática diária de cuidados dos familiares cuidadores de pessoas dependentes neste domínio do autocuidado.

Dando continuidade ao trabalho desenvolvido por Lumini (2015), pretendia-se desenvolver um novo formato da ferramenta interativa, com novo *layout* e inovador na acessibilidade dos utilizadores através de computador, *tablet* e *smartphone*.

2.3. Tipo e Desenho do Estudo

As opções metodológicas determinadas para um estudo de investigação e o tipo de abordagem selecionado estão na base daquilo que o investigador pretende explorar (Polit, Beck & Hungler, 2004).

O estudo desenvolvido tem uma abordagem assente num paradigma de investigação misto e um carácter descritivo, correlacional e transversal.

Os estudos descritivos objetivam a obtenção de informação sobre as características de um determinado grupo ou população e sobre fenómenos ainda pouco estudados e publicados. É um estudo do tipo correlacional porque pretende analisar as relações entre as diferentes variáveis em estudo, descrevendo-as. E do tipo transversal porque a recolha de dados se efetuou num único momento.

Para dar resposta aos objetivos estipulados determinou-se o planeamento de duas fases distintas.

Numa primeira fase, desenvolveu-se a estrutura e conteúdo da ferramenta tecnológica interativa na especificidade do autocuidado alimentar-se, recorrendo-se assim, a uma metodologia eminentemente qualitativa. Esta fase só foi concluída após avaliação e validação de todo o trabalho desenvolvido, por parte de um grupo de quinze peritos, com recurso a Técnica Delphi.

A segunda fase consistiu na avaliação dos conteúdos e funcionalidade da plataforma. Durante dois meses, foi apresentada, explorada e avaliada a ferramenta tecnológica interativa junto de um grupo de familiares cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado alimentar-se, internadas em três serviços do Centro Hospitalar do Porto.

Durante dois meses conseguiu-se apenas que oito familiares cuidadores de pessoas com compromisso no autocuidado alimentar participassem no estudo. A impossibilidade de conseguir uma amostra com a dimensão determinada inicialmente (n=40), exigiu o planeamento de uma outra solução que, embora não fosse a ideal, conseguisse dar resposta ao trabalho académico.

Assim sendo, recorreu-se a um grupo de estudantes do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a frequentar a unidade curricular 'A pessoa dependente e os familiares cuidadores', onde a temática em estudo fazia parte dos conteúdos a abordar. Foram criados alguns cenários, envolvendo pessoas com compromisso no autocuidado alimentar-se e solicitado aos estudantes que elaborassem um plano de orientação aos seus cuidadores, tendo sido recomendado a consulta da plataforma para melhor preparação e documentação.

2.4. Questões Éticas

A participação num estudo de investigação obriga à análise e reflexão de questões éticas e morais. A validade legal do consentimento para participação tem que garantir o esclarecimento informado acerca de todo o estudo e a livre escolha da pessoa para se envolver no processo (Fortin, 1999).

Tendo em conta o objetivo inicialmente traçado para o desenvolvimento o estudo, procedeu-se ao pedido de autorização ao Gabinete Coordenador de Investigação (DEFI), Comissão de Ética e Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto - referência 2016.079 (067-DEFI/065-CES). Foram garantidas as regras de conduta segundo a declaração de Helsínquia.

Nos dois meses que constituíram a recolha de dados em contexto hospitalar junto dos familiares cuidadores (setembro-novembro/2016), o início da demonstração da ferramenta tecnológica interativa foi precedido pela justificação do estudo e a sua finalidade, foi garantido o anonimato e confidencialidade no tratamento e análise dos dados (garantindo a possibilidade de recusa ou interropção da participação no estudo) e foi nesta primeira abordagem que foram assinados os consentimentos informados. Os participantes foram informados dos seus direitos.

Também o recurso aos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto foi precedido da anuência da comissão de ética da instituição. Todos os alunos foram informados acerca do estudo e dos seus objetivos e finalidade, garantindo a confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados resultantes da sua participação.

3. FASE DE CONCEÇÃO

A primeira etapa do estudo (fase de conceção) consistiu no desenvolvimento do conteúdo e estrutura do novo modelo da ferramenta tecnológica interativa na especificidade do autocuidado alimentar-se e na avaliação e validação da ferramenta por um painel de quinze peritos, através da utilização de uma Técnica Delphi.

Nesta fase, onde predominou uma abordagem qualitativa da investigação, foi realizada uma revisão da literatura sobre temáticas fundamentais como a dependência no autocuidado (e, especificamente, no autocuidado alimentar-se), os familiares cuidadores e a transição para o exercício do papel e o impacto e importância das novas tecnologias como meio educacional na área da saúde. Esta revisão foi fundamental no desenvolvimento e fundamentação da estrutura e do conteúdo da ferramenta tecnológica interativa.

A etapa mais importante na fase de conceção consistiu no desenho da estrutura e conteúdo da ferramenta.

Os conteúdos a abordar foram desenvolvidos em sete domínios. Alguns deles foram pensados e delineados obrigatoriamente pela ligação direta à temática do autocuidado alimentar-se e às atividades que o concretizam - 'Introdução', 'Alimentação pela boca' e 'Alteração da deglutição'. Os restantes domínios ('Dentição', 'Necessidades nutricionais', 'Hidratação' e 'Situações especiais') foram explorados e aprofundados por indiretamente concorrerem para o autocuidado alimentar-se, sendo uma mais-valia para os familiares cuidadores encontrar informação adicional fidedigna sobre estas temáticas. O domínio 'Situações especiais' foi inclusivamente criado atendendo às necessidades identificadas por Lumini (2015) junto dos familiares cuidadores.

O mapa conceitual da ferramenta foi desenvolvido inicialmente em formato Word, com o desenho e explanação em tabelas, onde figuraram os conteúdos de cada domínio. Procurou-se usar uma linguagem simples e concisa e uma terminologia adequada à população-alvo.

Na introdução à temática foram explorados conceitos basilares como a alimentação por via oral (ICN, 2011) e abordada a questão da potenciação da autonomia do familiar dependente.

Na temática 'Dentição' foi abordada a função dos dentes, a utilização de prótese dentária (cuidados a ter, sinais de alerta...) e a higienização da boca (com pequeno texto elucidativo sobre técnica correta de higiene da cavidade oral).

A questão das ‘Necessidades nutricionais’ foi explorada com recurso à imagem da roda dos alimentos, sendo apresentados brevemente e de forma individual cada um dos grupos alimentares (hidratos de carbono, proteínas, lípidos, fibras, vitaminas e minerais e, ainda, a água). Em cada um deles, foi explicada a sua função e importância e foram sugeridos alguns dos alimentos que os contém. Foi salvaguardada a necessidade de avaliação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, pelas eventuais necessidades de ajuste da dieta alimentar atendendo a diferentes fatores como as comorbilidades e antecedentes pessoais.

Abordou-se ainda o tema da suplementação nutricional e foi sugerida uma ementa saudável, com diversas opções facilmente aplicáveis ao contexto diário de muitos familiares cuidadores.

Paralelamente, na ‘Hidratação’, abordou-se a ingestão diária recomendada e exploraram-se as principais complicações da desidratação. Foram ainda sugeridas algumas estratégias alternativas como a utilização de gelatina ou a adição de espessante alimentar (ou utilização de água gelificada) nas situações específicas de doentes com disfagia para líquidos e que necessitam de manter uma hidratação adequada. Neste domínio, como nas ‘Necessidades nutricionais’, foram salvaguardadas as recomendações aos familiares cuidadores de pessoas com patologia cardíaca e renal, principalmente, pelos riscos que lhes estão associados.

‘Alimentação pela boca’ foi o título escolhido para elencar as intervenções inerentes ao procedimento de enfermagem de alimentação por via oral (ACSS, 2011), justificando e argumentando perante os familiares cuidadores cada intervenção e as atividades que a concretizam.

‘Alteração da deglutição’ focou, essencialmente, as diferentes etiologias da disfagia, sinais e sintomas de alerta (principalmente associados a complicações respiratórias) e a alteração de consistência da alimentação, abordando a utilização do espessante alimentar ou da água gelificada.

No tópico ‘Situações especiais’, foram abordadas questões sobre o que fazer em situação de recusa alimentar ou a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se.

Para validar os conteúdos desenvolvidos recorreu-se à utilização de uma Técnica Delphi com um grupo de quinze peritos - dez docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto e cinco enfermeiros da prática clínica a exercer funções no Centro Hospitalar do Porto (Hospital de Santo António).

Determinou-se como critério de seleção dos peritos docentes ter um percurso académico ligado à temática da pessoa dependente e das famílias cuidadoras. A média de idades dos docentes foi de 51,3 anos, sendo 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino. Tinham uma média de 9,1 anos na prática clínica e 19,9 anos na docência. Relativamente à sua formação académica, 80% da amostra tinha o grau de doutoramento e 20% de mestrado. Quanto à sua formação profissional, 40% era especializada na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, 30% em Enfermagem de Reabilitação e 30% em Enfermagem Comunitária.

O critério de seleção dos enfermeiros determinava que deveriam ter um percurso profissional com experiência e formação na abordagem e acompanhamento de familiares cuidadores em contexto de internamento hospitalar. Estes profissionais tinham uma média de idades de 30,9 anos, sendo 40% do sexo feminino e 60% masculino. A média de anos na prática clínica correspondia a 9,6 anos e nenhum dos enfermeiros tinha ligação à docência. Relativamente à sua formação académica, 90% tinha o grau de mestre e 10% a licenciatura. As suas áreas de especialização eram em 40% na Enfermagem Médico-Cirúrgica e os restantes 60% correspondiam a colegas com formação diferenciada na área dos Sistemas de Informação e da Economia da Saúde.

Cada perito deveria pronunciar-se sobre a importância que atribuía a cada parâmetro, tendo em conta a sua aplicabilidade na prática clínica, junto dos familiares cuidadores.

A estrutura da ferramenta foi explanada pormenorizadamente em tabelas, com cada um dos parâmetros inerentes aos sete domínios. Face aos conteúdos a avaliar, o perito tinha duas colunas (designadas de ‘Nível de Concordância’ e ‘Sugestões/Comentários’), para que fosse possível dar uma contribuição ou explicação da sua avaliação e, posteriormente, proceder à correção e reformulação dos conteúdos.

O ‘Nível de Concordância’ foi classificado com base numa escala de Likert compreendida entre 1 e 5 (1 - Discordo completamente, 2 - Discordo, 3 - Não concordo nem discordo, 4 - Concordo e 5 - Concordo completamente).

Atribuído o nível de concordância e anexadas as sugestões em cada parâmetro pelo grupo de quinze peritos foi possível avaliar a adequação da estrutura criada para a ferramenta interativa e a pertinência e clareza do conteúdo desenvolvido.

3.1. Técnica de análise e tratamento de dados

A Técnica Delphi, característica de um paradigma de investigação qualitativo, baseia-se num processo estruturado para a recolha e síntese de conhecimentos de um grupo de especialistas numa determinada área específica, através de questionário. Caracteriza-se por ser uma técnica que não cruza, discute e confronta opiniões de peritos presencialmente, num momento e espaço determinados para o efeito. O questionário é enviado via e-mail ou correio para cada um dos participantes, sem que haja enviesamento ou influência das suas respostas pela confrontação com a opinião dos outros. Acaba por ser um método viável a utilizar quando os peritos se encontram distantes geograficamente (Cassiani & Rodrigues, 1996).

Esta técnica surgiu com o objetivo de facilitar a formação de uma opinião de grupo e desenvolveu-se em resposta às desvantagens identificadas em outras técnicas como os *Focus Groups* que podem suscitar enviesamento das respostas pela presença natural de líderes de opinião no grupo. Tem sido amplamente utilizada em áreas como a saúde, educação ou tecnologia (Faro, 1997).

A tomada de decisão através da Técnica Delphi pressupõe algumas etapas. Inicialmente, procede-se à identificação do problema que se pretende estudar e à construção do questionário que será entregue a cada perito (determinando previamente quem serão os especialistas a participar e justificando essa escolha). Posteriormente, e recebendo a resposta (anónima e independente) ao questionário, procede-se à compilação e análise de todas as respostas e à redistribuição por todos os membros do grupo selecionado. Esta etapa é repetida até ser necessário, para que seja possível um consenso final entre peritos (Justo, 2005).

Foi este o processo desenvolvido nesta etapa do estudo para que fosse possível fazer a validação dos conteúdos da ferramenta.

O questionário criado foi enviado a cada um dos quinze peritos via E-mail. Foi estipulado um prazo de duas semanas para reencaminhamento das respostas. No entanto, a existência de alguns atrasos no envio por parte de quatro peritos determinou um adiamento da entrega em um mês.

O questionário era constituído por uma página inicial onde figurava o título do estudo, a área de especialização e uma breve descrição da investigação. Na segunda e terceira páginas era apresentado um texto descritivo sobre as instruções para preenchimento e breves indicações, nomeadamente sobre a salvaguarda da confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados.

Cada perito devia assinalar o nível de concordância para cada conteúdo a analisar, no qual poderia atribuir um número de 1 a 5. Foi determinado que valores atribuídos inferiores a 4 corresponderiam a parâmetros que deveriam ser removidos ou reformulados (atendendo às sugestões e comentários adicionados pelo painel de peritos), sendo somente selecionados os parâmetros com pontuação igual a 4 ou 5 no nível de concordância.

Após a compilação de todas as respostas, foi possível elaborar um quadro-resumo onde foram agrupados todos os níveis de concordância e anexados os comentários e sugestões atribuídos pelo painel de peritos.

Apenas foi utilizada uma ronda de auscultação face aos resultados encontrados. Níveis de concordância e sugestões similares facilitaram a análise dos dados e a reformulação da estrutura e conteúdo criados.

O formato final da ferramenta tecnológica interativa surgiu, assim, do consenso do painel dos quinze peritos. Desta forma, foi possível evoluir para a testagem da ferramenta junto dos utilizadores finais.

3.2. Resultados

A análise dos questionários levou a conclusões claras pela unanimidade do nível de concordância atribuído pelos especialistas a cada parâmetro e, paralelamente, pelos comentários que sugeriram.

O painel de peritos foi consensual relativamente à necessidade de simplificar e adequar a terminologia utilizada em cada parâmetro, focar questões mais específicas na prática de cuidados e apresentar exemplos concretos que concretizem as intervenções sugeridas e justificar cada intervenção identificada para os diferentes domínios da ferramenta.

Os domínios ‘alimentação pela boca’, ‘alteração da deglutição’ e ‘situações especiais’ foram unanimemente identificados como sendo os mais relevantes e pertinentes a incluir na estrutura da ferramenta tecnológica interativa.

Os domínios ‘dentição’ e ‘necessidades nutricionais’ foram os que suscitaram maiores dúvidas e nos quais foi identificado na análise a atribuição de nível de concordância inferior a 4 em alguns parâmetros. No domínio das ‘necessidades nutricionais’, especificamente, grande parte do painel de peritos sentiu não ser pertinente especificar algumas questões mais técnicas sobre os nutrientes, as suas funções no

organismo ou as recomendações sobre a sua quantidade diária numa dieta saudável e equilibrada.

Através da análise dos quinze questionários foi possível dar resposta ao objetivo inicialmente proposto e reformular e finalizar a temática do autocuidado alimentar-se na ferramenta.

4. FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

Uma vez validados os conteúdos a incluir na plataforma, e tendo por objetivo a inovação da ferramenta desenvolvida por Lumini (2015), foi iniciado um trajeto de idealização de um novo modelo concetual, com novas cores, diferentes tipos de letra, de acesso mais rápido através de diferentes dispositivos (computador, *tablet e smartphone*), com um *layout* mais intuitivo e com interligação lógica entre todos os domínios.

Decidiu-se então estruturar a ferramenta com recurso ao Wordpress. O Wordpress é um sistema de gestão de conteúdos *web* (*Content Manager System* baseado nas linguagens PHP (PHP: *Hypertext Preprocessor*), uma das mais utilizadas, com base de dados MySQL (*Structured Query Language*). O *software* requer a instalação num servidor *web*, para disponibilizar conteúdos pela internet facilitando o acesso rápido à informação (Wordpress, 2016).

É compatível com os sistemas operativos Android, iPhone/iPod Touch, iPad, Windows Phone 7 e BlackBerry que oferecem acesso a alguns dos recursos do painel administrativo WordPress.com e WordPress.org.

O Wordpress começou por ser utilizado na criação de blogues mas rapidamente começou a ser explorado para outros fins, como o desenvolvimento de páginas *web*, *sites* de tipo comércio eletrónico, revistas, jornais, portfólio, gerenciador de projeto e diretório de eventos.

É uma solução *open source* com código de fonte aberta. Permite o desenvolvimento de funcionalidades e gestão por pessoas independentes à empresa, que disponibilizam e/ou partilham essas funcionalidades (*temas, addons, pugglins*) fornecendo assim um conjunto de acessórios na apresentação das páginas *web*. No desenvolvimento da ferramenta tecnológica interativa (e tratando-se de um trabalho académico) era particularmente importante ter a liberdade de alterar e gerir os conteúdos da ferramenta sempre que necessário, sem a obrigatoriedade de recorrer a um profissional da área de programação informática (Wordpress, 2016).

O WordPress disponibiliza um sistema de modelos, permitindo ao utilizador reorganizar o *layout* sem precisar de editar código fonte e podendo também instalar e alternar diferentes temas WordPress.

Os códigos PHP e HTML dos temas também podem ser editados para adicionar funcionalidades personalizadas. Estas vantagens traduzem-se em grande versatilidade, permitindo criar soluções personalizadas e com uma interface com aspeto qualificado e profissional. Requer conhecimentos básicos de programação e *design*, sendo muito

intuitivo o seu funcionamento, o que traduz baixo custo na criação, manutenção e funcionamento de uma plataforma electrónica (Wordpress, 2016).

A criação da ferramenta interativa contou com a colaboração de um engenheiro informático para solucionar questões esporádicas. O produto final a ser testado foi disponibilizado em <http://pope.esenf.pt/intentcare/>.

4.1. Amostra

A técnica de amostragem selecionada foi do tipo não probabilística por conveniência.

Os estudantes do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto do segundo semestre do ano letivo de 2016/2017, inscritos na unidade curricular ‘A pessoa dependente e os familiares cuidadores’, foram convidados a participar no estudo. Na dinâmica das aulas de prática laboratorial e face a cenários que envolviam a delineação de um plano a desenvolver junto de familiares cuidadores de pessoas com compromisso no autocuidado alimentar-se, foram convidados a recorrer à plataforma do INTENT-CARE.

Dos cento e sessenta possíveis participantes elegíveis, setenta e dois estudantes responderam a um questionário sobre a avaliação da ferramenta.

A amostra foi constituída por 64 participantes do sexo feminino (88,9%) e 8 do sexo masculino (11,1%). 87,5% da amostra tinha 13 anos de escolaridade (12 anos de escolaridade e o primeiro ano de licenciatura) e 11,2% (8 participantes) detinha já o grau de licenciatura em outras áreas.

4.2. Instrumento de recolha de dados

Cada um dos estudantes foi convidado a navegar e explorar a ferramenta tecnológica interativa criada através do *link* que permitia o seu acesso.

Foi criado um documento explicativo, contextualizando o estudo e o seu objetivo e desenvolveu-se um questionário de satisfação (adaptado de Lumini, Peres e Martins, 2015) que foi disponibilizado na própria plataforma e onde, através de uma escala de Likert

pontuada de 1 a 9, era possível avaliar parâmetros como a terminologia utilizada, a velocidade na navegação ou simplesmente o tamanho das letras (ANEXO II). Recorreu-se ao Google Forms para a elaboração do questionário.

Os dados foram colhidos com recurso ao questionário de satisfação em formato papel, entregue presencialmente aos setenta e dois estudantes. Foi estipulado um prazo para recolha dos questionários que foi cumprido. Procedeu-se então ao início da análise dos resultados.

4.3. Técnica de análise e tratamento de dados

O processo de lançamento dos dados foi feito manualmente sem recurso a *software* específico. Os dados foram introduzidos e revistos, corrigindo as inconformidades detetadas.

O processamento estatístico dos dados foi feito com recurso ao IBM SPSS - versão 22. Foram utilizadas medidas de estatística descritiva com distribuição de frequências absolutas e relativas, de tendência central (médias) e de dispersão (desvio-padrão).

Aplicaram-se testes estatísticos e estatísticas inferenciais para perceber a existência ou não de relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo. Os resultados obtidos foram considerados como estatisticamente significativos quando $p < 0,05$ ou quando considerado um intervalo de confiança de 95%.

Os dados, à frente descritos, são apresentados em tabelas para que seja possível uma visão global e interpretação adequada e posterior análise das principais conclusões do estudo.

4.4. Resultados

O questionário de satisfação desenvolvido (adaptado de Lumini, Peres e Martins, 2015), permitiu avaliar pormenorizadamente cada parâmetro inerente à funcionalidade, *design* e acessibilidade da ferramenta tecnológica interativa (ANEXO II).

Para cada questão foi apresentada uma escala de Likert pontuada de 1 a 9 e estipulou-se que o menor valor corresponderia a uma qualificação negativa do parâmetro (ex.: difícil, confuso, aborrecido) e o maior valor à melhor qualificação atribuível (ex.: fácil, claro, interessante).

As várias questões foram agrupadas por temáticas a avaliar, num total de nove temáticas e três questões de resposta aberta.

O Grupo I, denominado ‘Perfil Sociodemográfico’, permitiu caracterizar a amostra, tendo sido já apresentados os dados emergentes no sub-capítulo 4.1.

O Grupo II, identificado como ‘Utilização das novas tecnologias’ foi dividido em três questões que pretendiam avaliar as competências dos participantes face a este parâmetro. Os resultados demonstraram que 50% da amostra (36) apresentava um nível classificado como ‘muito bom’ face ao grau de habilidade na utilização das novas tecnologias, 97,2% (70) referia utilizar este recurso na sua pesquisa sobre cuidados em saúde e 72,2% (52) dispendeu, em média, entre 1 a 4 horas na navegação/exploração da ferramenta tecnológica interativa.

Os resultados emergentes da análise das respostas às questões dos grupos III (‘Reação geral do utilizador’), IV (‘Ecrã’), V (‘Terminologia e sistema de informação’), VI (‘Aprendizagem’), VII (‘Capacidade da ferramenta’), VIII (‘Manuais técnicos, guia de navegação e ajuda online’) e IX (‘Multimédia’) são globalmente apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos parâmetros e análise de valores de médias e desvio-padrão

		NÍVEL DE AVALIAÇÃO							Média	DP
		3	4	5	6	7	8	9		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
PARÂMETROS EM AVALIAÇÃO	Dificuldade no uso	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	4 (5,6)	21 (29,2)	28 (38,9)	18 (25)	7,8	0,9
	Interessante	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	3 (4,2)	27 (37,5)	28 (38,9)	13 (18,1)	7,7	0,7
	Letra no ecrã	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	5 (6,9)	15 (20,8)	28 (38,9)	23 (31,9)	7,9	0,9
	Quantidade de informação	0 (0)	0 (0)	2 (2,8)	2 (2,8)	20 (27,8)	34 (47,2)	14 (19,4)	7,8	0,8
	Sequência de informação	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	2 (2,8)	20 (27,8)	30 (41,7)	19 (26,4)	7,9	0,8
	Terminologia	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	5 (6,9)	15 (20,8)	28 (38,9)	23 (31,9)	8,6	1,5
	Recomendações	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	2 (2,8)	15 (20,8)	37 (51,4)	17 (23,6)	7,9	0,8
	Dificuldades na aprendizagem	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	3 (4,2)	12 (16,7)	32 (44,4)	24 (33,3)	8,0	0,9
	Dificuldade nas	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	5 (6,9)	19 (26,4)	29 (40,3)	18 (25)	7,8	0,8

funcionalidades										
Velocidade	0 (0)	0 (0)	2 (2,8)	8 (11,1)	27 (37,5)	19 (26,4)	15 (20,8)	7,4	0,8	
Fiabilidade	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	4 (5,6)	29 (40,3)	37 (51,4)	8,3	1,1	
Falhas no sistema	3 (4,2)	1 (1,4)	4 (5,6)	2 (2,8)	13 (18,1)	26 (36,1)	22 (30,6)	7,5	1,3	
Guia de navegação	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	1 (1,4)	19 (26,4)	28 (38,9)	22 (30,6)	7,9	0,8	
Informação do guia	0 (0)	0 (0)	2 (2,8)	0 (0)	14 (19,4)	33 (45,8)	22 (30,6)	7,9	0,8	
Qualidade das fotos	0 (0)	0 (0)	2 (2,8)	5 (6,9)	19 (26,4)	26 (36,1)	19 (26,4)	7,7	0,8	

Nota: Não são apresentados os scores de 0 a 3 por não apresentarem respostas

O valor mínimo atribuído foi 3 (em apenas um parâmetro) e o máximo 9. Numa análise geral, os valores percentuais mais incidentes situam-se na atribuição de valores próximos de 8.

O grupo III (Reação geral do utilizador), constituído por duas questões - dificuldade/facilidade na utilização e aborrecido/interessante - revelou que 38,9% da amostra atribuiu nível 8 a ambas, demonstrando que a ferramenta é de fácil utilização e interessante.

Relativamente ao grupo IV (Ecrã), constituído por três questões sobre o tipo e tamanho de letra utilizado (difícil/fácil de ler), a quantidade de informação no ecrã (inadequada/adequada) e a sequência da informação (confusa/clara), os participantes acharam que a letra utilizada permitia uma fácil leitura (38,9% - nível 8), a quantidade de informação era adequada (47,2% - nível 8) e a sequência de informação era clara (41,7% - nível 8), tendo-se verificado também a atribuição de nível 9 com percentagens significativas.

Os resultados relativos às questões do grupo V (Terminologia e sistema de informação) que avalia a terminologia utilizada e as recomendações sugeridas sobre o autocuidado alimentar-se, apontam que os participantes consideraram a terminologia consistente (38,7% - nível 8) e as recomendações claras (51,4% - nível 8), existindo também uma percentagem significativa de atribuições de nível 9.

Também nas questões relativas à Aprendizagem (grupo VI), que avaliavam a facilidade/dificuldade em aprender, a utilizar a ferramenta e a explorar as suas

funcionalidades, obteve-se no nível 8, 44,4% das respostas relativas à facilidade em utilizar a ferramenta e 40,3% em explorar as suas diferentes funcionalidades.

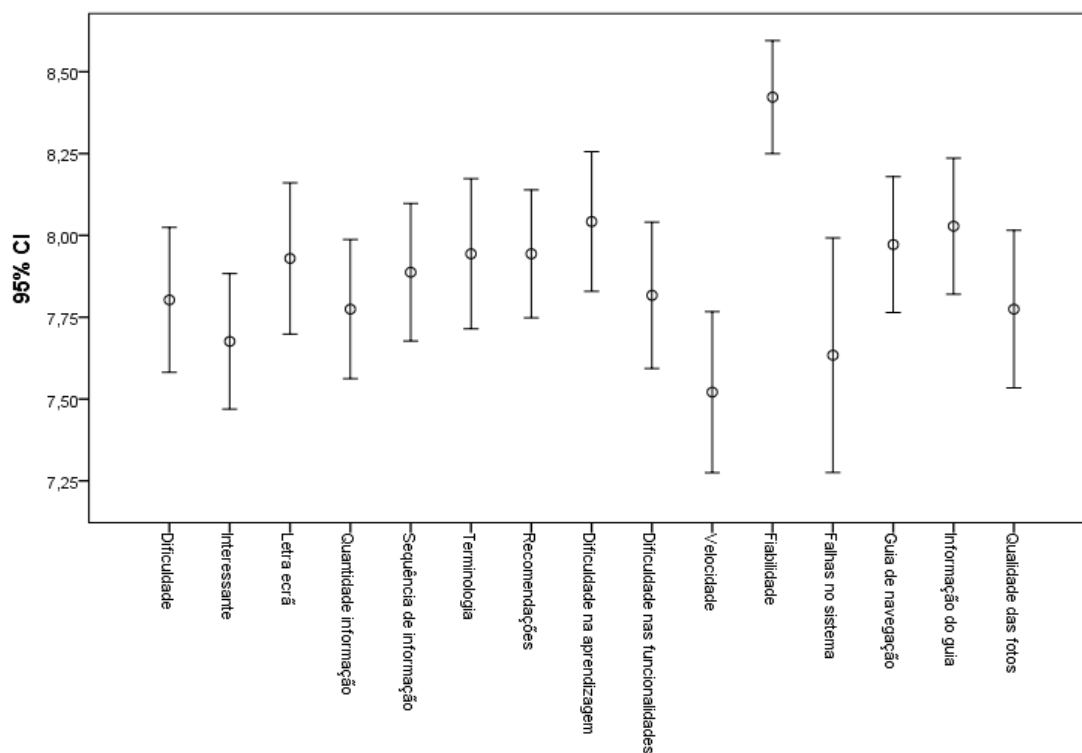
No grupo VII (Capacidade da ferramenta), que avalia três parâmetros: a velocidade da ferramenta, a sua fiabilidade e a ocorrência de falhas no sistema, 37,5% dos participantes classificaram a velocidade com nível 7 (rápida o suficiente), 51,4% atribuíram nível 9 à fiabilidade (muito fiável) e 36,1% classificou com nível 8 a ocorrência de falhas no sistema (ocorrem raramente). No entanto, o parâmetro das falhas no sistema foi o único no qual houve atribuição de classificação com nível inferior a 5.

No grupo VIII (Manuais técnicos, guia de navegação e ajuda online), que avalia a opinião dos participantes sobre a terminologia utilizada no guia de informação e sobre a informação lá contida (confusa/clara), 38,9% e 40,8% dos participantes respondeu 'nível 8', demonstrando que o guia de navegação desenvolvido continha informação muito clara.

No grupo IX (Multimédia) avaliou-se apenas a qualidade das fotografias, uma vez que era o único recurso multimédia utilizado na ferramenta. A atribuição de nível 8 por parte de 36,1% da amostra revelou acharem que as fotos são nítidas.

A tabela 2 mostra sucintamente a dispersão dos valores atribuídos aos quinze parâmetros em análise no questionário de satisfação.

Tabela 2 - Dispersão dos valores atribuídos aos parâmetros do questionário de satisfação



As três últimas questões de resposta aberta destinam-se à descrição de algum problema detetado ou alguma alteração que considerassem revelante aplicar ou ainda para explorarem a ideia de a ferramenta ser uma mais-valia face às potenciais dúvidas de um familiar cuidador sobre a alimentação do seu familiar dependente. Os resultados revelaram que 100% da amostra não detetou qualquer problema na ferramenta, 98,6% não achou ser necessário fazer qualquer alteração (tendo 1 dos participantes sugerido ‘uma utilização mais simples’) e 93% considerou a ferramenta como uma mais-valia no suporte aos familiares cuidadores de pessoas dependentes com compromisso no autocuidado alimentar-se.

Após esta análise exploratória, testamos algumas associações de variáveis, na procura de um padrão de avaliação.

Com a variável ‘avaliação global INTENT-CARE’ (constituída pelos quinze parâmetros da tabela 1) e utilização do Teste t de *Student* para amostras independentes, analisou-se se haveria diferenças em função do sexo. Os resultados sugerem não existir diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à avaliação global que fazem da ferramenta.

Tentou-se perceber se a ‘avaliação global do INTENT-CARE’ era diferente pelo facto dos participantes serem apenas estudantes, estudantes-trabalhadores na área da saúde ou estudantes-trabalhadores numa área distinta da saúde (através da ANOVA). Também aqui não foram encontradas diferenças estatísticas.

Os resultados mostraram que a avaliação que os estudantes fizeram sobre a ferramenta (‘avaliação global INTENT-CARE’) não dependeu do tempo dispendido na sua utilização.

Por fim, através do coeficiente de correlação de *Pearson*, analisaram-se as correlações entre os parâmetros em análise, como se apresenta na tabela 3.

Tabela 3 - Matriz de correlação dos diferentes parâmetros do questionário de satisfação

	Dificuldade no uso	Interessante	Letra ecrã	Quantidade de informação	Sequência de informação	Terminologia	Recomendações	Dificuldade na aprendizagem	Dificuldade nas funcionalidades	Velocidade	Fiabilidade	Falhas no sistema	Guia de navegação	Informação do guia	Qualidade das fotos
Interessante	0,50 ^{**}														
Letra ecrã	0,40 ^{**}	0,46 [*]													
Quantidade de informação	0,53 ^{**}	0,49 [*]	0,36 [*]												
Sequência de informação	0,60 ^{**}	0,43 [*]	0,44 [*]	0,63 ^{**}											
Terminologia	0,56 ^{**}	0,44 [*]	0,54 [*]	0,59 [*]	0,55 [*]										
Recomendações	0,50 ^{**}	0,44 [*]	0,42 [*]	0,48 [*]	0,49 [*]	0,54 [*]									
Dificuldade na aprendizagem	0,50 ^{**}	0,43 [*]	0,51 [*]	0,35 [*]	0,49 [*]	0,59 [*]	0,46 [*]								
Dificuldade nas funcionalidades	0,57 ^{**}	0,44 [*]	0,51 [*]	0,48 [*]	0,58 [*]	0,63 ^{**}	0,52 [*]	0,81 ^{**}							
Velocidade	0,47 [*]	0,38 [*]	0,43 [*]	0,28 [*]	0,34 [*]	0,34 [*]	0,48 [*]	0,36 [*]	0,41 [*]						
Fiabilidade	0,42 [*]	0,42 [*]	0,30 [*]	0,39 [*]	0,34 [*]	0,36 [*]	0,56 ^{**}	0,43 [*]	0,49 [*]	0,50 [*]					
Falhas no sistema	0,28 [*]	0,21 [*]	0,20 [*]	0,20 [*]	0,21 [*]	0,25 [*]	0,36 [*]	0,35 [*]	0,31 [*]	0,40 [*]	0,36 [*]				
Guia de navegação	0,53 ^{**}	0,47 [*]	0,53 [*]	0,45 [*]	0,53 [*]	0,54 [*]	0,57 [*]	0,62 [*]	0,63 ^{**}	0,56 [*]	0,58 [*]	0,42 [*]			
Informação do guia	0,53 ^{**}	0,37 [*]	0,55 [*]	0,50 [*]	0,52 [*]	0,52 [*]	0,53 [*]	0,59 [*]	0,66 ^{**}	0,34 [*]	0,49 [*]	0,40 [*]	0,82 ^{**}		
Qualidade das fotos	0,43 [*]	0,42 [*]	0,44 [*]	0,30 [*]	0,37 [*]	0,42 [*]	0,38 [*]	0,43 [*]	0,57 [*]	0,37 [*]	0,48 [*]	0,37 [*]	0,62 [*]	0,66 [*]	

** Correlação estatisticamente significativa para $p < 0,01$

* Correlação estatisticamente significativa para $p < 0,05$

A análise das correlações entre os quinze parâmetros descritivos das perguntas do questionário de satisfação revelou existir correlações moderadas a fortes entre a maioria dos parâmetros, mostrando assim consistência numa avaliação positiva em todos os itens.

5. DISCUSSÃO

Com o envelhecimento populacional, um número significativo de pessoas acabará por se tornar dependente no seu autocuidado. Deste facto, acresce uma necessidade emergente de dar respostas direcionadas e focadas nas situações vivenciadas por quem cuida destas pessoas.

A transição para uma situação de dependência e para o assumir de um papel de prestador de cuidados afeta profundamente a estrutura e dinâmica familiar e exige a reorganização dos papéis desempenhados pelos seus elementos. O impacto da intervenção dos enfermeiros deve surgir como resposta nestes momentos de grande mudança e que, inúmeras vezes, acarretam consequências físicas, psicológicas, sociais e financeiras nas pessoas que a experienciam.

A Rede Nacional de Cuidados Integrados e, especificamente, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados foram criadas como estratégias alternativas e recursos para as comunidades que cada vez mais integram dependentes e os seus familiares cuidadores.

No entanto, esta resposta aos cuidados prestados no domicílio não tem ainda o impacto pretendido face ao número crescente de situações reais de dificuldades identificadas pelas equipas de saúde (e sem uma perceção real ainda de todas as outras sob-diagnosticadas). Um dos principais desafios hoje enfrentado pelos profissionais de saúde é o de encontrar soluções face às exigências crescentes do envelhecimento populacional e às alterações sócio-demográficas, económicas e políticas que se fazem sentir a nível mundial. Urge a necessidade de encontrar soluções viáveis, eficazes e passíveis de adaptar ao contexto dos milhares de famílias que integram um dependente nas suas casas. Neste sentido, as novas tecnologias surgem como resposta com expressão crescente e impacto junto da população e da comunidade científica.

A investigação científica já publicada neste âmbito demonstra que este é cada vez mais um caminho com potencialidade a explorar e aprofundar junto dos profissionais de saúde, na conceção do seu planeamento de cuidados, com vista à promoção da qualidade de vida dos seus dependentes e familiares cuidadores.

As tecnologias educacionais no contexto da saúde são uma área em expansão, objetivando uma melhoria contínua e inovação nos cuidados. As plataformas interativas assumem-se cada vez mais como resposta com impacto crescente nos cuidados de enfermagem, acompanhando em paralelo o avanço tecnológico e as exigências atuais das pessoas que são cuidadas.

A construção e desenvolvimento de ferramentas tecnológicas interativas deve objetivar a capacitação dos familiares cuidadores. Deve disponibilizar informação qualificada e direcionada a quem utiliza, no sentido de complementar e nunca de substituir o papel interventivo dos profissionais de saúde. Por outro lado, deve promover o desenvolvimento de habilidades e de resolução de problemas inerentes ao processo de cuidar.

O aumento do número de dependentes em contexto domiciliário requer por parte dos profissionais um maior investimento e planeamento no sentido de rentabilização dos recursos. O aparecimento da internet como recurso das famílias no acesso a informação sobre a saúde justifica cada vez mais o desenvolvimento de investigação neste âmbito para que exista uma real perceção de como pode este recurso ser adaptado de forma direcionada às necessidades específicas de cada pessoa.

Como defende Magalhães (2013, p. 80), (...) *em termos de implicações para a prática clínica considera-se que as Intervenções que visem o uso de objetos de aprendizagem com recurso a tecnologias educativas podem ser utilizadas com o intuito de promover a aquisição de conhecimentos e habilidades do familiar cuidador/pessoa dependente no autocuidado.*

As tecnologias de informação e comunicação assumem um papel crescentemente importante no âmbito dos sistemas de saúde pela potencial produção de benefícios para os cidadãos, para os profissionais e para as entidades prestadoras dos serviços ao promoverem modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes no domínio dos cuidados de saúde (Espanha, 2013, p.11).

O acesso à internet e às tecnologias de informação e comunicação, no entanto, não é ainda um requisito universal, sobretudo em faixas etárias mais elevadas. As barreiras que dificultam a inclusão dos idosos na era digital são diversas, destacando-se as próprias alterações decorrentes do envelhecimento (declínio cognitivo, motor, sensorial) e a dificuldade no acesso ao mundo virtual (Tavares & Souza, 2012).

Outros fatores como o custo inerente à compra de recursos tecnológicos (ex. computador, *smartphone*), a baixa escolaridade, o medo face à utilização das novas tecnologias, a falta de habilidade técnica e a dificuldade em ler a informação contida no ecrã (geralmente por inadequação do tamanho/tipo de letra), contribuem significativamente para os números que apontam a baixa adesão na utilização nestas faixas etárias (Xie, 2007).

Por outro lado, como exploram Espanha, Cardoso e Araújo (2007) na sua investigação, as principais dificuldades identificadas pelos utentes face às suas estratégias de pesquisa sobre saúde estão relacionadas com falta de acompanhamento e

orientação. *Querer mais informação, mas não saber onde encontrar, assim como não ter tempo para encontrar toda a informação que precisava ou sentir que essa tarefa exige um grande esforço, foram os principais problemas identificados* (p. 29). Na mesma linha, os investigadores concluíram que 16,8% dos inquiridos que utiliza este meio considerou ter falta de conhecimentos sobre como pesquisar informação sobre saúde na internet e 7,3% declarou não confiar na informação encontrada e disponibilizada.

O projeto 'Saúde em Rede - SER' (2013), resultado de uma parceria desenvolvida entre o Centro de Investigação e Estudos de Sociologia da Universidade de Lisboa (CIES-IUL) e a Fundação Calouste Gulbenkian, analisou a relação entre as tecnologias de informação e comunicação, os utentes, os profissionais de saúde e as redes tecnológicas de gestão de informação em saúde. No seu relatório final, especificamente no ponto II ('Os Portugueses, a Saúde e a Internet'), foi possível concluir que grande parte da população portuguesa continua ainda a não ter acesso às novas tecnologias ou a saber como explorar as suas potencialidades. A sua utilização no campo da saúde continua a demonstrar disparidades atendendo a fatores como a faixa etária, o nível de escolaridade, a situação económico-financeira ou o contexto profissional e, apesar de a aprendizagem em saúde através das novas tecnologias apresentar um crescente potencial de desenvolvimento, ainda não é possível identificar uma reestruturação das fontes de informação em saúde já instituídas.

De um modo geral, a taxa de utilizadores com idade igual ou superior a 60 anos é consideravelmente mais baixa quando comparada com faixas etárias mais jovens (Azevedo, 2013). As pessoas que têm uma relação mais próxima com a utilização da internet no contexto da saúde tem idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos, manifestando confiança e autonomia na sua utilização (CIES-IUL, 2013). Segundo Boulton-Lewis *et al.* (2007), apenas 20 a 40% das pessoas com idade superior a 60 anos utiliza a internet e dentro desse grupo encontram-se especificamente pessoas com maior poder económico e nível cultural.

Ainda assim, o número de idosos que acedem à internet e exploram as suas funcionalidades tem aumento gradualmente nos últimos tempos (Azevedo, 2013). Este grupo etário torna-se cada vez mais consciente das potencialidades das novas tecnologias e utiliza-as já no seu quotidiano para comunicar (destacando-se como solução para os idosos que vivem sós), para obter informação (essencialmente sobre saúde), para lazer ou para execução de serviços (planeamento de viagens, compras e pagamentos de serviços (...)) (Nimrod, 2010).

De acordo com o estudo *A Internet em Portugal 2012* (OberCom, 2012) apenas 5% da amostra com idade igual ou superior a 65 anos diz utilizar a internet com

regularidade. Alguns os principais fatores da não utilização prendem-se com a falta de interesse (38,9%), iliteracia digital (34,9%), falta de acesso a computador (9,1%) e os fatores associados aos custos elevados (8,5%). Na mesma linha, Khvorostianov, Elias e Nimrod (2012) explicam que apesar do desenvolvimento da tecnologia, poucos idosos aproveitam as suas potencialidades por não possuírem conhecimento suficiente para a sua utilização.

No entanto, a literatura sugere que num futuro próximo, o papel das novas tecnologias estará intrínseco ao quotidiano dos nossos idosos, tornando-se uma ferramenta indispensável às suas necessidades. Nimrod (2010) defende que este recurso será fundamental para potenciar um envelhecimento ativo e o aumento da qualidade de vida destas pessoas.

Como defende Pasqualotti (2003, cit por Tavares & Souza, 2012, p.6), *os media (...) já conseguem identificar o envelhecimento como um novo mercado de consumo, criando e divulgando novos mecanismos de educação e atualização na internet, capazes de oferecer respostas criativas ao conjunto de mudanças sociais que redefinem a experiência do envelhecimento (...).*

Torna-se, assim, fundamental perceber que a aprendizagem no adulto idoso apresenta necessidades educacionais especiais, nomeadamente no que diz respeito às novas tecnologias (Kachar, 2003).

Carvalho *et al.* (2010) abordam uma vertente partilhada da aprendizagem (entre quem ensina e quem aprende) e fundamentam este processo numa ótica de ‘aprender fazendo’. Pinto (2007) fala da necessidade de flexibilidade e adequação às necessidades específicas da pessoa, pelo facto de existir já uma consciência e sentido crítico-reflexivo e pela própria dinâmica de vida e hábitos já estruturados. O mesmo autor destaca alguns ponto-chave a respeitar no desenho do planeamento de intervenção no adulto idoso: despertar a sua consciência para a necessidade de adquirir novos conhecimentos/habilidades, estruturar um plano de intervenção partindo de elementos que componham a realidade quotidiana da pessoa (favorecendo a auto-motivação, a auto-avaliação e a reflexão), não impor um método de aprendizagem mas sim determiná-lo em conjunto a partir da sua realidade e propor o conteúdo a explorar, com base nas suas necessidades educativas específicas.

Segundo Hamze (2008 cit por Carvalho *et al.* 2010, p. 83), *(...) na Andragogia (do grego: andros = adulto e gogos = educar) a aprendizagem tem uma particularidade mais centrada no aluno, na independência e na auto-gestão da aprendizagem, para a aplicação prática na vida diária.*

Chotguis (2007) descreve o modelo andragógico assente em sete pressupostos:

- A necessidade de saber - questionar constantemente o 'porquê', possuir sentido crítico
- Autoconceito do aprendiz - a responsabilidade pela própria vida e, conseqüentemente, pelo que aprende
- O papel das experiências - a influencia das vivências já passadas
- Prontos para aprender - a necessidade de aprender e as implicações reais que isso terá na vida da pessoa, despoletam postura focada na aprendizagem
- Motivação - a necessidade de aprendizagem, a procura em saber mais e fazer melhor e a auto-estima são motivadores internos

No adulto idoso, a aprendizagem é orientada para a resolução de problemas (com impacto na sua própria vida), evitando uma lógica centrada nos conteúdos e apostando num processo de aprendizagem que lhes permita a compreensão da sua utilidade (Knowles, 2005).

Este processo de aprendizagem deve ser planeado e executado através de metas e objetivos específicos, desenhados em função das necessidades da população-alvo. A ferramenta criada e desenvolvida ao longo deste projeto advoga precisamente estes princípios.

O presente trabalho focou-se no desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica interativa como suporte aos familiares cuidadores de pessoas dependentes. Objetivou-se perceber de que forma esta resposta poderia ser uma mais-valia face às necessidades, dúvidas e dificuldades de quem diariamente cuida. O instrumento desenvolvido pretende ser uma ferramenta útil, de fácil utilização, com resposta rápida e adaptada às necessidades e dificuldades identificadas pelos familiares cuidadores de pessoas com dependência no autocuidado alimentar-se. Pretende-se dar continuidade à informação transmitida pelos profissionais de saúde, construindo uma segunda linha de cuidados, numa ótica de continuidade e complementaridade.

Os resultados demonstraram que a ferramenta tecnológica interativa é fácil de utilizar e explorar. Os participantes qualificaram-na como interessante e avaliaram a informação nela contida como clara e adequada, com recomendações direcionadas para as necessidades de potenciais familiares cuidadores utilizadores e com uma terminologia consistente. A ferramenta foi ainda considerada rápida quanto à sua navegação, muito fiável e com rara ocorrência de falhas. As fotografias que contém foram consideradas nítidas e o guia de navegação criado foi considerado bem elaborado e promotor de uma navegação mais fácil.

O facto de a ferramenta ser de acesso livre é, garantidamente, uma mais-valia. Num momento particularmente sensível para as famílias na sua organização e gestão

económico-financeira, a possibilidade de existirem recursos sem custos adicionais é bem acolhida. Paralelamente, e numa perspetiva preventiva, a antecipação de complicações evita um elevado número de episódios de urgência e internamentos prolongados, aumenta a qualidade de vida das pessoas dependentes e transmite uma maior segurança e confiança aos familiares que lhes prestam cuidados.

Os participantes não detetaram problemas na ferramenta, não consideraram necessário fazer qualquer alteração e 93% dos participantes consideraram a ferramenta como uma mais-valia no suporte aos familiares cuidadores de pessoas dependentes com compromisso no autocuidado alimentar-se.

Desta forma, o objetivo do estudo de criar, desenvolver e validar uma ferramenta tecnológica interativa e perceber o seu impacto face às necessidades específicas dos familiares cuidadores foi cumprido.

Importa salientar que o estudo sofreu alterações no seu plano metodológico, o que poderá constituir uma limitação. Na interação com os oito familiares cuidadores, constatou-se que as experiências e dificuldades vivenciadas durante a alimentação dos seus familiares eram uma grande fonte de stress e preocupação e que, qualquer estratégia que pudesse ajudar e dar segurança era bem recebida e valorizada pelos cuidadores. Foi gratificante perceber a importância que atribuem à criação de recursos alternativos, de fácil acesso no contexto domiciliário e que permitam o encontro de uma resposta eficaz quando realmente surgem as maiores dúvidas e angústias.

Com o objetivo de dar continuidade ao trabalho iniciado juntos dos familiares cuidadores e com o consentimento e interesse partilhado pelos enfermeiros especialistas dos serviços do Centro Hospitalar do Porto, pretende-se continuar a recolha de dados (com a duração necessária para atingimento do número de participantes estipulado) para posterior análise e identificação de resultados e consequente publicação.

Desta forma, pretende-se a divulgação e partilha da ferramenta criada para que um maior número de pessoas possa usufruir deste recurso gratuito e facilmente acessível.

Apesar de Lumini (2015) ter já desenvolvido o seu trabalho em três domínios do autocuidado (posicionar, transferir e alimentar por sonda nasogástrica) e ter sido possível agora complementar com o alimentar por via oral, há ainda muito trabalho a fazer, muitos domínios a explorar. É desejável, continuar a investir em mais conteúdos de apoio à prática clínica destinados aos familiares cuidadores.

Tendo em conta as potencialidades das tecnologias será possível alargar a sua utilização a outros domínios, como a gestão do regime terapêutico, a aprendizagem da

utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado, o tratamento de feridas (simples) ou até mesmo os cuidados com ostomias de eliminação ou ventilação.

No limite, será desejável que toda a informação fornecida pelos profissionais de saúde aquando da preparação e acompanhamento na alta seja complementada e disponibilizada nesta ferramenta tecnológica interativa. Idealmente a plataforma poderá evoluir para um sistema onde cada doente tenha uma conta pessoal, para que possa aceder a um plano individual específico de acordo com as suas necessidades e dos seus familiares, podendo interagir com os profissionais de saúde.

6. CONCLUSÃO

As tecnologias educacionais surgem gradualmente como resposta às necessidades sentidas pelos familiares cuidadores.

Em momentos de mudança (como no pós-alta) em que a tensão sentida aumenta exponencialmente, há diminuição do apoio e suporte dos profissionais de saúde e do sentimento de valorização, é fundamental encontrar respostas alternativas e efetivamente válidas.

Os resultados encontrados na literatura neste âmbito demonstram cada vez mais que os familiares cuidadores assumem as tecnologias educacionais como complemento à informação transmitida pelos profissionais de saúde, determinando como importante esta parceria para uma melhoria na sua prática de cuidados. As dificuldades expressas pelos familiares cuidadores centram-se nas suas próprias limitações físicas e psicológicas, mas acima de tudo na dificuldade na acessibilidade a serviços de saúde, na falta de suporte e na pouca formação e treino para a aquisição do papel.

A ferramenta tecnológica interativa desenvolvida com conteúdos temáticos específicos centrados no autocuidado alimentar-se foi considerada uma mais-valia para familiares cuidadores de pessoas com compromisso neste domínio. Considerou-se ser um recurso interessante, de fácil acesso e utilização, com informação pertinente e relevante e terminologia adequada ao público-alvo.

Neste sentido, e atendendo ao que foi objetivado inicialmente, foi possível construir um recurso tecnológico inovador, específico numa área ainda pouco explorada mas que efetivamente se configura no dia-a-dia de quem cuida como uma dificuldade com necessidades educacionais.

Como defende Lumini (2015, p.170), (...) *a capacitação do cuidador deve fazer parte das estratégias educacionais dos enfermeiros, como forma de melhorar os resultados da formação e a qualidade dos cuidados.*

7. BIBLIOGRAFIA

ADAMS, S., DE BONT, A. (2003). *Notions of reliability: considering the importance of difference in guiding patients to health care Web sites*. *Methods Inf Med*. 42 (4), p. 307-312

ACSS - Administração Central do Sistema de saúde, IP. (2009). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Plano Estratégico 2007-2009*. Consultado em setembro, 2016, através de http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Plano_Estrategico_2007_2009.pdf

ACSS - Administração Central do Sistema de saúde, IP. (2011). *Manual de normas de enfermagem. Procedimentos técnicos*. 2.^a edição. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. Consultado em junho, 2016, através de http://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Recursos_Humanos/Manual_Enfermagem_2011/Manual%20de%20Enfermagem.pdf

ALMEIDA, A. (2009). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência: Estudo exploratório em contexto domiciliar*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Dissertação de Mestrado

ANDRADE, C. (2009). *Transição para prestador de cuidados - Sensibilidade aos cuidados de enfermagem*. *Revista Pensar Enfermagem*. 13 (1), p.61-71

ARAÚJO, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Tese de Doutoramento.

ARAÚJO, I., PAÚL. C, MARTINS, M. (2011). *Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (4), p.886-871.

AZEVEDO, C. (2013). *Tecnologias e pessoas mais velhas: importância do uso e apropriação das novas tecnologias de informação e comunicação para as relações sociais de pessoas mais velhas em Portugal*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de mestrado. Consultado em dezembro, 2016, disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/10254/1/Dissertação.pdf>

BACKMAN, K., HENTINEN, M. (1999). *Model of the self-care of home-dwelling elderly*. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), p. 564-572.

BACKMAN, K., HENTINEN, M. (2001). *Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly*. *Nordic College of Caring Sciences*, 15 (3), p. 195-202.

BARBARA, A. et al. (2016). *The McMaster Optimal Aging Portal: usability evaluation of a unique evidence-based health information website*. *Journal of Medical Internet Research*, 3 (1). Consultado em novembro, 2016, através de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880743/>

BERGER, L., MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. L. Abecasis & M. C. Rosa. Lisboa: Lusodidacta.

BOCCHI, S., ANGELO, M. (2005). *Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia partilhada*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3), p. 729-738. Consultado em maio, 2016, através de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a29v10n3.pdf>

BOULTON-LEWIS, M., BUYS, E., BARNETT, K., DAVID, N. (2007). *Ageing, learning and computer technology in Australia*. Educational Gerontology Vol. 33(3), p. 253-270. Consultado em janeiro, 2017, através de <http://eprints.qut.edu.au/12511/1/12511.pdf>

BREEN G., MATUSITZ J. (2010). *An evolutionary examination of telemedicine: a health and computer-mediated communication perspective*. Soc Work Public Health. 25(1), p. 59-71

BRETON, I., NOLAN, M. (2000). 'You do know he's had a stroke, don't you?' *Preparation for family caregiving - the neglected dimension*. Journal of Clinical Nursing, 9, p.498-506.

BRETON, L., CARROLL, C., BARNSTON, S. (2007). *Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review*. Clinical Rehabilitation. 21, p. 867-884. Consultado em maio, 2016, através de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269215507078313>

BRITO, M.L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado

BRITO, M.A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - uma teoria explicativa*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Tese de Doutoramento.

CARDOSO, A. et al. (2011). *Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC - Revisão Sistemática*. Revista de Enfermagem Referência. III série, n.º 5, p. 135-143. Consultado em maio, 2016, através de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII5/serIII5a14.pdf>

CARVALHAL, A. (2013). *Segurança do Doente à Alimentação: Intervenções de Enfermagem na Capacidade de Deglutição*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Dissertação de Mestrado.

CARVALHO, J. et al. (2010). *Andragogia: considerações sobre a aprendizagem no adulto*. REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente. Vol 3(1), p. 78-90. Consultado em janeiro, 2017, através de <http://www.ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/108/107>

CASSIANI, S., RODRIGUES, L. (1996). *A Técnica de Delphi e a Técnica de Grupo Nominal como Estratégias de Coleta de Dados das Pesquisas em Enfermagem*. Acta Paul. Enf., 9 (3), set/dez.

CHANG, S., YU, C. (2012). *Perspective of family caregivers on self-care independence among older people living in long-term care facilities: A qualitative study*. International Journal of Nursing Studies. 50 (2013), p. 657-663. Consultado em abril, 2016, através de [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00362-8/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00362-8/abstract)

CHOTGUIS, J. (2010). *Andragogia - Arte e ciência na aprendizagem do adulto*. Coordenação de Integração de Políticas de Educação à Distância - UFPR. Consultado em janeiro, 2017, através de <http://www.logisticaversa.net.br/uploads/1/6/3/0/1630201/andragogia.pdf>

CIES-IUL (2013). *Projeto 'Saúde em Rede - SER'*. Universidade de Lisboa. Consultado em junho, 2016, através de <http://ser.cies.iscte.pt>

- CLARK, E. (2002). *Health Care Web Sites: Are They Reliable?* Journal of Medical Systems. 26(6), p. 519-528
- CLINE R., HAYNES K. (2001). *Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art.* Health Educ Res. 16(6), p. 671-92
- COILE, R. (2000). *The digital transformation of health care.* Health Care Meets E-Commerce. The Physician Executive. Jan-Feb, p.8-14
- COLLIÉRE, M (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida.* 2.^a Edição. Loures, Lusociência,
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE: versão 2.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- COSTA, A. (2012). *A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso.* Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de Mestrado.
- COSTA, A. (2013). *Famílias que integram dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa.* Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Tese de Doutoramento.
- CRAAN F., OLESKE D. (2002). *Medical information and the Internet: do you know what you are getting?* J Med Syst. 26 (6), p. 511-518
- CRISTANCHO-LACROIX, V. et al. (2014). *A Web-Based Program for Informal Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease: An Iterative User-Centered Design.* Journal Of Medical Internet Research - Research Protocols. 3 (3). Consultado em novembro, 2016, através de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180326/>
- DECRETO-LEI n.º 101/2006. DR de 06 de Junho. Diário da Republica - I Série A, 109, 3856-3865.
- DOMINGOS, A., VERÍSSIMO, D. (2014). *Cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida.* Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE. Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional Sul. Consultado em Maio, 2016, através de http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf
- DUQUE, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado: Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros.* Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Dissertação de Mestrado.
- ESPANHA, R. (2013). *Informação e Saúde.* Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa
- ESPANHA, R.; CARDOSO, G.; ARAÚJO, V. (2007). *Utentes e saúde na era da informação: internet, telemóveis e media.* CIES/ISCTE - Centro de Investigação e Estudos em Sociologia, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- FARO, A. (1997). *Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem.* Rev. Esc. Enf. USP. 31 (1), p. 259-273. Consultado em maio, 2016, através de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v31n2/v31n2a08.pdf>
- FERREIRA, D., YOSHITOME, A. (2010). *Prevalência e características das quedas em idosos institucionalizados.* Rev. Brasileira de Enfermagem. 63 (6), p. 991-997. Consultado em novembro, 2016, através de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>

FERRY, M. *et al.* (2004). *A nutrição da pessoa idosa: aspetos fundamentais, clínicos e psicossociais*. Loures: Lusociência

FIGUEIREDO, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

FORKNER-DUNN, J. (2003)- *Internet-based Patient Self-care: The Next Generation of Health Care Delivery*. *J Med Internet Res*. 5 (2). Consultado em setembro, 2016, através de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550561/>

FORTIN, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

FRAGA, L. *et al.* (2011). *Aspetos da Disfagia - Nutrição na Maturidade*. Nestlé Nutricion. Consultado em maio, 2016, através de <http://www.bhvidacirurgica.com.br/NOVOBHVIDA/pdf/aspectosdisfagia.pdf>

GARCIA, C. (2014). *Conceção e avaliação de um instrumento vídeo sobre autocuidado e reabilitação em pessoas com lesão vértebro medular*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Tese de Doutoramento.

GUEDES, S. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.

GONÇALVES, P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Tese de Doutoramento.

GRILO, N. (2010). *Informação de saúde na internet: quais as consequências?*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

HATTINK, B. *et al.* (2016). *Evaluation of the Digital Alzheimer Center: Testing Usability and Usefulness of an Online Portal for Patients with Dementia and Their Carers*. *Journal of Medical Internet Research - Research Protocols*. 5 (3). Consultado em novembro, 2016, através de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27444209>

HOFFMANN, T. *et al.* (2007). *Written education materials for stroke patients and their carers: perspectives and practices of health professionals*. *Top Stroke Rehabil*. 14(1), p. 88-97

ICN (2015). *International classification for nursing practice (ICNP)*. International Council of Nursing. Consultado em novembro, 2016, através de <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>

ISF (s.d.). *Seven pillars of self-care*. Consultado em outubro, 2016, através de <http://isfglobal.org/practise-self-care/the-seven-pillars-of-self-care/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010). *Estatísticas Demográficas 2010*. Consultado em maio, 2016, através de https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att_display

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2011). *Censos de 2011: principais indicadores*. Consultado em maio, 2016, através de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=INE&xpgid=ine_princindic

JANI-LE BRIS, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho económico e social.

JUSTO, C. (2005). *A técnica Delphi de formação de consensos*. OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Consultado em Maio, 2016, através de <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/A-Tecnica-Delphi-de-Formacao-de-Consensos.pdf>

KACHAR, V. (2003). *Terceira Idade & Informática: aprender revelando potencialidades*. São Paulo: Cortez, 2003.

KNOWLES, M. (2005) *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. 6.ª Edição. San Diego, Califórnia, USA. Elsevier

KURTH, A. et al. (2016). *Linguistic and cultural adaptation of a computer-based counseling program (CARE+ Spanish) to support HIV treatment adherence and risk reduction for people living with HIV/AIDS: a randomized controlled trial*. Journal of Medical Internet Research, 18 (7). Consultado em novembro, 2016, através <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27417531>

LAGE, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Tese de Doutoramento.

LEONARDO, V. (2011). *Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.

LEVINE, S., GORMAN, M. (1999). "Telestroke": the application of telemedicine for stroke. Stroke. 30(2), p. 464-469.

LIU, W.; WATSON, R.; LOU, F-I. (2014). *The Edinburgh Feeding Evaluation in Demencia Scale (EdFED): cross-cultural validation of the simplified Chinese version in mainland China*. Journal of Clinical Nursing. 23 (1-2), p. 45-53.

LOPES, F. (2008). *A recusa alimentar na pessoa idosa*. Editora: Associação Científica dos Enfermeiros. Consultado em junho, 2016, através de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/361/1/Enformação%202008%208%2012.pdf>

LUMINI, M.J. (2015). *Tecnologias educacionais interativas: contributo para desenvolvimento de conhecimentos dos familiares cuidadores*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Tese de Doutoramento.

MACHADO, P. (2013). *Papel do prestador de cuidados - contributo para promover competências na assistência ao cliente idoso com compromisso no autocuidado*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Tese de Doutoramento.

MAGALHÃES, S. (2013). *Tecnologias educativas destinadas à pessoas com dependência e/ou familiar cuidador: uma revisão sistemática da literatura*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.

MARTINS, T., RIBEIRO, J., GARRETT, C. (2003). *Estudo de adaptação e validação do Frenchay Activities Index numa amostra de doentes com baixa escolaridade afectados por acidente vascular cerebral*. Arquivos de Medicina 17 (1/2/3), p. 88-91.

MARTINS, R. (2011). *A Dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Dissertação de Mestrado.

- MARTINS, T. *et al.* (2016). *A pessoa dependente & o familiar cuidador*. Enfermagem.Porto
- MATUSITZ, J., BREEN, G. (2007). *Telemedicine: its effects on health communication*. Health Communication. 21(1), p. 73-83.
- MELEIS, A. *et al.* (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advanced Nursing Science. 23 (3), p.12-28. Consultado em junho, 2016, através de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>
- MELEIS, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. 3th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- MELEIS, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- MELO, R., RUA, M., SANTOS, C. (2014). *Necessidades do cuidador familiar à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV, n.º 2, mai-jun 2014. Consultado em outubro, 2016, através de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a15.pdf>
- MOOS, R., SCHAEFER, J. (1984). *The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach*. In R. Moos, *Coping with physical illness. New perspectives*. p. 3-25. New York: Plenum.
- MITSUTAKE, S. *et al* (2016). *Associations of eHealth literacy with health behavior among adult internet users*. Journal of Medical Internet Research. 18 (7). Consultado em novembro, 2016, através de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4969548/>
- NIMROD, G. (2010). *The fun culture in seniors' online communities*. The Gerontologist (Oxford University Press) Vol. 51(2), p. 226-237. Consultado em janeiro, 2017, através de <https://academic.oup.com/gerontologist/article/51/2/226/592580/The-Fun-Culture-in-Seniors-Online-Communities>
- ORAVEC, J. (2001). *On the "proper use" of the Internet: self-help medical information and online health care*. Journal of health & social policy. 14 (1) p. 37-60
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?*. Relatório de Primavera 2015. Consulta em dezembro, 2015, através de <http://www.opss.pt/node/485>
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016). *Saúde. Procuram-se novos caminhos*. Relatório de Primavera 2016. Consulta em janeiro, 2016, através de <http://www.opss.pt/node/488>
- OREM, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6th edition). St. Louis: Mosby.
- OSBORN C., MARSHALL, M. (1993). *Self-feeding performance in nursing home residents*. J Gerontol Nurs. 19 (3), p. 7-14. Consultado em maio, 2016, através de <http://www.healio.com/nursing/journals/jgn/1993-3-19-3/%7B614a471b-1bc9-45c5-b4ea-d55c9f78116e%7D/self-feeding-performance-in-nursing-home-residents>
- PEIXOTO, M.J. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador - programa de intervenção estruturado*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Tese de Doutoramento.

- PEREIRA, M. (2012). *A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado.
- PEREIRA, S. (2014). *Formulário de avaliação da dependência no autocuidado - versão reduzida*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.
- PRYOR, J. (2009). *Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing*. International Journal of Older People Nursing. 4 (2), p. 79-88. Consultado em junho, 2016, através de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2008.00148.x/abstract>
- PETRONILHO, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- PETRONILHO, F. (2010). *A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam no seu seio um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura*. Revista de Investigação em Enfermagem. Fev., p.43-58.
- PETRONILHO, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau Editora.
- PETRONILHO, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- PHANEUF, M. (2001). *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, Coleção Enfermagem.
- PINTO, A. (2007). *Sete Lições Sobre Educação de Adultos*. 15.^a Edição. São Paulo. Cortez Editora
- POLIT, D., HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.^a edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- POLIT, D., BECK, C., HUNGLER, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5.^a Edição. São Paulo: ArtMed, 2004.
- PUERARI, V. (2011). *Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após o acidente vascular encefálico*. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado.
- RESENDE, A. (2009). *Alimentar no final da vida - transição do familiar cuidador para recusa alimentar*. Universidade Aberta, Lisboa. Dissertação de Mestrado
- RIBEIRO, O., PINTO, C., REGADAS, S. (2014). *A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV, n.º 1, fevereiro 2014. Consultado em outubro, 2016, através de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a04.pdf>
- RIBEIRO, O., PINTO, C. (2014). *Caracterização da Pessoa Dependente no Autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 32 (1), p. 27-36. Consultado em junho, 2016, através de <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2014/pdfs-vol1/v32n1a05%20-%20Caracterizacao%20da%20pessoa.pdf>

- RICHARD A., SHEA K (2011). *Delineation of self-care and associated concepts*. J. Nur. Scholarship. 43 (3), p. 255-264. Consultado em junho, 2016, através de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21884371>
- ROACH, S. (2003). *Introdução à enfermagem gerontológica*. Editora Guanabara-Koogan
- ROPER, N., LOGAN, W., TIERNEY, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. 1.ª Edição. Climepsi Editores
- ROTONDI, A. et al. (2007). *A Qualitative Needs Assessment of Persons Who Have Experienced Traumatic Brain Injury and Their Primary Family Caregivers*. Journal of Head Trauma Rehabilitation. 22 (1), p.14-25.
- SANTOS, C., JANUÁRIO, J. (2013). *Ingestão via oral: disfagia e outras complicações respiratórias*. Comunicação Livre. Fórum Internacional de Cuidados de Saúde ao Domicílio. Novembro 2013, Coimbra.
- SCHUMACHER, K., MELEIS, A. (1994). *Transitions a central concept in nursing*. Journal of Nursing Scholarship, 26 (2), p. 119-127.
- SCHUMACHER, K. et al. (2000). *Family caregiving skill: development of the concept*. Research in Nursing & Health, 23(3), p.191-203.
- IMAGINÁRIO, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- SEÇKIN, G. et al. (2016). *Being an Informed Consumer of Health Information and Assessment of Electronic Health Literacy in a National Sample of Internet Users: Validity and Reliability of the e-HLS Instrument*. Journal of Medical Internet Research, 18 (7). Consultado em novembro, 2016, através de <https://www.jmir.org/2016/7/e161/>
- SEQUEIRA, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- SEQUEIRA, C. (2010). *Cuidar de Idoso com Dependência Física e Mental*. Lousã: Lidel.
- SEQUEIRA, E. (2011). *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Dissertação de Mestrado
- SHYU, Y. (2000). *The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: Taiwanese sample*. Journal of Advanced Nursing, 32(3), p.619-625. Consultado em junho, 2016, através de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01519.x/abstract>
- SHYU, Y. et al. (2008). *A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers*. Journal of Clinical Nursing. 17(8), p. 2497-2508. Consultado em junho, 2016, através de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02450.x/abstract>
- SIDANI, S. (2011). *Self-care*. In D. Doran, *Nursing outcomes: the state of science* (p. 131-200). Massachusetts: Jones & Barlett Publishers.
- SIEBENS, H. et al. (1986) *Correlates and Consequences of Eating Dependency in Institutionalized Elderly*. Journal of the American Geriatrics Society. 34, p. 192-198. Consultado em setembro, 2016, através de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3950287>

SILVA, A. (2007). *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Rev. Servir, 55 (1-2), p. 11-20. Consultado em maio, 2016, através de

SILVA R. (2007). *A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea*. Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), 19 (1), p.123-130. Consultado em maio, 2016, através de <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v19n1/13.pdf>

SILVA, U., TANAKA. O. (1999). *Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde*. Rev. Esc. Enf. USP. 33 (3), p. 207-216. Consultado em junho, 2016, através de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n3/v33n3a01.pdf>

SOUSA, L., FIGUEIREDO, D., CERQUEIRA, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.

TAVARES, M., SOUZA, S. (2012). *Os idosos e as barreiras de acesso às novas tecnologias de informação e comunicação*. CINTED-UFRGS. Vol 10(1), p. 1-7. Consultado em janeiro, 2017, através de <http://www.seer.ufrgs.br/renote/article/viewFile/30915/19244>

TOMEY, A., ALLIGOOD, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5.ª edição. Loures: Lusociência.

WALD, H., DUBE, C., ANTHONY, D. (2007). Untangling the Web--the impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship. - *In Patient Educ Couns*. Vol. 68(3): p. 218-24

WORDPRESS [Em linha]. Consultado em julho, 2016, através de <https://wordpress.com>

WRIGHT, L., LEAHEY, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3.ª Edição. São Paulo: Roca

WHO/ OPAS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília. Consultado em julho, 2016, através de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

WHO (2009). *Self-care in the context of primary health care: report of the regional consultation*. Bangkok; 7-9 January. Consultado em julho, 2016, através de www.searo.who.int/entity/primary_health_care/.../sea_hsd_320.pdf

WHO (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization. Consultado em julho, 2016, através de <http://www.who.int/>

Xie, B. (2007). *Information technology education for older adults as a continuing peer-learning process: A Chinese case Study*. Educational Gerontology. Vol 33(5), p. 429-450. Consultado em janeiro, 2017, através de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601270701252872>

8. ANEXOS

ANEXO I - Ferramenta Tecnológica Interativa - Alimentação por Via Oral

DOMÍNIO 1 - Introdução

(informação na introdução ao tema)

ALIMENTAÇÃO POR VIA ORAL

com a abordagem desta temática pretende-se responder às questões:

- Como devo alimentar o meu familiar?
- Como posso prevenir e resolver as complicações que possam surgir?

A informação disponível é um complemento às recomendações transmitidas pelo seu enfermeiro.

Recomendamos que deva consultar toda a informação disponível relativa a este tema.

Parâmetro da Ferramenta Tecnológica Interativa
A alimentação por via oral consiste em levar e colocar alimentos sólidos ou líquidos na boca.
Quando o seu familiar deixa de conseguir iniciar e finalizar sozinho esta tarefa, torna-se necessária a ajuda de alguém para se alimentar.
Desta forma, pretende-se que o seu familiar receba os nutrientes necessários ao bom funcionamento do seu organismo (substâncias alimentares necessárias à manutenção da vida - proteínas, gorduras, hidratos de carbono, vitaminas, minerais, fibras e água) e consiga assegurar o seu bem-estar.
Apesar da limitação do seu familiar para se alimentar, é fundamental envolvê-lo e incentivá-lo a participar em todo o processo para que consiga ser o mais autónomo possível. Estimule a autoconfiança do seu familiar.
'Ajudar' não significa 'substituir'. Ajude o seu familiar e só o substitua nas atividades que ele não consiga realizar.

DOMÍNIO 2 – Dentição

Parâmetro da Ferramenta Tecnológica Interativa
A principal função dos dentes é mastigar os alimentos. A língua ajuda a envolver e guiar o alimento e influencia o paladar.
Se o seu familiar tiver prótese dentária, esta deve estar segura e bem adaptada, sem causar dor ou desconforto. Esteja atento à existência de feridas na boca, pois podem impedir ou tornar dolorosa a alimentação.
A colocação da prótese durante o dia permite dar forma à boca e facilita a mastigação.
É fundamental uma boa higiene da boca do seu familiar após as refeições (dentes, língua e parte interna da boca), bem como da prótese dentária, caso utilize. Se necessitar da sua ajuda nesta tarefa, incentive-o a fazer movimentos em círculos na face externa e interna dos dentes, movimento em vai-vém na parte posterior (zona da mastigação) e movimento único de trás para a frente na língua.

DOMÍNIO 3 – Necessidades Nutricionais

Parâmetro da Ferramenta Tecnológica Interativa
Os hidratos de carbono, proteínas, gorduras, fibras, vitaminas e minerais e a água existentes nos alimentos asseguram o bom funcionamento do organismo e fornecem energia necessária para a realização das várias atividades do dia-a-dia.
Dependendo das doenças que o seu familiar possui pode ser necessário adaptar a sua alimentação tendo em conta as recomendações do seu médico ou enfermeiro.

O nosso corpo precisa de mais de 40 nutrientes diferentes e não há nenhum alimento que por si só os tenha na totalidade. Por isso, devemos variar o tipo de alimentos alterando, por exemplo, o tipo de fruta ou legumes que comemos ao longo do dia.

As PROTEÍNAS têm uma função 'construtora' no nosso organismo, pois são fundamentais no crescimento e na formação das nossas células. A ingestão deste nutriente é fundamental e, dependendo da condição clínica do seu familiar, pode até ser necessário ajustar a dose recomendada, aumentando ou diminuindo o teor de proteínas na alimentação. A falta de proteínas pode resultar em atrofiamento dos músculos, atraso intelectual e dificultar a cicatrização das feridas. Exemplos: carne, peixe, ovo, leite...

Os HIDRATOS DE CARBONO constituem um nutriente essencial na alimentação pois são a principal fonte de energia para o organismo. A falta de hidratos de carbono na alimentação pode provocar fraqueza, fadiga dos músculos e diminuir a capacidade intelectual. Exemplos: arroz, massa, batata, feijão, pão...

O consumo de cereais, frutas e legumes (ricos em **FIBRAS**) deve ser incentivado para o bom funcionamento do intestino. Estes nutrientes têm função de regular o trânsito intestinal e diminuir o risco de obesidade.

As GORDURAS desempenham função energética e fazem parte também do processo de formação das nossas células. Podem ser de origem animal (manteiga) ou vegetal (azeite). Deve manter-se a ingestão de ácidos gordos essenciais, como o ômega 6 (nozes, castanhas, sementes e óleo de soja, girassol e milho) e ômega 3 (óleos de linhaça, salmão, arenque, sardinha e algas) e evitar o consumo de gorduras saturadas (manteigas, fritos, bolos...)

VITAMINAS/MINERAIS – O ferro, zinco, cálcio ou vitaminas D ou B, são essenciais numa alimentação variada. A manutenção saudável dos nossos ossos ou dentes e das defesas do nosso organismo é conseguida através destes nutrientes. Exemplos: laranja, cenoura, couve, lentilhas, nozes, laticínios...

A **ÁGUA** é a substância que existe em maior quantidade no nosso organismo. O seu papel é fundamental para regular as diferentes funções dos

nossos órgãos.

Os suplementos nutricionais são muitas vezes recomendados pelos médicos ou nutricionistas às pessoas que têm um maior risco de ficarem desnutridas. Têm uma quantidade elevada de proteínas e calorias, podem ter consistência líquida ou tipo pudim e diferentes sabores.

Recomendam-se refeições frequentes e em porções mais pequenas (4 a 6 por dia). Deve também ter em atenção uma vigilância frequente do peso do seu familiar. Se este estiver acamado, peça ajuda à equipa de saúde que o acompanha.

Sugestão de uma Ementa Saudável

Pequeno-almoço – Leite com cevada **ou** chá + pão **ou** tostas com fiambre/queijo magro

Meio da manhã – Peça de fruta + bolacha/meio pão

Almoço – Sopa + carne ou peixe cozido/grelhado/estufado com arroz e legumes + fruta

Lanche – Iogurte + bolacha/meio pão

Jantar – Sopa + peixe ou carne cozida/grelhada/estufada com massa e legumes + fruta

Ceia – Leite **ou** chá (evitar o chá preto) + bolacha



O tamanho dos diferentes grupos explica a percentagem que cada um deve ter na alimentação diária.

- Cereais e derivados, tubérculos - 28%
- Hortícolas - 23%
- Fruta - 20%
- Laticínios - 18%
- Carnes, pescado e ovos - 5%
- Leguminosas - 4%
- Gorduras e óleos - 2%
- Água (1,5 a 2L)

Parâmetro da Ferramenta Tecnológica Interativa

Devemos ter em atenção alguns aspetos:

- Comer alternadamente peixe e carne às refeições. Pode optar por carne ao almoço e peixe ao jantar (mais fácil para a digestão)
- A carne deve ser consumida em quantidade moderada e deve dar-se preferência às carnes brancas (peru, coelho ou frango)
- Os acompanhamentos (o arroz, a batata e a massa) devem ser alternados, não devem ser comidos em simultâneo. Todas as refeições devem ser acompanhadas por salada ou legumes e deve optar por comer também sopa sempre à refeição
- As sopas devem ser de legumes e o mais variadas possível
- A gordura de eleição para a confeção dos alimentos deve ser o azeite
- Dos tipos de confeção e de preparação dos alimentos devem ser preferidos os cozidos e grelhados
- Deve-se reduzir a quantidade de sal nos cozinhados , utilize outros temperos como as ervas aromáticas
- Comer fruta à sobremesa, o mais variada possível (crua, cozida ou assada).

DOMÍNIO 4 – Hidratação

Parâmetro da Ferramenta Tecnológica Interativa

A água é essencial para permitir o bom funcionamento de todos os órgãos. As recomendações diárias para a ingestão de água são, se não

<p>houver contraindicação médica (nomeadamente por doença do coração ou rins), de aproximadamente 30mL por cada kg de peso corporal ou, em média, cerca de 1,5L a 2L de água por dia (6-8 copos).</p>
<p>Deve evitar dar ao seu familiar refrigerantes, pois contêm muito açúcar.</p>
<p>É importante ter em atenção que os idosos podem não ter sensação de sede e não ter vontade de beber</p>
<p>Uma das principais causas pelas quais as pessoas idosas recorrem ao serviço de urgência deve-se à desidratação. A febre, a diminuição do consumo de líquidos, alteração na função dos rins ou a toma de alguns medicamentos, são fatores que podem conduzir à desidratação. Formação de pedra nos rins, infeções urinárias, prisão de ventre, tensões baixas e alterações na pele são alguns dos problemas que mais frequentemente advêm de um baixo consumo de água.</p>
<p>Com o tempo mais quente, o risco de desidratação é ainda maior. Torna-se ainda mais importante a hidratação adequada do seu familiar. Deve fornecer-lhe líquidos em intervalos regulares, mediante a indicação do seu médico ou enfermeiro.</p>
<p>Um compromisso na capacidade de engolir adequadamente líquidos pode acabar por conduzir a um consumo inferior às necessidades do organismo. Com estratégias como a utilização de água gelificada e gelatina ou a adição de espessantes nos líquidos, consegue-se uma alteração da consistência conforme a necessidade do seu familiar, prevenindo o engasgamento. O espessante pode ser adquirido em qualquer farmácia.</p>

DOMÍNIO 5 – Alimentação pela boca

<p>Parâmetro da Ferramenta Tecnológica Interativa</p>
<p>O momento da refeição deve ser calmo e agradável, num espaço limpo e longe de odores desagradáveis e a apresentação da refeição deve ter</p>

um aspeto agradável. A temperatura dos alimentos deve ser adequada, de forma a evitar queimadura.
Deve posicionar o seu familiar ou ajuda-lo a posicionar-se em posição sentada ou com a cabeceira da cama elevada. Se a pessoa está na cama, deve estar sentada. Desta forma, no caso de acontecer um episódio de vômito ou regurgitação, impede-se a entrada de restos alimentares na via respiratória e pulmões.
Antes das refeições, pode e deve permitir e incentivar a lavagem das mãos do seu familiar
Para que seja mais fácil para o seu familiar, poderá cortar e organizar os alimentos no prato de forma a que ele consiga vê-los e ingeri-los sem dificuldade
Deve respeitar o ritmo do seu familiar enquanto mastiga e engole os alimentos. Se necessário, caso detete que alguns alimentos ficam retidos na boca, pode tentar massajar a face com movimentos circulares de baixo para cima, pedindo para que ele os engula.
Deve oferecer água frequentemente ao seu familiar (ao longo da refeição e nos restantes períodos durante o dia)
No final da refeição, é importante lavar ou ajudar o seu familiar a lavar os dentes e a boca
Deverá manter o seu familiar em posicionamento sentado até 30 minutos após o final da refeição (ajudá-lo a reposicionar-se, se necessário). Mesmo após este período, deve optar por deixar a cabeceira ligeiramente elevada.

DOMÍNIO 6 – Alteração da Deglutição

Parâmetro da Ferramenta Tecnológica Interativa
A disfagia é uma alteração da capacidade de engolir e pode ter diversas origens. Pode ser resultante de doenças que afetam o cérebro (ex.: AVC, Alzheimer, Parkinson...), de alterações que afetem as estruturas envolvidas no ato de engolir, de alterações emocionais ou resultantes do

próprio processo do envelhecimento (ex.: perda de massa muscular, alterações da boca e dentes, diminuição do paladar e do olfato...).




Os principais sinais e sintomas que indicam que existe uma alteração na capacidade de engolir são:

- Tosse ou engasgamento com algum alimento ou com a própria saliva
- Sensação de falta de ar, aumento da expetoração (e geralmente audível, tipo gorgolejo)
- Refluxo gástrico (quando o conteúdo alimentar retorna ao esófago e à boca)
- Dificuldade em mastigar ou manter o alimento na boca
- Insegurança ou ansiedade no momento da refeição
- Recusa alimentar

Se o seu familiar apresentar algum destes sinais ou sintomas não o deve alimentar. Se a situação ainda assim se mantiver, deve consultar o enfermeiro ou médico da sua unidade de saúde .

Adequar a textura e consistência dos alimentos sólidos e líquidos de acordo com a situação do seu familiar é fundamental para que seja possível prevenir complicações.

TIPO DE CONSISTÊNCIAS (Adaptado NDD, 2002 – National Dysphagia Diet)

SÓLIDO	LÍQUIDO	
<p>TEXTURA MACIA</p> <p>Os alimentos devem ser naturalmente macios ou devem ser cozidos ou triturados para alterar a sua textura</p>	<p>CONSISTÊNCIA TIPO NÉCTAR (líquido espessado)</p> <p>Pode ser bebido com ajuda de palha ou diretamente do copo</p>	
<p>TEXTURA MOÍDA E HÚMIDA</p> <p>Os alimentos são macios e húmidos, facilmente amassados com o garfo. Os grumos/pedaços são lisos e redondos</p>	<p>CONSISTÊNCIA TIPO MEL (pastoso fino)</p> <p>Não pode ser bebido com palha, deve ser bebido diretamente do copo</p>	
<p>TEXTURA PURÉ</p> <p>Os alimentos são lisos, homogêneos, sem grumos ou pedaços</p>	<p>CONSISTÊNCIA TIPO PUDIM (pastoso grosso)</p> <p>Deve ser tomado com colher</p>	

DOMÍNIO 7 – Situações Especiais

Parâmetro da Ferramenta Tecnológica Interativa

O que fazer quando o seu familiar se recusa a comer ou beber?

- Perceber o que provoca a recusa
- Fazer uma pausa
- Distrair o seu familiar
- Não insistir, pressionar ou forçar
- Falar calmamente com o seu familiar
- Pedir ajuda de profissionais de saúde, se necessário

Existe algum tipo de equipamento que possa ajudar o seu familiar a ficar mais autónomo quando se alimenta? Qual ou quais? Como se utilizam?

Onde pode adquiri-los?

- As imagens seguintes ilustram alguns exemplos de equipamentos que podem colmatar algumas das necessidades do seu familiar, dependendo da(s) sua(s) dependência(s) quando se alimenta
- Adaptadores para talheres, base antiderrapante para o prato, copo adaptado, utensílio para abrir garrafas/latas ou prato com compartimentos são alguns dos exemplos que pode encontrar
- O seu enfermeiro poderá ajuda-lo a perceber como pode ensinar o seu familiar a utilizá-los.
- Estes equipamentos podem ser adquiridos em algumas farmácias, lojas com artigos de saúde/ortopédicos, empresas de materiais e ajudas técnicas

Equipamentos Adaptativos

Alimentar-se



Parâmetro da Ferramenta Tecnológica Interativa

A presença de vômito, tosse produtiva ou alterações da respiração, associadas a aumento de expetoração e sensação de falta de ar ou a alteração do estado de consciência (exemplo: o seu familiar fica mais sonolento, pouco reativo...) são contraindicações para a alimentação pela boca

Em caso de detetar alguma destas alterações, deve contactar a Linha Saúde 24 ou o enfermeiro ou médico da Unidade de Saúde Familiar (USF) a que pertence

ANEXO II - Questionário de Satisfação

CONTRIBUTO DE UMA FERRAMENTA TECNOLÓGICA INTERATIVA NO SUPORTE A FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS DEPENDENTES COM COMPROMISSO NO AUTOCUIDADO ALIMENTAR-SE

Questionário de satisfação do familiar cuidador com a utilização da ferramenta tecnológica interativa

(Adaptado de Lumini, M.J.; Peres, H.; Martins, T., 2015)

Este questionário destina-se a avaliar a sua satisfação face à ferramenta tecnológica interativa. A sua opinião será de extrema importância para avaliar a adequabilidade do conteúdo e estrutura da ferramenta e a facilidade no acesso e navegação.

Solicitamos que assinale a resposta com um **X** no espaço que melhor expresse a sua opinião e, se pretender, poderá fazer comentários relativos a cada questão. Asseguramos que o conteúdo das respostas ao questionário terá um carácter confidencial.

Agradecemos a sua colaboração neste estudo.

1. Grupo I – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1.1. Idade:

1.2. Sexo: Feminino ____ Masculino ____

1.3. Nível de Escolaridade (anos completos com sucesso académico) _____

2. Grupo II – UTILIZAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS

2.1. Qual o seu grau de habilidade no uso de computador?

2.1.1. Quase nenhum ____

2.1.2. Pouco ____

2.1.3. Regular ____

2.1.4. Bom ____

2.1.5. Muito bom ____

2.1.6. Excelente ____

2.2. Utiliza frequentemente as novas tecnologias como recurso na pesquisa sobre cuidados de saúde? SIM ____ NÃO ____

2.3. Em média, quanto tempo despendeu com esta ferramenta?

2.3.1. Menos que 1 hora ____

2.3.2. De 1 a 4 horas ____

2.3.3. De 4 a 10 horas ____

2.3.4. Mais do que 10 horas ____

3. Grupo III – REAÇÃO GERAL DO UTILIZADOR

Selecione o número que mais adequadamente reflete a sua opinião sobre a utilização da ferramenta tecnológica interativa.

3.1. Reação geral

3.1.1. **Difícil de utilizar** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Fácil de utilizar**

3.1.2. **Aborrecido** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Interessante**

4. Grupo IV – ECRÃ

Selecione o número que mais adequadamente reflete a sua opinião sobre a utilização da ferramenta tecnológica interativa.

4.1. Letras do ecrã no computador

4.1.1. **Difícil de ler** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Fácil de ler**

4.2. Quantidade de informação exibida no ecrã

4.2.1. **Inadequada** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Adequada**

4.3. Sequência da informação

4.3.1. **Confuso** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Claro**

5. Grupo V - TERMINOLOGIA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Selecione o número que mais adequadamente reflete a sua opinião sobre a utilização da ferramenta tecnológica interativa.

5.1. Terminologia utilizada ao longo da ferramenta

5.1.1. Inconsistente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Consistente**

5.2. Recomendações para a alimentação

5.2.1. Confuso 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Claro**

6. Grupo VI – APRENDIZAGEM

Selecione o número que mais adequadamente reflete a sua opinião sobre a utilização da ferramenta tecnológica interativa.

6.1. Aprender a utilizar a ferramenta

6.1.1. Difícil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Fácil**

6.2. Explorar as diferentes funcionalidades

6.2.1. Difícil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Fácil**

7. Grupo VII – CAPACIDADE DA FERRAMENTA

Selecione o número que mais adequadamente reflete a sua opinião sobre a utilização da ferramenta tecnológica interativa.

7.1. Velocidade da ferramenta

7.1.1. Demasiado lenta 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Rápida o suficiente**

7.2. Considera a ferramenta fiável

7.2.1. Pouco 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Muito**

7.3. As falhas no sistema ocorrem...

7.3.1. Frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Raramente**

8. Grupo VIII – MANUAIS TÉCNICOS, GUIA DE NAVEGAÇÃO E AJUDA ONLINE

Selecione o número que mais adequadamente reflete a sua opinião sobre a utilização da ferramenta tecnológica interativa.

8.1. Terminologia utilizada no guia de navegação

8.1.1. Confusa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Clara**

8.2. Informação do guia

8.2.1. Confusa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Clara**

9. Grupo IX – MULTIMÉDIA

Selecione o número que mais adequadamente reflete a sua opinião sobre a utilização da ferramenta tecnológica interativa.

9.1. Qualidade das fotografias e imagens

9.1.1. Pouco nítida 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nítida

10. Detetou algum problema?

10.1. Sim ___ Qual? _____

10.2. Não ___

11. Existe alguma alteração que considere relevante aplicar na ferramenta?

11.1. Sim ___ Qual? _____

11.2. Não ___

12. Sente que a ferramenta foi uma mais-valia face às suas dúvidas sobre a alimentação do seu familiar?

12.1. Sim ___

12.2. Não ___

12.3. Face à sua resposta, explique sucintamente o porquê:

Obrigada pela colaboração!