



CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA CUIDADO DOMICILIAR APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CONSTRUCTION OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR HOME CARE AFTER ENCEPHALIC VASCULAR ACCIDENT: CASE REPORT

CONSTRUCCIÓN DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA PARA CUIDADO DOMICILIARIO DESPUÉS DE UN ACCIDENTE ENCEFÁLICO: RELATO DE EXPERIENCIA

Gabriela Galdini Saldan¹, Fernanda Sabini Faix Figueiredo², Fernanda Misawa³, Anderson da Silva Rêgo⁴, Maria Aparecida Salci⁵, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic⁶

RESUMO

Objetivo: relatar a construção de um *folder* educativo com orientações de enfermagem para o cuidado domiciliar de pacientes com incapacidades decorrentes do Acidente Vascular Encefálico. **Método:** estudo descritivo, tipo relato de experiência. A coleta dos dados foi realizada a partir de consultas a prontuários, dividida em três etapas: coleta das informações sociodemográficas e clínicas, levantamento dos problemas de enfermagem e elaboração do *folder*. **Resultados:** foram analisados 39 prontuários, a maioria dos pacientes era do sexo masculino e maior de 60 anos. Na etapa de levantamento dos problemas de enfermagem foram selecionados os cinco diagnósticos mais frequentes nesses pacientes e a partir deles foi construído o *folder*. **Conclusão:** foi possível realizar a descrição de cuidado domiciliar utilizando o *folder* como ferramenta didática, com potencial para ser utilizado na prática assistencial. **Descritores:** Acidente Vascular Encefálico; Educação em Saúde; Tecnologia Educacional; Cuidados de Enfermagem; Família.

ABSTRACT

Objective: to report the construction of an educational folder with nursing guidelines for the home care of patients with disabilities due to an encephalic vascular accident. **Method:** this is a descriptive study of experience report type. Data collection was carried out based on patient records, divided into three stages: collection of sociodemographic and clinical information, nursing problems survey and folder elaboration. **Results:** 39 records were analyzed. Most patients were male and over 60 years old. In the survey stage of the nursing problems, the five most frequent diagnoses in these patients were selected, and from them, the folder was built. **Conclusion:** it was possible to carry out the description of home care using the folder as a didactic tool, with the potential to be used in care practice. **Descriptors:** Stroke; Health Education; Educational Technology; Nursing Care; Family.

RESUMEN

Objetivo: relatar la construcción de un *folder* educativo con orientaciones de enfermería para el cuidado domiciliario de pacientes con incapacidades decurrentes del Accidente Vascular Encefálico. **Método:** estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia. La recolección de los datos fue realizada a partir de consultas a prontuarios, dividida en tres etapas: recolección de las informaciones socio-demográficas y clínicas, levantamiento de los problemas de enfermería y elaboración del *folder*. **Resultados:** fueron analizados 39 prontuarios, la mayoría de los pacientes era del sexo masculino y mayor de 60 años. En la etapa de levantamiento de los problemas de enfermería fueron seleccionados los cinco diagnósticos más frecuentes en estos pacientes y a partir de ellos fue construido el *folder*. **Conclusión:** fue posible realizar la descripción de cuidado domiciliario utilizando el *folder* como herramienta didáctica, con potencial para ser utilizado en la práctica asistencial. **Descriptores:** Carrera; Educación para la Salud; La tecnología Educativa; Los Cuidados de enfermería; Familia.

¹Enfermeira (egressa), Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: gabisaldan@gmail.com; ^{2,4}Enfermeiros, Mestrandos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: sabinifaix@hotmail.com; andersondsre@gmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: fermiss@bol.com.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: masalci@uem.br; ⁶Enfermeira, Professora Doutora, Curso de Graduação / Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: kikanovic2010@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas um problema de saúde pública mundial, que acarreta ameaças à saúde e ao desenvolvimento humano.¹ As DCNT correspondem a 63% dos óbitos ocorridos no mundo e no Brasil o percentual chega a 72%, destacando as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica.²

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 30% do total de mortes mundial.³ No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 32% dos óbitos.⁴ Elas constituem um dos principais distúrbios do coração e vasos sanguíneos, que incluem doença cardíaca coronária e acidente vascular cerebral (AVC).⁵

O AVC é uma das três maiores causas de morte no mundo e é a principal causa de incapacidade adquirida, sendo responsável por 5,7 milhões de mortes, 85% destas nos países em desenvolvimento.⁶ Essa patologia é considerada a principal causa de incapacidade física^{7,8}, gerando impacto social e econômico nas pessoas acometidas, além das mudanças na dinâmica familiar, que se torna a principal fonte de cuidado ao paciente.^{6,8}

Pelo menos dois terços dos sobreviventes do AVC tornam-se dependentes, principalmente para deambular, falar, sentir, tornando-se incapacitados para exercerem suas atividades habituais. Nesse contexto, é importante ressaltar que as famílias com pessoas acometidas por AVC, em geral, não possuem conhecimentos básicos adequados de como tratar, prevenir e promover a saúde mesmo com o agravamento.⁹

Após a alta hospitalar, a maioria das pessoas acometidas pelo AVC e sua família/cuidador continuam necessitando de acompanhamento e cuidados especiais individualizados. Para que haja a garantia da continuidade dos cuidados iniciados no âmbito hospitalar, é necessário que recebam orientações conforme as necessidades e incapacidades advindas da doença, sejam elas decorrentes do AVC ou de outra condição crônica, evitando, assim, complicações no quadro do paciente, proporcionando melhor qualidade de vida a todas as pessoas envolvidas no processo de cuidar.

Diante desse contexto, observa-se a necessidade de orientações mais sistematizadas pelos profissionais de saúde para o paciente e a família na alta hospitalar, que auxiliem nas rotinas do cuidado diário. A educação em saúde, através de tecnologias

educativas, como folhetos, cartilhas e folders, surge como instrumento de apoio às equipes de saúde, principalmente ao enfermeiro, que por meio de suas orientações favorece o incentivo às famílias na participação do cuidado e no processo de promoção e manutenção da saúde.¹⁰

Sendo assim, com o intuito de potencializar as habilidades de cuidado, tanto do paciente quanto do familiar e/ou cuidador, as tecnologias educativas necessitam ser criadas para que possam ser utilizadas como modelo assistencial de cuidado.¹¹ Portanto, o objetivo deste estudo é pautado em descrever a construção de um *folder* educativo com orientações de enfermagem para o cuidado domiciliar às pessoas com incapacidades decorrentes do AVC.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre o processo de elaboração de um *folder* educativo para o cuidado domiciliar de pacientes com incapacidades decorrentes do AVC, atendidos em um hospital universitário do estado do Paraná, Brasil.

A coleta dos dados para o desenvolvimento do *folder* foi realizada no serviço de prontuário do paciente - SPP, em um Hospital Universitário, entre os meses de setembro de 2013 e junho de 2014. Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes maiores de 18 anos internados com diagnóstico de AVC nos meses de janeiro a dezembro de 2012, nos setores de Pronto-Socorro, Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva - Adulto.

A pesquisa foi dividida em três etapas: a primeira correspondeu à coleta das informações sociodemográficas e clínicas, a segunda ao levantamento dos problemas de enfermagem e a terceira caracterizou-se pela elaboração do *folder*.

Para a primeira etapa, foram coletados dados dos prontuários dos pacientes acometidos pelo AVC, sendo utilizado um formulário estruturado, elaborado pelos próprios pesquisadores. Nesse formulário compreendeu-se a coleta de variáveis sociodemográficas e de identificação: nome, sexo, idade, raça, profissão, nível de escolaridade. E as correspondentes a dados clínicos foram: morbidades e fatores de risco: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tipo de alimentação, tabagismo e etilismo, como também a data do evento e principais queixas da doença, tratamento realizado, tempo de internação, complicações ou sequelas.

A segunda etapa foi realizada a partir da análise das evoluções de enfermagem, que foram desenvolvidas na primeira e última semana de internação com a finalidade de levantar os problemas de enfermagem mais frequentes que foram identificados nos pacientes com AVC durante sua internação. Por meio dos problemas levantados, foram identificados os diagnósticos de enfermagem utilizando os sistemas de classificação à taxonomia de North American *Nursing Diagnosis Association* (NANDA)¹² e para as intervenções de enfermagem, utilizou-se a Classificação das Intervenções de Enfermagem - *Nursing Intervention Classification* (NIC)¹³.

A terceira e última etapa foi a construção da tecnologia educativa contendo as orientações de enfermagem sobre o cuidado domiciliar para o paciente com AVC. Os cuidados e as orientações que compuseram o *folder* foram obtidos a partir da análise dos dados levantados nos prontuários na primeira e segunda etapa do estudo.

Nessa última etapa, foi elaborado um modelo piloto, o qual foi encaminhado para quatro avaliadores, sendo eles docentes, doutores em enfermagem e com experiência na área do cuidado ao indivíduo adulto hospitalizado. O objetivo era que os profissionais avaliassem o conteúdo e sugerissem mudanças ou adequações de acordo com a realidade e aplicabilidade do mesmo para as famílias. As solicitações dos avaliadores, que se mostraram pertinentes, foram acatadas e alteradas, o que permitiu a elaboração do modelo final.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com os preceitos éticos

disciplinados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, e recebeu parecer favorável (CAAE: 17990613.1.0000.0104) (Processo n. 352.376/2013) e dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dentre os 39 prontuários analisados, identificou-se que a grande maioria dos pacientes internados com diagnóstico de AVC era do sexo masculino (58,9%), a maior parte (79,48%) encontrava-se na faixa etária dos 60 anos ou mais e 69,2% eram casados. O tempo médio de internação desses pacientes foi de 9,2 dias e a maioria foi diagnosticada com o AVC do tipo isquêmico (84,8%), sendo a hipertensão arterial (85,2%), seguida do tabagismo (38,2%), os fatores de risco mais prevalentes para o AVC, de acordo com os prontuários analisados.

Após a caracterização dos pacientes com AVC, iniciou-se a análise das evoluções de enfermagem, buscando a identificação dos problemas de enfermagem. Após esse levantamento, 20 diagnósticos de enfermagem foram identificados por meio dos sistemas de classificação da taxonomia de NANDA¹² e para classificação das intervenções de enfermagem utilizou-se a NIC¹³ (Figura 1).

Domínios*	Diagnóstico*	Intervenção**
Nutrição	Deglutição prejudicada	• Explicar as razões do regime; • Ajudar o paciente a sentar-se ereto; • Proporcionar / monitorar a consistência dos alimentos; • Orientar paciente a abrir e fechar a boca para se alimentar; • Ajudar paciente hemiplégico a sentar-se com o braço afetado reto sobre a mesa.
	Nutrição desequilibrada	• Determinar as preferências alimentares do paciente; • Encorajar maior ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e estilo de vida; • Oferecer ao paciente bebidas de consumo fácil e alimentos nutritivos; • Proporcionar a escolha dos alimentos; • Pesar o paciente em intervalos adequados.
Eliminação e Troca	Volume de líquido deficiente / excessivo	• Pesar diariamente e monitorar tendências; • Monitorar o estado de hidratação (ex.: mucosas úmidas, pulsos adequados e pressão sanguínea); • Oferecer líquidos conforme apropriado; • Contar ou pesar fraldas, conforme apropriado; • Monitorar sinais vitais.
	Incontinência urinária	• Proporcionar privacidade durante a eliminação; • Oferecer roupas protetoras se necessário; • Higienizar a área da pele dos genitais; • Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor; • Limitar os líquidos para duas ou três horas antes de

		dormir, conforme apropriado.
	Eliminação urinária prejudicada	• Monitorar ingestão e a eliminação; • Realizar sondagem de alívio devido a resíduo urinário; • Estimular a bexiga reflexa, aplicando frio no abdome, massageando a parte interna da coxa ou deixando correr água; • Oferecer tempo suficiente para o esvaziamento da bexiga (10 minutos); • Monitorar os efeitos dos medicamentos prescritos, como bloqueadores do canal de cálcio e anticolinérgicos.
	Constipação	• Monitorar ruídos hidroaéreos; • Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor; • Avaliar o perfil medicamentoso quanto a efeitos colaterais gastrointestinais; • Identificar os fatores (ex.: medicamentos, repouso no leito e dieta); • Encorajar o aumento da ingestão de líquidos e dieta rica em fibras.
Atividade/ repouso	Incontinência intestinal	• Avaliar o conteúdo nutricional da dieta; • Observar o turgor da pele; • Monitorar a pele na área perianal quanto à irritação e formações de úlceras; • Ensinar o paciente a eliminar da dieta alimentos formadores de gases e muito temperados; • Registro da cor, volume, frequência e consistência das fezes.
	Mobilidade física prejudicada	• Empregar as atividades motoras que exijam atenção e uso dos dois lados do corpo; • Ajudar o paciente a elaborar metas realistas referentes à movimentação; • Dar reforço positivo aos esforços do paciente, incentivar; • Vestir o paciente com roupas folgadas; • Encorajar o paciente a praticar exercícios com independência.
	Deambulação prejudicada	• Auxiliar pacientes a usarem calçados que facilitem a deambulação e evitem lesões; • Encorajar deambulação independente dentro de limites seguros; • Ajudar o paciente na deambulação inicial e conforme necessidade; • Providenciar uma cama de altura baixa, conforme apropriado; • Oferecer dispositivo auxiliar (bengala, andador ou cadeira de rodas) se o paciente estiver instável.
	Padrão respiratório ineficaz	• Monitorar a ocorrência de respiração ruidosa; • Monitorar secreções respiratórias do paciente; • Monitorar rouquidão e mudança na voz; • Instituir tratamento terapêutico respiratório (ex.: nebulizador) se necessário; • Usar travesseiro como apoio do paciente na posição escolhida.
	Padrão de sono perturbado	• Adaptar o ambiente (iluminação, ruído, temperatura, colchão e cama) para promover o sono; • Orientar o paciente a evitar alimentos e bebidas na hora de dormir que interfiram no sono; • Ajustar o horário de administração de medicamentos em apoio ao ciclo de sono / vigília do paciente; • Implementar medidas de conforto, como massagem, posicionamento e toque afetivo; • Ajudar o paciente a limitar o sono durante o dia, proporcionando atividades que promovam o estado acordado, conforme apropriado.
	Débito cardíaco diminuído	• Orientar o paciente e a família sobre a restrição à progressão das atividades; • Promover a redução de estresse; • Monitorar sinais vitais com frequência; • Orientar o paciente sobre a importância de informar imediatamente qualquer desconforto no peito; • Reconhecer a presença de alterações na pressão sanguínea.
Percepção / Cognição	Comunicação verbal prejudicada	• Ouvir com atenção; • Oferecer lembretes / sugestões verbais; • Dar esforço positivo e elogios; • Reforçar a necessidade de acompanhamento com fonoaudiólogo após a alta; • Usar figura se adequado.

Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	Confusão aguda	• Providenciar um cenário privado e neutro para a conversa; • Oferecer orientações ao longo do processo; • Usar uma variedade de técnicas de comunicação; • Manter a própria neutralidade durante o processo.
	Percepção sensorial perturbada: visão	• Identificar-se ao entrar no espaço do paciente; • Observar a reação do paciente à visão diminuída (depressão, retraimento e negação); • Informar o paciente sobre onde localizar o rádio, os livros, objetos em geral etc.; • Não mudar o lugar dos objetos no quarto do paciente sem informá-lo; • Aceitar a reação do paciente à visão diminuída.
	Memória prejudicada	• Dar oportunidade para uso da memória de eventos recentes, como questionar o paciente sobre um passeio recente. • Proporcionar memória de reconhecimentos de fotos e gravuras; • Estimular a memória pela repetição do último pensamento que o paciente expressou; • Recordar experiências passadas com o paciente; • Dar oportunidade para a concentração como uso de jogos de combinação de pares de carta, conforme apropriado.
	Ansiedade / tristeza	• Iniciar as precauções necessárias para salvaguarda do paciente (suicídio, autoagressão, violência); • Auxiliar no autocuidado se necessário; • Auxiliar o paciente a extravasar seus sentimentos de forma adequada; • Monitorar o paciente quanto a efeitos secundários dos medicamentos e seus impactos no humor; • Auxiliar o paciente a identificar os aspectos precipitadores de seu mau humor; • Monitorar o estado físico do paciente, peso e hidratação.
Segurança / Proteção	Risco de infecção	• Assegurar o emprego da técnica adequada nos cuidados das lesões; • Estimular o repouso; • Orientar o paciente sobre técnicas adequadas de lavagem das mãos; • Ensinar ao paciente e familiar como evitar infecção; • Limitar números de visitas.
	Risco de quedas	• Revisar o histórico de quedas com o paciente e a família; • Monitorar o modo de andar, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação; • Auxiliar a pessoa sem firmeza na deambulação; • Colocar os objetos pessoais ao alcance do paciente; • Monitorar a capacidade de transferir-se da cama para cadeira e vice-versa; • Evitar acúmulo de objetos no assoalho; • Providenciar iluminação noturna junto ao leito.
	Integridade da pele prejudicada	• Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem; • Monitorar a pele quanto ao ressecamento e humidade; • Monitorar o aparecimento de fontes de pressão e atrito; • Orientar os familiares/cuidadores sobre os sinais de degradação da pele; • Examinar as roupas quanto à compreensão.
Conforto	Dor aguda	• Proporcionar uma atmosfera de apoio; • Evitar uma falsa tranquilização; • Encorajar o paciente a concentrar-se em uma implicação de cada vez; • Planejar, com os pacientes, habilidades de enfrentamentos adaptadas que possam ser empregadas para lidar com futuras crises; • Avaliar com o paciente se a crise foi resolvida ou não com o rumo de ação escolhido.

Figura 1. Diagnósticos e intervenções de enfermagem de pacientes acometidos por AVC no ano de 2012 no hospital universitário de Maringá - HUM. Maringá (PR), Brasil, 2014.
*NANDA¹², **NIC¹³

De acordo com os diagnósticos de enfermagem e as intervenções realizadas, foram identificados os cinco diagnósticos mais frequentes identificados nos prontuários dos

pacientes com AVC (Tabela 1), os quais foram considerados para a elaboração do *folder* educativo.

Tabela 1. Diagnóstico de enfermagem mais frequente identificado nos prontuários dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral no ano de 2012, no Hospital Universitário de Maringá - HUM. Maringá (PR), Brasil (2014)

Domínio	Diagnósticos	Pacientes	
		n	%
Segurança / Proteção	Risco de infecções	39	100
Atividade Repouso	Mobilidade física prejudicada	26	66,6
Atividade Repouso	Deambulação prejudicada	24	61,53
Atividade Repouso	Deficit no autocuidado	24	61,53
Segurança / Proteção	Risco de quedas	20	51,38

A tecnologia educativa foi intitulada “Orientações domiciliares para cuidadores de pacientes com incapacidades decorrentes do AVC”, constituída de ilustrações, caracterizando os diagnósticos mais frequentes, e as orientações foram alocadas próximas às ilustrações que as relacionava,

com o intuito de facilitar a compreensão do conteúdo e tornar o material mais atrativo. Na Figura 1, podemos observar a tecnologia educativa elaborada com orientações para cuidados a pacientes com incapacidades decorrentes do AVC.

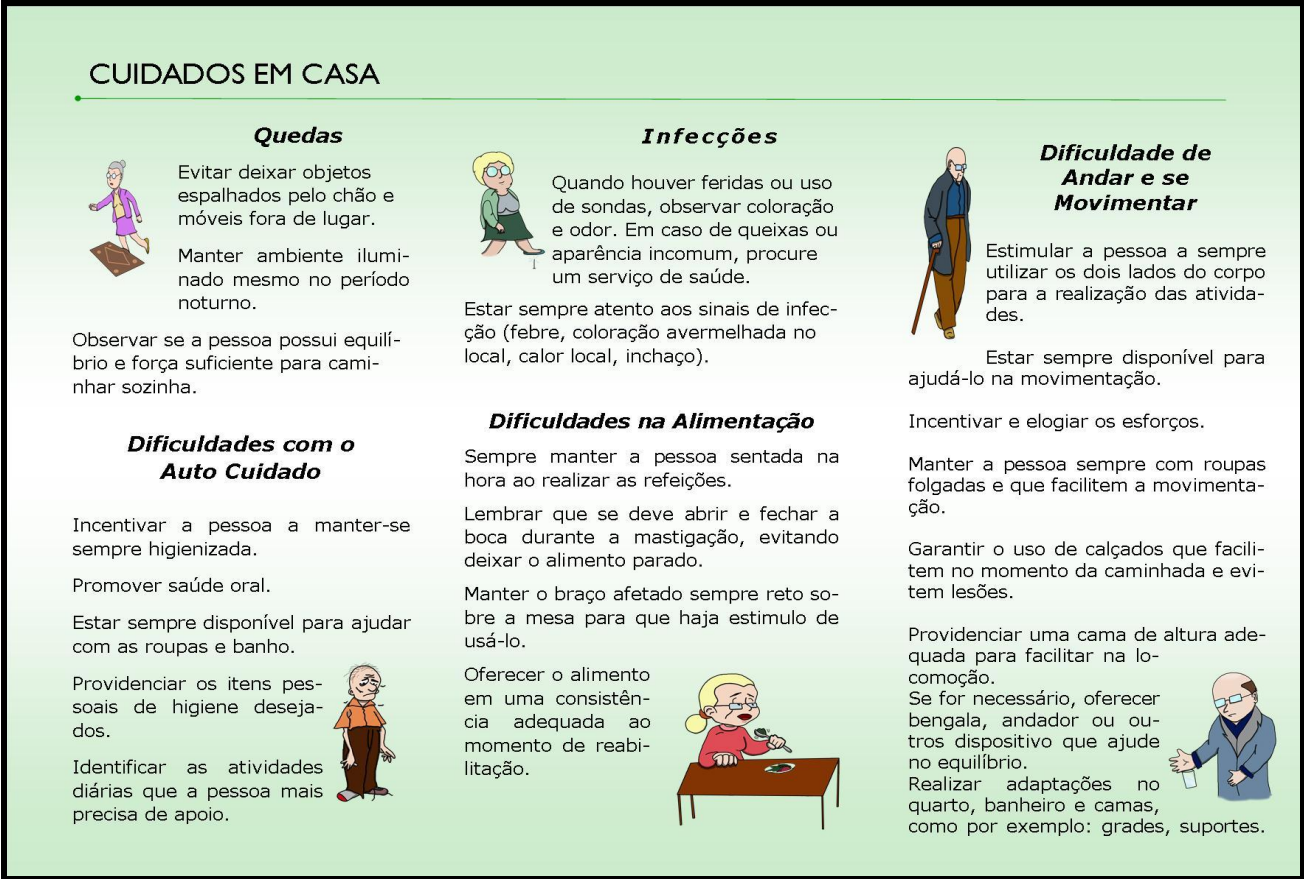


Figura 2. Tecnologia educativa com orientações para cuidados a pacientes com incapacidades decorrentes do AVC. Maringá (PR), Brasil (2014)

DISCUSSÃO

A tecnologia educativa foi elaborada com intuito de contribuir na relação entre paciente e cuidador, facilitar e proporcionar um cuidado de qualidade em domicílio e disponibilizar um material prático e fácil de ser consultado, reforçando as orientações verbais prestadas ainda em instituição hospitalar.¹¹⁻² É uma forma de garantir a comunicação entre profissional e paciente e/ou familiar/cuidador com a exposição das informações necessárias para o cuidado, pois as tecnologias educativas se constituem em ser uma fonte primordial para a continuidade ao conhecimento das práticas de saúde e auxiliam na tomada de decisões, respeitando os saberes e práticas e o contexto cultural das pessoas envolvidas.²⁸

Não obstante, o enfermeiro atua como facilitador intermediando o conhecimento através das tecnologias educativas para que o cuidado seja realizado de forma correta e segura.²⁹ Os *folders* são importantes métodos de fortalecer a participação popular na execução do autocuidado¹⁰ e necessitamos de mais profissionais criativos e com compromisso de criar e divulgar novas formas de ensinar e cuidar. Entretanto, sua construção partiu de dados que se constituíram em importantes evidências para a elaboração da tecnologia.

De acordo com os prontuários analisados, a maioria dos pacientes internados com diagnóstico de AVC era do sexo masculino e com idade superior a 60 anos, corroborando com estudos internacionais e nacionais¹⁴⁻⁶, em que a idade é um fator de risco para o AVC e outras doenças, sabendo-se que a pessoa idosa

é mais vulnerável a morbidades crônicas, reforçando a necessidade de ações em promoção, prevenção e recuperação da saúde.^{14,16}

Nesse contexto, a hipertensão arterial é uma das morbidades mais frequente em pessoas com incapacidades decorrentes do AVC¹⁴ e foi um dos fatores de risco mais prevalente neste estudo, o que pode contribuir para que novas políticas e ações em saúde possam ser criadas com o intuito de que os benefícios da redução e controle da pressão arterial para prevenção de eventos cardiovasculares e suas consequências sejam evidenciados.¹⁷

O tabagismo foi o segundo fator de risco mais prevalente neste trabalho, assemelhando-se a outros estudos¹⁴⁻⁵ realizados no Brasil. Pesquisa¹⁸ realizada com pacientes em atendimento de fisioterapia apontou associação entre o uso de tabaco com eventos cardiovasculares, reforçando que ações para a redução do consumo e programas de saúde para auxílio no processo de desuso da nicotina são benéficos, sabendo-se que o tabaco é uma das causas de morte evitáveis no mundo.¹⁹

O diagnóstico de enfermagem mais frequente foi o risco de infecção e pode ser referido como o diagnóstico mais prevalente em pacientes hospitalizados, em virtude de diversos fatores envolvidos no processo de hospitalização, requerendo ações preventivas que devem orientar as condutas da enfermagem no plano de cuidado. Ele está associado, entre outros, aos fatores relacionados ao tratamento (cirurgia, presença de vias invasivas e terapia medicamentosa).²⁰

Estudo realizado em unidades de reabilitação de pacientes acometidos pelo AVC também identificou a prevalência dos diagnósticos citados acima, seguida do diagnóstico de risco de queda (95,9%), mobilidade física prejudicada (90,1%) e deambulação prejudicada (85,1%).²¹ Nessa mesma unidade de reabilitação, outro estudo realizado com 37 indivíduos com AVC observou que o diagnóstico “risco de quedas” foi identificado em 100% dos participantes.²²

O diagnóstico “deglutição prejudicada” pode ser considerado um preditivo do diagnóstico de enfermagem de “risco de aspiração em pacientes com AVC” e a identificação dos fatores de risco para o diagnóstico risco de aspiração em pacientes com AVC é fundamental para a prevenção de complicações, redução do tempo de internação, mortalidade e custo hospitalar.²³⁻⁴

As incapacidades decorrentes do AVC variam conforme a localização da lesão vascular, do tempo de perfusão inadequada e da existência de circulação colateral. Os principais diagnósticos encontrados acarretam em perda de sensibilidade, força, movimentação e controle. Tais sequelas comprometem a autoestima e autoimagem do paciente, bem como sua interação com a família e a sociedade.²¹ A mobilidade está diretamente relacionada com a independência e suas atividades cotidianas²⁵, tornando-se, então, essenciais para a reabilitação completa dos pacientes. O cuidado à pessoa com incapacidades decorrentes do AVC pode gerar muitas dúvidas nos familiares, que podem causar sentimentos de sofrimento e dor, além de muitas dúvidas acerca do plano de cuidados e o restabelecimento da saúde e autonomia de seu familiar.²⁶

As intervenções de enfermagem da NIC são constituídas por título e definição que não podem ser alteradas por representarem uma linguagem padronizada, apresentam também as atividades que propõem as ações que devem ser executadas, as quais podem ser adaptadas proporcionando a individualização do cuidado.²⁷ Diante disso, algumas atividades selecionadas para a construção da tecnologia educativa foram adaptadas a uma linguagem acessível e de fácil compreensão, podendo ser utilizadas por qualquer população. O cuidado de enfermagem também deve ser pautado na educação em saúde por meio da orientação individual e direcionado às necessidades de cada pessoa¹⁹, e as tecnologias educativas são uma das maneiras de orientar a família e o paciente para o cuidado diário realizado no domicílio.

O cuidado domiciliar é uma prática comumente realizada pelos próprios familiares, que, por dúvidas em relação ao atual estado de saúde do familiar, falta de orientações em relação ao cuidado a ser prestado, o apoio social e a própria vivência com o familiar acometido pelo AVC, pode propiciar sobrecarga e estresse.⁶ Nesse contexto, considerando a necessidade de cuidado, a tecnologia educativa surge como ferramenta de educação em saúde e promoção da autonomia tanto do paciente quanto do familiar/cuidador.²⁸

CONCLUSÃO

A elaboração da tecnologia educativa a partir dos diagnósticos: risco de infecção, mobilidade física e deambulação prejudicada, deficit de autocuidado e risco de quedas elucida as reais necessidades de cuidado do paciente e facilita a compreensão do

familiar/cuidador quanto às práticas em saúde a serem realizadas.

A construção do *folder* é um processo que demanda conhecimento sobre o tema a ser proposto e experiência no cuidado que deve ser prestado. A metodologia empregada no estudo foi capaz de subsidiar o processo de construção do material educativo. Espera-se que este trabalho possa contribuir com outras pesquisas e que profissionais de saúde utilizem tecnologias educativas para a adoção de boas práticas de saúde pelas pessoas que enfrentam a condição de viver com incapacidades decorrentes do AVC, como também de sua família.

REFERÊNCIAS

1. Mengue SM, Tavares NUL, Costa KS, Malta DC, Júnior JBS. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015 [cited 2016 July 12];18(Suppl 2):192-203. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00192.pdf>
2. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Júnior JBS, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015 [cited 2016 July 12]; 18(Suppl 2): 3-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>
3. World Health Organization, [cited 2016 July 12]. Available from: <http://www.who.int>.
4. Brasil (BR), Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas [Internet]. [cited 2016 July 10]. Available from: <http://www.datasus.gov.br>.
5. Gawryszewski VP, Souza MFM. Mortality due to cardiovascular diseases in the Americas by region, 2000-2009. Sao Paulo Med J [Internet]. 2014 [cited 2014 Sept 10];132(2):105-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v132n2/1516-3180-spmj-132-02-00105.pdf>
6. Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, Brito SS. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2016 July 12];19(2):350-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0350.pdf>
7. Pereira RA, Santos EB, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2016 July 12];47(1):185-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1.pdf>
8. Vieira CPB, Fialho AVM, Almeida PC, Moreira TMM. Idosos com acidente vascular encefálico isquêmico: caracterização sociodemográfica e funcional. Rev Rene [Internet]. 2012; [cited 2014 Sept 18] 13(3):522-30. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/719/pdf>
9. Gurgel DA, Oliveira FP A, Salles HSA. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades. Revista Kairós Gerontologia [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 18]; 15(2):129-43. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13110/9639>
10. Benevides JL, Coutinho JFV, Pascoal LC, Joventino ES, Martins MC, Gubert FA, et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [cited 2016 July 12];50(2):306-12. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0309.pdf
11. Berardinell LM, Guesdes NA, Ramos JP, Silva MG. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2014 [cited 2016 July 12];22(5):603-9. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a04.pdf>
12. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5th ed. St. Louis: Mosby; 2010.
14. Costa JSD, Uebel R, Manenti ERF, Henn RL, Paniz VMV, Nunes MF, et al. Complicações da Síndrome Coronariana e de Acidente Vascular Encefálico em Estudo de Coorte. Int J Cardiovasc Sci [Internet]. 2015 [cited 2016 July 14];28(5):377-384. Available from: www.onlineijcs.org/exportar-pdf/445/v28n5a06.pdf
15. Nascimento PV, Jesus APS, Cunha EN, Rosário NCS, Guimarães ACG. Fatores de risco cardiovascular em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. Rev

enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2016 July 14];10(2):1007-15. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8997/pdf_9836

16. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* [Internet]. 2015 [cited 2016 July 14];385(9967):549-62. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanet/PIIS0140-6736\(14\)61347-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanet/PIIS0140-6736(14)61347-7.pdf)

17. He J, Zhang Y, Xu T, Zhão Q, Wang D, Chen CS, et al. Effects of immediate blood pressure reduction on death and major disability in patients with acute ischemic stroke: the CATIS randomized clinical trial. *JAMA* [Internet]. 2014 [cited 2016 July 14];311:479-89. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1778674>

18. Rodrigues ESR, Moreira RDF, Rezende AAB, Costa LD. Sedentarismo e tabagismo em pacientes com doenças cardiovasculares, respiratórias e ortopédicas. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2016 July 14];8(3):591-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3759/pdf_4696

19. Mattei AT, Arthur JP, Mantovani MF, Ulbrich EM, Cruz IML. Elaboração de protocolos para a alta hospitalar de pacientes hipertensos e diabéticos: relato de experiência. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014 [cited 2014 Sept 24];13(1):160-65. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20064/pdf_161

20. Seganfredo DH, Almeida MA. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 14];19(1):34-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_06.pdf

21. Oliveira SRA, Costa SGA, Moreira PR, Cavalcante FT, Araújo LT. Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/ exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev. enferm. UERJ*, 2012 [cited 2014 Sept 14];20(2):221-8. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4066/2859>

22. Moraes HCC, Holanda GF, Oliveira ARS, Costa AGS, Ximenes CMB, Araújo TL. Identificação do diagnóstico de enfermagem

“risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 14];33(2):117-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/17.pdf>

23. Cavalcante TF, Araújo TL, Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Silva VM. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de aspiração” em pacientes com acidente cerebrovascular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2014 Sept 14];21(spe):[about 9 screens]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_31.pdf

24. Oliveira ARS, Araújo TL, Carvalho EC, Costa AGS, Cavalcante TF, Lopes MVO. Construção e validação dos indicadores e suas definições para o resultado de enfermagem Estado da deglutição. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2016 July 14];23(3):450-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0377-2575.pdf

25. Bertencello KCG, Cavalcanti CDK, Ilha P. Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [cited 2014 Sept 24];15(4):905-14. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a07.pdf

26. Araújo JS, Silva SED, Conceição VM, Santana ME, Vasconcelos EV. “(De) Caring” As na obligation: caregivers social representation on caring for stroke victims. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 24];16(1):98-105. Available from: www.reme.org.br/exportar-pdf/506/v16n1a14.pdf

27. Mata LRF, Souza CC, Chianca TCM, Carvalho EC. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 24];46(6):1512-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/31.pdf>

28. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. *Rev RENE* [Internet]. 2014 [cited 2016 Agu 04];15(1):158-65. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1417/pdf>

29. Barros EJJ, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da

Saldan GG, Figueiredo FSF, Misawa F et al.

Construção de tecnologia educativa para cuidado...

complexidade. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Agu 04];33(2):95-101. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/14.pdf>

Submissão: 16/09/2016

Aceito: 03/01/2017

Publicado: 01/04/2017

Correspondência

Anderson da Silva Rego

Rua Mandaguari, 168

Ap. 08

Bairro Zona Sete

CEP: 87020-230 — Maringá (PR), Brasil