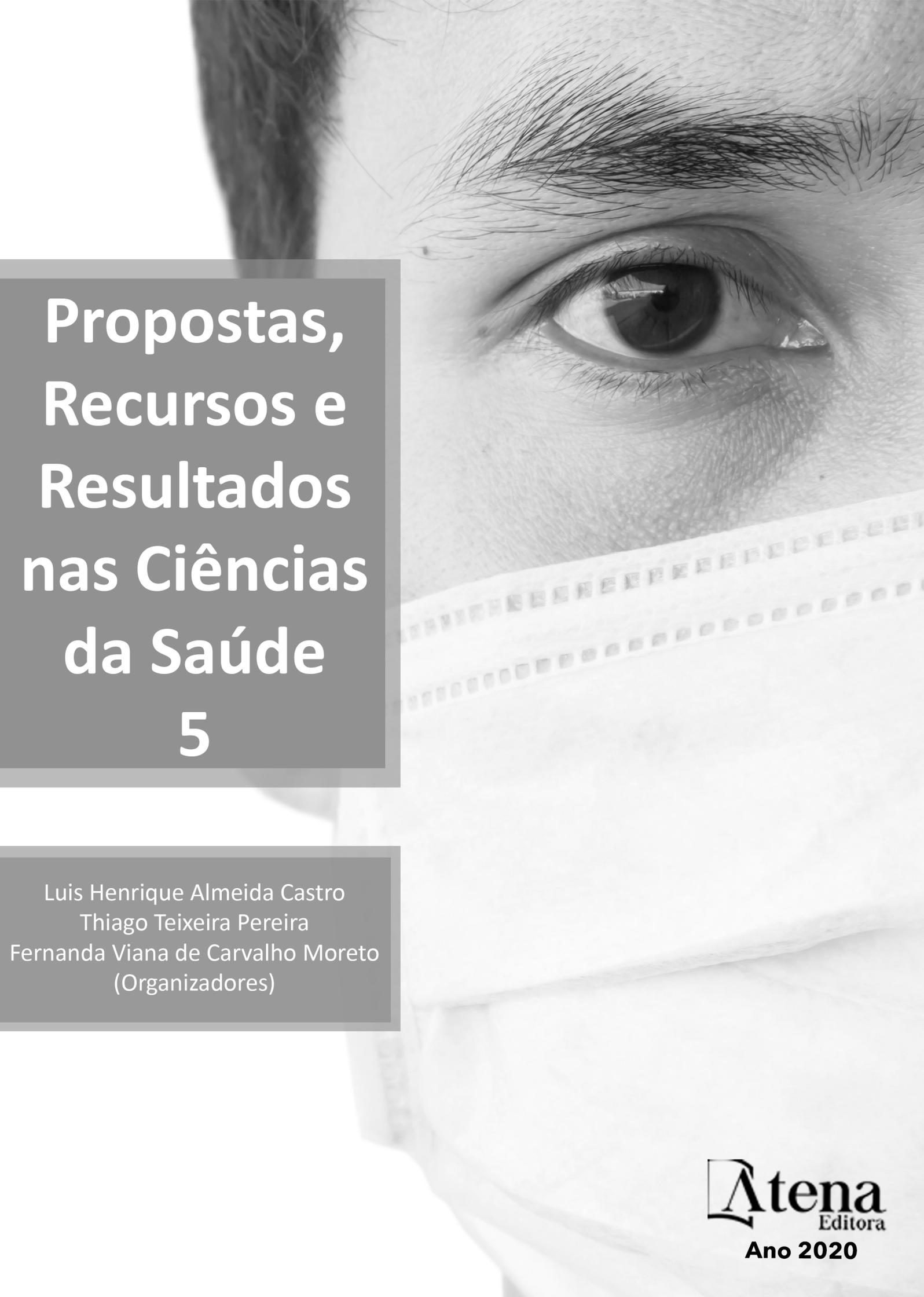


Propostas, Recursos e Resultados nas Ciências da Saúde 5

Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
(Organizadores)

 **Atena**
Editora
Ano 2020



**Propostas,
Recursos e
Resultados
nas Ciências
da Saúde
5**

Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Luiza Batista

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P965	<p>Propostas, recursos e resultados nas ciências da saúde 5 [recurso eletrônico] / Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Thiago Teixeira Pereira, Fernanda Viana de Carvalho Moreto. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-131-2 DOI 10.22533/at.ed.312202406</p> <p>1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Castro, Luis Almeida. II. Pereira, Thiago Teixeira. III. Moreto, Fernanda Viana de Carvalho.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Segundo Bachelard, “um discurso sobre o método científico será sempre um discurso de circunstância, não descreverá uma constituição definitiva do espírito científico”; considerando a amplitude dessa temática, uma obra que almeje lançar foco em propostas, recursos e resultados nas ciências da saúde, naturalmente terá como desafio a caracterização de sua abordagem metodológica. Neste sentido, este e-Book foi organizado de modo a apresentar ao leitor 171 artigos seriados justamente por este elo comum que une, na ciência, a proposta (objetivo), o recurso (viabilidade) e o resultado (evidência): o método de pesquisa per se.

Dos seus nove volumes, os dois primeiros são dedicados aos relatos de caso, relatos de experiência e de vivência em saúde apresentando aspectos da realidade clínica, cultural e social que permeiam a ciência no Brasil.

Já no intuito de apresentar e estimular o diálogo crítico construtivo, tal qual o conhecimento dos recursos teóricos disponíveis frente aos mais variados cenários em saúde, os volumes três, quatro e cinco exploram estudos de revisão da literatura que discutem o estado da arte da ciência baseada em evidência sugerindo possibilidades, hipóteses e problemáticas técnicas no intuito de delimitar condutas para a prática clínica.

Por fim, os volumes de seis a nove compreendem os resultados quali e quantitativos das mais diversas metodologias de intervenção em saúde: estudos comparativos, ensaios clínicos e pré-clínicos, além de ações em políticas públicas na área de saúde coletiva.

Com a intelecção dos tópicos tratados nessa obra, espera-se – tanto quanto possível – contribuir no processo de ampliação, fundamentação e fomento da discussão e reflexão científica na interface entre propostas, recursos e resultados nas Ciências da Saúde.

Luis Henrique Almeida Castro

Thiago Teixeira Pereira

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

MALEFÍCIOS E BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DO BALÃO ESOFAGOGÁSTRICO SENGSTAKEN-BLAKEMORE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Rafaela Lima Camargo
Fernanda Pinheiro Quadros e Silva
Isabelle Vieira Pena
Juliana Cordeiro Carvalho
Lanna Isa Estanislau de Alcântara
Larissa Alvim Mendes
Mariana Cordeiro Dias
Matheus Terra de Martin Galito
Nathely Bertly Coelho Pereira
Rebeca Muniz Gomes da Costa Silva
Yolanda Schiavo Schettino de Oliveira Borges
Sérgio Alvim Leite

DOI 10.22533/at.ed.3122024061

CAPÍTULO 2 11

NEUROPATIA AUTONÔMICA: UMA MANIFESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO DIABETES *MELLITUS* TIPO 1

Rafaela Lima Camargo
Fernanda Pinheiro Quadros e Silva
Isabelle Vieira Pena
Juliana Cordeiro Carvalho
Lanna Isa Estanislau de Alcântara
Larissa Alvim Mendes
Mariana Cordeiro Dias
Matheus Terra de Martin Galito
Nathely Bertly Coelho Pereira
Rebeca Muniz Gomes da Costa Silva
Yolanda Schiavo Schettino de Oliveira Borges
Lucas Carvalho Neiva

DOI 10.22533/at.ed.3122024062

CAPÍTULO 3 20

NOVOS INIBIDORES DA BETA-LACTAMASE E SUAS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Bianca Costa Tardelli
Gabriela Médici Reis
Lucas Boasquives Ribeiro
Cristina Espindola Sedlmaier
Izabela Rodrigues Fonseca
Igor da Silva Teixeira Paula
Flávio Carrasco Riskala

DOI 10.22533/at.ed.3122024063

CAPÍTULO 4 27

O ATENDIMENTO DO PORTADOR DE LESÃO RENAL CRÔNICA COM DISTÚRBIOS DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO NA SALA DE EMERGÊNCIA

José Ribeiro dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.3122024064

CAPÍTULO 5 36

O IMPACTO DA INSERÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA:
UMA REVISÃO DA LITERATURA

Marianne Sandim Nachmanowicz
Ana Laura Sodré Duarte
S lvia Bottaro Carvalho Alcântara
Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.3122024065

CAPÍTULO 6 47

OCITOCINA MUITO ALÉM DO HORMÔNIO DO AMOR

Fabiana Batista Emidio
Kelcilene da Costa Peres
Ana Claudia Panta da Silva
Grazielle Azevedo de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.3122024066

CAPÍTULO 7 50

ORGANIZA O DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO
INTEGRATIVA

Teodora Tchutcho Tavares
Marculina da Silva
Wilsa Kaina Managem Fernades Uhatela
Abdel Boneensa C 
Mohamed Saido Balde
Mama Saliu Culubali
Braitha Embal 
Patrícia Freire de Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.3122024067

CAPÍTULO 8 59

OS FATORES ASSOCIADOS   INDICA O DO PARTO CESÁREO

Joaffson Felipe Costa Dos Santos
Ana Paula Vieira Almeida
Ana carla Marques Da Costa
Ane Grazielle Silva Rocha
Leandro Cardozo Dos Santos Brito
Haylla Simone Almeida Pacheco
Angela De Melo Santos
Samuel De Jesus De Melo
Rubenilson Luna De Matos
Andreia Costa Silva
Francisco Eduardo Ramos Da Silva
Wallison Hamon Silva Lima

DOI 10.22533/at.ed.3122024068

CAPÍTULO 9 71

OS IMPACTOS DOS INIBIDORES DE NEURAMINIDASES NO TRATAMENTO DA INFLUENZA A H1N1

Maria Clara Cavalcante Mazza de Araújo
Virna Maia Soares do Nascimento
Adh nias Carvalho Moura
Anna Beatriz Reinaldo de Sousa Moreira Pinto
Beatriz Maria Loiola de Siqueira
Arthur Henrique Sinval Cavalcante
Anna Joyce Tajra Assun o

Pedro Henrique Freitas Silva
Isabella Maria Gonçalves Pinheiro de Vasconcelos
Bianca Felix Batista fonseca

DOI 10.22533/at.ed.3122024069

CAPÍTULO 10 82

PNEUMONIA EM CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: USO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

José Carlos Laurenti Arroyo
Jadilson Wagner Silva do Carmo

DOI 10.22533/at.ed.31220240610

CAPÍTULO 11 90

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O SUS

Soraya Diniz Rosa
Ana Carolina Diniz Rosa

DOI 10.22533/at.ed.31220240611

CAPÍTULO 12 102

PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO NO ATLETA PARALÍMPICO

Miriam Viviane Baron
Cristine Brandenburg
Janine Koepp
Luis Manuel Ley Dominguez
Bartira Ercilia Pinheiro da Costa

DOI 10.22533/at.ed.31220240612

CAPÍTULO 13 112

PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO QUOTIDIANO DOMICILIAR DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E SEUS FAMILIARES

Adriana Dutra Tholl
Rosane Gonçalves Nitschke
Maria Lígia dos Reis Bellaguarda
Juliana Balbinot Reis Girondi
Danielle Alves da Cruz
Thamyres Cristina da Silva Lima
Natália Aparecida Antunes
Guilherme Mortari Belaver
Nicole da Rosa Cachoeira

DOI 10.22533/at.ed.31220240613

CAPÍTULO 14 130

PSICOLOGIA POSITIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NAS ORGANIZAÇÕES E NO TRABALHO

Ilma Pereira dos Santos Henrique
Fernando Faleiros de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.31220240614

CAPÍTULO 15 137

SÁCULO DISTAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Larissa Alvim Mendes
Amanda Soares de Carvalho Barbosa
Rafaela Ferreira Gomes
Renata Alvim Mendes

Célio Roberto Coutinho Mendes
Sérgio Alvim Leite
DOI 10.22533/at.ed.31220240615

CAPÍTULO 16 143

SAÚDE DA MULHER NO MEIO RURAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Beatriz Pasqualotto Bonafim
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa

DOI 10.22533/at.ed.31220240616

CAPÍTULO 17 149

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Mariana Pereira Barbosa Silva
Vitor Kauê de Melo Alves
Annyelli Victória Moura Oliveira
Adriana Borges Ferreira da Silva
Janiele Soares de Oliveira
Dimily Kaelem Carvalho do Nascimento
Ana Carine de Oliveira Barbosa
Reberson do Nascimento Ribeiro
Wanderlane Sousa Correia
Carla Patricia Moreira Falcão
Bruno Abilio da Silva Machado
Mauro Roberto Biá da Silva

DOI 10.22533/at.ed.31220240617

CAPÍTULO 18 156

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D NO TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA

Géssica de Souza Martins
Mikaelly Arianne Carneiro Leite
Larissa Lara de Sousa Avelino
Luna da Silva Girão
Lidianne de Sousa Ferreira
Alane Nogueira Bezerra
Camila Pinheiro Pereira

DOI 10.22533/at.ed.31220240618

CAPÍTULO 19 161

TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Beatriz Paiva Rocha
Débora Iana da Silva Lima Guerra
Larissa de Castro Maia
Larissa Gomes de Lima
Dayanne Helena Thomé da Silva
Luana Pinheiro da Silva
Marília de Carvalho Gonçalves
Myllena Maria Alves Dias
Vitória Costa de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.31220240619

CAPÍTULO 20 167

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SAÚDE DA MULHER

Adriana Carvalho de Sena

Tatiana Maria Ribeiro Silva

DOI 10.22533/at.ed.31220240620

SOBRE OS ORGANIZADORES..... 173

ÍNDICE REMISSIVO 175

PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO QUOTIDIANO DOMICILIAR DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E SEUS FAMILIARES

Data de aceite: 01/06/2020

Adriana Dutra Tholl

Universidade Federal de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-
Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem
(Profissional)
Florianópolis, Santa Catarina

Rosane Gonçalves Nitschke

Universidade Federal de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-
Graduação PEN/UFSC.
Florianópolis, Santa Catarina

Maria Lígia dos Reis Bellaguarda

Universidade Federal de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-
Graduação PEN/UFSC.
Florianópolis, Santa Catarina

Juliana Balbinot Reis Girondi

Universidade Federal de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-
Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem
(Profissional)
Florianópolis, Santa Catarina

Danielle Alves da Cruz

Acadêmica do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina - UFSC. Bolsista de Extensão.
Florianópolis, Santa Catarina

Thamyres Cristina da Silva Lima

Acadêmica do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina - UFSC. Bolsista de Iniciação científica
PIBIC/CNPq/UFSC
Florianópolis, Santa Catarina

Natália Aparecida Antunes

Acadêmica do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina - UFSC. Bolsista de Extensão
Florianópolis, Santa Catarina

Guilherme Mortari Belaver

Mestrando do Programa de Pós-Graduação
Gestão do Cuidado em Enfermagem
(Profissional). Enfermeiro da Atenção Primária à
Saúde.
Florianópolis, Santa Catarina

Nicole da Rosa Cachoeira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da UFSC.
Profissional de Educação Física
Florianópolis, Santa Catarina

RESUMO: A lesão medular ocorre quando há um dano na medula espinhal que leva a pessoa a ter diminuição ou ausência de sensibilidade e força muscular, além de impactar, em muitos casos, em outras funções do corpo humano. Esta condição é responsável por modificar o cotidiano e o ritmo de vida do envolvido e

de seus familiares, afetando aspectos relacionados ao processo de viver e ser saudável. No tocante a essas mudanças, o enfermeiro possui um importante papel no processo de reabilitação dessas pessoas, colaborando no desenvolvimento de medidas terapêuticas voltadas para a promoção e educação em saúde com enfoque no autocuidado e abordagem ao cuidador e/ou familiar, proporcionando envolvimento e participação ativa da pessoa e da família no processo de reabilitação. Pretende-se com estas ações promover a autonomia e a independência nas atividades da vida diária de pessoas com lesão medular.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão medular. Reabilitação. Família. Enfermagem. Atividades Cotidianas.

ABSTRACT: Spinal cord injury occurs when there is damage to the spinal cord that causes the person to experience decreased or lack of muscle sensitivity and strength, in addition to impacting, in many cases, other functions of the human body. This condition is responsible for modifying the daily life and the pace of life of the person involved and their family members, affecting aspects related to the process of living and being healthy. Regarding these changes, nurses have an important role in the rehabilitation process of these people, collaborating in the development of therapeutic measures aimed at health promotion and education with a focus on self-care and approach to the caregiver and / or family, providing involvement and participation active participation of the person and the family in the rehabilitation process. These actions are intended to promote autonomy and independence in the activities of daily living for people with spinal cord injuries.

KEYWORDS: Spinal cord injury. Rehabilitation. Family. Nursing. Daily Activities.

1 | DOS PARÂMETROS EPIDEMIOLÓGICOS AO IMPACTO SOCIAL

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2011), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais, cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. Nos próximos anos, a deficiência será uma preocupação ainda maior porque sua incidência tem aumentado. Isto se deve ao envelhecimento da população e ao risco maior de deficiência na população idosa, bem como ao aumento global de doenças crônicas, como: diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, cânceres, dentre outras.

O Censo Demográfico (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que aproximadamente 45,6 milhões de pessoas no Brasil, ou 23% da população total, apresentaram algum tipo de incapacidade ou deficiência. Incluem-se nessa categoria, as pessoas com, ao menos, alguma dificuldade de enxergar, ouvir, locomover-se ou com algum tipo de deficiência física ou intelectual. (IBGE, 2010).

Dentre as deficiências motoras apresentadas pelas pessoas em nossa contemporaneidade, o número daquelas com lesão medular (LM) é cada vez maior em função da violência urbana. É um agravo que acarreta alterações fisiológicas, emocionais,

sociais e econômicas. A LM é definida pela *American Spinal Injury Association (ASIA)* como um dano de elementos neurais, dentro do canal espinhal, com conseqüente perda parcial ou total das funções motoras e/ou sensitivas, abaixo do segmento da medula espinhal comprometido. As respectivas sequelas não apenas limitam, em decorrência de mudanças expressivas do domínio e da independência funcional, como também exigem longo processo de reabilitação (KENNEDY; LUDE; ELFSTRÖM, et al., 2012).

Em sua origem, a LM pode ser traumática ou não traumática. De natureza traumática, a LM pode ser causada por acidentes automobilísticos, lesões por arma de fogo/arma branca, mergulho em águas rasas, ou quedas de lugares altos. No Brasil, onde o ritmo de vida expressa a cultura da pressa, o número de colisões automobilísticas e de outros acidentes provocados pela violência ocupa lugar de destaque, visto que resulta em óbitos ou incapacidades decorrentes da LM. De natureza não traumática, a LM pode ser um resultado de tumores, infecções, alterações vasculares, malformações, e doenças desmielinizantes ou compressão (MARQUES e SOUZA, 2017).

O impacto da LM, seja esta congênita ou adquirida, torna as pessoas vulneráveis às complicações que limitam o processo de reabilitação, bem como sua reinserção social. A família, por sua vez, sofre paralelamente com esse processo de mudança, tendo que alterar seu próprio ritmo de viver para servir como base de apoio e de estímulo para o enfrentamento de um novo ritmo de vida, estabelecendo rotinas de cuidado difíceis de serem visualizadas e aplicadas pela falta de conhecimento e pelo impacto psicológico e social. Assim, também precisa ser cuidada, reabilitada e treinada para o cuidado domiciliar no seu cotidiano.

Reabilitação é um conjunto de medidas que auxiliam as pessoas com deficiência ou com potencial de deficiência a adquirirem e manterem a sua funcionalidade, em interação com o meio ambiente em que vivem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Neste sentido, reabilitar pessoas com LM e suas famílias é proporcionar um cuidado que atenda às suas necessidades biopsicossociais e espirituais, de modo a contribuir para a adesão ao processo de reabilitação. No entanto, pode ser uma tarefa complexa porque esta temática não está prevista nos currículos de graduação dos cursos da área da saúde, embora seja uma ação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destarte, adentrar no cotidiano das pessoas com LM, compreendendo sua forma de viver evidenciada por suas interações, crenças, valores, significados, cultura e símbolos, pode contribuir no delineamento de um movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital. (NITSCHKE et al., 2017).

De acordo com a Portaria nº793/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, o processo de reabilitação das pessoas com LM deve ter início no período de hospitalização e se estender em nível ambulatorial e domiciliar, sob a orientação de uma equipe multiprofissional especializada. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa contribuir na mudança

do modelo assistencial. Atribui cuidado continuado, responsabilizado por determinada população e, assim como todos os pontos de atenção, respondendo as necessidades de saúde da população de forma articulada e integrada (Brasil, 2012b). No entanto, na contemporaneidade, vemos pessoas com LM e suas famílias receberem alta hospitalar sem terem recebido cuidados de reabilitação e/ou encaminhamento para os Centros Especializados em Reabilitação. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), alerta-nos que somente 2% dos 85 milhões de pessoas com deficiência recebem assistência adequada na América Latina (PAHO, 2006).

Neste sentido, reiteramos que: “compartilhar cuidados é também a responsabilização do processo do cuidado entre profissionais, o sujeito sob cuidado e sua família, estendendo-se à comunidade e sociedade. Para isso, promover a autonomia do ser humano e o máximo de independência pode favorecer a autoestima, permitindo e valorizando a participação das pessoas e de suas famílias. Além disto, investir na capacidade da família em buscar soluções, respeitando a liberdade individual e os valores dos outros são elementos chave para a ação dos profissionais durante o período que estejam em contato com o paciente e sua família” (BRASIL, 2012b, p. 61).

2 | O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO QUOTIDIANO DOMICILIAR

Os limites na adesão à reabilitação de pessoas LM têm suas raízes no choque do diagnóstico de uma deficiência adquirida, mas podem ser ampliados pelo descuido dos profissionais, configurando-se uma situação tão incapacitante, quanto à deficiência, por retardar o processo de reabilitação. Assim, neste cotidiano vemos emergir a (d) eficiência dos profissionais de saúde no cuidado às pessoas com LM e suas famílias, a qual transita pela falta de reabilitação precoce no ambiente hospitalar, causando complicações evitáveis, pela falta de orientação sobre os serviços de referência e as políticas de saúde, bem como pelo atendimento inespecífico na Atenção Primária à Saúde (APS) (THOLL, 2015).

Neste pensar, os profissionais da saúde, especificamente, o enfermeiro, cujo modelo assistencial é essencialmente educativo, têm um papel importante no que diz respeito à elaboração de um plano de cuidados nos três níveis de atenção à saúde da pessoa com LM e de suas famílias. Ao estimular o protagonismo destas pessoas no processo de reabilitação, o enfermeiro promove a promoção da saúde, favorecendo mudanças de um estado de dependência para um estado de independência nas atividades da vida cotidiana, na autonomia e na melhora da qualidade de vida dessas pessoas.

O papel do enfermeiro no processo de reabilitação dessas pessoas, compreende cuidados sistematizados na fase aguda e crônica, sendo a fase aguda, ainda no âmbito hospitalar, com objetivo de prevenir complicações evitáveis. A fase crônica, nos Centros Especializados de Reabilitação, objetiva a autonomia e a independência nas atividades

da vida cotidiana. Já na Atenção Primária à Saúde, tem a finalidade de se consolidar o processo de reabilitação por meio da ressocialização dessas pessoas e famílias.

Assim, para dar continuidade ao processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com LM e de suas famílias, é preciso que os profissionais da saúde, sobretudo o enfermeiro, estejam capacitados para as orientações de autocuidado e cuidado assistido pelas famílias, para que possam, no domicílio, dar continuidade à sua ressocialização. Neste pensar, descrevemos abaixo recomendações para o processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias.

2.1 Cuidados com a Bexiga Neurogênica

Pessoas com LM, diagnosticadas com Disfunção Neurogênica do Trato Urinário Inferior (DNTUI), comumente não conseguem fazer o esvaziamento voluntário e completo da bexiga, também conhecida como “Bexiga Neurogênica”, podendo ser hiperativa/reflexa ou hipoativa/arreflexa, ambas caracterizada por um volume residual acima de 100 ml de diurese. Nestes casos, recomenda-se o esvaziamento da bexiga por meio do Cateterismo Vesical Intermitente Limpo (CVIL), que consiste, de acordo a International Continence Society (2016), na introdução de um cateter lubrificado introduzido na uretra até a bexiga, sendo realizado a intervalos regulares e previamente estabelecidos, mediante treino de auto cateterismo (quando é realizado pela pessoa) e cateterismo assistido (quando realizado pelo familiar/cuidador).

Destaca-se, nesse contexto, algumas recomendações (International Continence Society (2016); SOUZA e FARO, 2011; MARQUES e SOUZA, 2017; THOLL et al., 2019, 2020).

- Recomenda-se a cateterização vesical a cada 4 ou 6 horas (4 a 6 cateterismos/dia), durante o dia (não é necessário realizar à noite), estando ou não presente a necessidade de urinar. Se o volume encontrado for inferior a 100ml, orienta-se aumentar o intervalo do cateterismo. Para adultos, recomenda-se cateter de nº10-14, sempre primando pelo cateter de menor calibre, pois evita trauma uretral.

- Considera-se o CVIL tratamento “padrão ouro” para o esvaziamento da bexiga neurogênica, pois reduz a pressão intravesical, melhorando a circulação sanguínea na parede da bexiga, tornando-a mais resistente às bactérias patogênicas. Previne também, infecção do trato urinário inferior (ITU), pela redução de resíduo urinário e controle de perdas, além de preservar a função do trato urinário superior, pela redução do risco de refluxo vésico-uretral.

- Em pessoas que fazem CVIL e apresentam perdas urinárias entre os cateterismos, faz-se necessário acompanhamento com o médico urologista para avaliar a possibilidade de associar o uso de medicamentos anticolinérgicos. Quando a perda é noturna, pode-se orientar o uso de preservativo e dispositivo externo, com retirada pela manhã no primeiro CVIL do dia.

- O CVIL não deve ser interrompido em caso de ITU, por vezes pode até ser aumentado a frequência de cateterismo/dia, associado ao aumento da ingesta hídrica (água, sucos de frutas com vitamina “C”) com a finalidade de limpar a bexiga.

- Nos casos de bacteriúria assintomática nos pacientes em uso de CVIL, a antibioticoprofilaxia é contraindicada uma vez que elimina as bactérias da urina, da uretra e do períneo. A recolonização é rápida e mais resistente. O uso de antibiótico deve ser reservado para situações de infecção sintomática, na qual é comprovada por urocultura e antibiograma, sendo assim, torna-se imprescindível, a avaliação do urologista e/ou Médico da família.

- Orientar a pessoa e a família a reconhecerem as sensações que podem indicar que a bexiga está cheia (sensação indireta), tais como: ligeira sensação de peso, abdômen distendido e endurecido, cefaleia, sudorese, aumento das contrações musculares, vermelhidão na pele, ligeiro arrepio no corpo (piloereção).

- Recomenda-se no início do treino do CVIL, o preenchimento do diário miccional, considerado nível de evidência A no manejo das incontinências e diagnóstico do padrão da bexiga, associado à avaliação urológica e exames complementares, como o estudo urodinâmico. O instrumento permite determinar a frequência, hora, características, perda urinária e volume eliminado (que não deve ser superior a 500ml para evitar distensão da bexiga, alta pressão intra-vesical, podendo acarretar refluxo vesico-uretral), além de permitir a avaliação do padrão de eliminação urinária em consonância à ingesta de líquidos.

- Recomenda-se a ingesta de 2 a 2,5 litros de água/dia (30ml/kg/dia). Recomenda-se: não ingerir líquidos apenas quando se tem sede, deve-se beber em menor quantidade e maior frequência para que o mesmo seja melhor absorvido pelo corpo. A ingesta adequada previne a formação de cristais urinários (Cristais de ácido úrico, de oxalato de cálcio, de urato amorfo, de ácido hipúrico, de cistina, dentre outros), pois baixos volumes urinários produzem estagnação da urina. Importa salientar que a ingesta de líquido à noite deve ser reduzida.

- O treino do CVIL deve ser associado à entrega de material educativo, que ilustre a técnica e facilite a compreensão, promovendo a adesão no processo de reabilitação e ressocialização.

Técnica do Cateterismo Vesical Intermitente Limpo (CVIL) (International Continence Society (2016); MARQUES e SOUZA 2017, THOLL et al., 2019, 2020); AZEVEDO, 2013):

* Lavar as mãos com água e sabão ou lenço umedecido à base de água.

* Posicionar-se na cama ou na cadeira de rodas. Se possível, dar preferência pelo treino de CVIL na própria cadeira de rodas do paciente, com objetivo de que o mesmo possa fazer no banheiro, quando estiver fora de casa, estimulando assim, sua ressocialização.

* Não há indicação do uso de luvas pois a cateterização, nesse caso, não é

considerada uma técnica estéril.

* Em homens, lavar a região genital com água e sabão líquido na seguinte direção: da uretra para a base do pênis, retraindo o prepúcio.

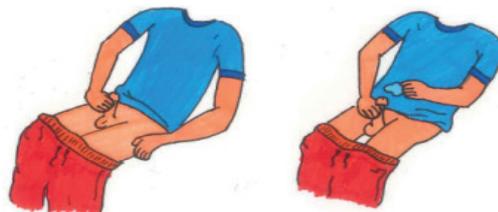


FIGURA 1 - Limpeza da região genital masculina

* Em mulheres, lavar a região genital com água e sabão líquido na seguinte direção: do clitóris em direção à vagina. Recomenda-se o uso de espelho para a visualização da uretra feminina.

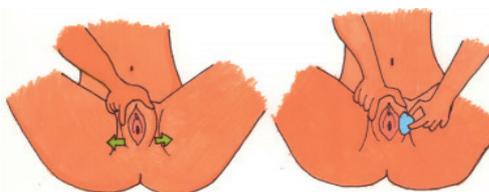


FIGURA 2 - Limpeza da região genital feminina

* Nas mulheres o treino do CVIL também pode ser realizado por meio do toque: orientar dedo anelar na altura da vagina, dedo indicador sobre o clitóris e o dedo médio na altura da uretra, onde será inserido o cateter, como indica a ilustração abaixo.



FIGURA 3 - Técnica do toque para o CVIL



FIGURA 4 – CVIL na cadeira de rodas ou na cama

* Posicionar o/a paciente ou estimulá-lo/a a ficar de maneira confortável (sentado ou em decúbito dorsal ou lateral), lubrificar o cateter (se cateter de PVC), introduzir o dispositivo na uretra até que alcance a bexiga, ou até a saída da urina.

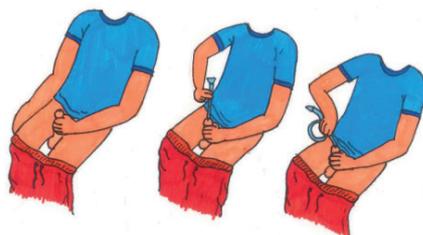


FIGURA 5 - CVIL masculino



FIGURA 6 - CVIL feminino

* Após a saída da urina, ocluir a ponta externa do cateter para que a diurese presente no cateter não retorne à bexiga.

* Retirar o dispositivo observar e registrar as características da urina, higienizar e vestir a roupa.

* Manobras de Credé e Valsalva são contraindicadas, pois causam altas pressões no trato urinário superior.

2.2 Cuidados com intestino neurogênico

O intestino neurogênico é uma condição que afeta o processo de armazenamento e eliminação de fezes. Dependendo do nível da LM, pode ter um padrão reflexivo/espástico ou arreflexivo/flácido. Na LM, a pessoa tem pouca ou nenhuma sensação de fezes no reto e de controle do esfíncter anal, necessitando assim de reeducação intestinal, para obterem qualidade de vida no seu processo de reabilitação e ressocialização. Assim, de acordo com (THOLL et al., 2020; CAMPOY et al., 2018), orienta-se:

- Estimular o hábito das três refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar) por favorecerem uma massa fecal volumosa, que facilite a defecação, além de lanches nos intervalos com alimentos ricos em fibra, indo ao encontro de suas preferências e possibilidades no orçamento da família (frutas, de preferência com casca, pães e massas integrais), também adiciona peso às fezes (principalmente, a fibra integral), aumentando a velocidade, quando a passagem é lenta; e diminuindo a velocidade, quando o trânsito é rápido, associando a ingesta hídrica de 2 a 2,5 litros de água/dia (30ml/kg/dia). O bom hábito intestinal, influencia diretamente na continência vesical. Impactação fecal pode causar contração da bexiga e perda urinária.

- Investigar o padrão de eliminação intestinal anterior à lesão (geralmente o intestino continuará funcionando nos mesmos horários e intervalos). Determinar o mesmo horário, diariamente ou em dias alternados, para a reeducação intestinal, com preenchimento do diário intestinal, aproveitando o período logo após a refeição, pois o reflexo gastrocólico pode facilitar o processo de eliminação das fezes.

- Estimular o ortostatismo, uma hora/dia, com proteção de joelhos (órtese/mesa ortostática para as pessoas que não conseguem ficar de pé sozinhas). Já aos pacientes que conseguem ficar de pé, estimular o ortostatismo, pois promove a peristalse reflexa.

- Preferencialmente, a posição recomendada é colocar o paciente sentado no vaso sanitário (com pés apoiados em uma banqueta, pois provoca mudanças na posição do cólon e auxilia na eliminação das fezes). Se o paciente tiver boa estabilidade de tronco, o mesmo deve erguer-se e curvar-se sobre o abdômen como se estivesse liberando a pressão das nádegas, e para os lados, juntamente com a manobra de Valsalva (inspirar e tentar empurrar o ar para fora, bloqueando a saída do ar entre os lábios para aumentar a pressão no abdômen. Contrair os músculos da parede abdominal; usar com critério em pacientes cardíacos). Esta manobra aumenta a pressão intra-abdominal, facilitando a evacuação por efeito mecânico, deve-se repetir por 30 segundos de cada vez. Cabe ressaltar, que pelo fato do aumento da pressão intra-abdominal, essa manobra só deve ser realizada após o esvaziamento da bexiga. Caso não houver possibilidade de o paciente ser encaminhado ao banheiro, recomenda-se a eliminação das fezes na fralda, deitado no

leito em decúbito lateral esquerdo.



Figura 7: posicionamento adequado.

- Outra manobra eficaz é a massagem abdominal, no sentido horário, meia hora após o café da manhã, pois estimula a motilidade intestinal.

- Quando as orientações acima não forem suficientes para se regularizar o hábito intestinal, por vezes, será necessário associar o uso de laxantes suaves (sena, ameixa ou suco de ameixa), de 8 a 12 horas antes do horário estabelecido, com frequência diária ou em dias alternados, ou mesmo aplicação de supositório de glicerina (lubrificante solúvel em água) ou mini-enema (30 minutos antes de ir ao banheiro), para estimular o reflexo da evacuação. Se houver presença de fezes no reto, esta deve ser removida (com dedo enluvado e lubrificado), para que o supositório entre em contato com a parede intestinal.

2.3 Cuidados com a pele

As pessoas com LM devem ter um cuidado redobrado com a pele para evitar Lesões por Pressão (LP), devido à falta de mobilidade e sensibilidade local ou Lesões por Fricção (Skin Tears). De acordo com National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP (2014); Tholl et al., 2019, 2020), alguns cuidados devem ser realizados, como:

- Realizar o reposicionamento (mudança de decúbito) da pessoa no leito a cada duas horas e, em poltrona/cadeira de rodas.

- Realizar manobra de elevação/alívio (*push-up*) a cada 30 minutos, com objetivo de prevenir LP, sobre áreas de proeminências ósseas como: região occipital, escápulas, região sacra, isquiática, trocantérica e calcânea. Lençol móvel pode ser utilizado para auxiliar no reposicionamento de pessoas restritas ao leito, desde que esteja bem esticado, sem dobras ou rugas. Cuidado também importante é não “arrastar” a pessoa e sim erguê-la para evitar fricção e cisalhamento.

- Inspeccionar e monitorar a pele diariamente, especialmente nas áreas que sofrem pressão ou atrito (área de proeminências ósseas), se possível, utilizando um espelho para melhor visualização com objetivo de identificar o risco de lesões e atuar preventivamente.

- Orientar o uso do colchão pneumático para pessoas restritas ao leito (de preferência, cama de casal e densidade de 33 (D33)). O uso de maca hospitalar é contraindicado pela densidade insuficiente da espuma), e almofadas com células interconectadas (são fornecidas pelo SUS), quadrada e sem orifício central, para pessoas que usam cadeiras de rodas, com objetivo de prevenir LP. É contraindicado a utilização de almofadas de gel ou boias em forma de anel.

- Evitar o calor ou o frio excessivo sobre a pele, com a finalidade de evitar queimaduras, tanto pelo frio como pelo calor, considerando que estas pessoas podem apresentar hipossensibilidade ou anestesia.

- Realizar regularmente a limpeza e hidratação da pele, mantendo-a seca, principalmente, as regiões úmidas e quentes e/ou de difícil acesso, objetivando evitar Dermatite Associada a Incontinência (DAI).

- No caso do uso de tecnologia assistiva como órteses e próteses, faz-se necessário observar as condições da pele, bem como uso de proteção de tecidos de algodão, silicone e/ou espuma, a fim de evitar lesões na pele.

- Utilizar escalas de avaliação de risco para LP, como a escala de Braden.

2.4 Cuidados com posicionamento e prevenção de deformidades

Pessoas com LM precisam de atenção especial no que diz respeito aos cuidados com o posicionamento, a fim de evitarem lesões de pele e deformidades. Neste sentido, segundo Souza e FARO (2011); Lourenço, Ferreira e Baixinho (2016); Marques e Souza (2017), recomenda-se:

- Alinhar quadril e posicionar os joelhos em posição semi-fletida, com apoio de cilindro ou travesseiros, com a finalidade de prevenir rotação dos MMII e adução dos MMII.

- Usar apoio para os pés, mantendo-os em ângulo reto (talas anti-equino, ou tênis com sustentação dos tornozelos), em decúbito dorsal, ou sentado, a fim de prevenir o chamado pé equino, causado pela contração dos músculos gastrocnêmio e sóleo.

- Posicionar o paciente em decúbito ventral, quando possível pelo menos de 15 a 30 minutos por dia, com o auxílio de travesseiros na altura do tórax, abdômen e joelho, favorecendo conforto, alongamento dos músculos posteriores do quadril e MMII, manutenção da amplitude de movimento articular e prevenção de lesões por pressão em áreas com proeminência óssea, como a região sacra.

- Apoiar o membro superior e o membro inferior afetado sobre travesseiros, com apoio nas articulações, tanto na posição deitada como sentada, a fim de prevenir edema, contraturas e deformidades, além de estimular a circulação.

- Posicionar adequadamente os MMII no leito, com ligeira elevação, evitando a flexão de joelhos, estase venosa e formação de trombos. Em pessoas sem mobilização de membros inferiores é indicado o uso de meia compressiva (20mmHg).

- Posicionar a mão e os dedos afetados sempre abertos, orientando a própria

pessoa/família a usar a mão não afetada para mobilizar a mão com déficit do movimento, também pode ser indicado o uso de órtese (diariamente, de 2 a 3h/dia), com objetivo de favorecer os tônus muscular, cutâneo e vascular, além da mobilidade articular.

- Estimular a elevação lenta e gradual do tronco nas mobilizações (posição sentada e de ortostatismo, ou reclínio da cadeira de rodas com elevação dos MMII, a fim de prevenir a hipotensão ortostática, melhorar a função cardiovascular, respiratória, intestinal, condição músculo-esquelética, além de prevenir osteopenia e favorecer a independência das atividades da vida diária.

- Em pacientes adultos, com fraqueza da musculatura abdominal, como tetraplégicos e paraplégicos com níveis mais altos, estimular uso de faixa elástica abdominal, com a finalidade de melhorar o equilíbrio de tronco, a função respiratória e as atividades da vida diária.

- Pessoas com mobilidade abolida, como nos casos de paraplegias e tetraplegias, podem desenvolver diminuição na densidade mineral óssea pela falta de movimento, assim, faz-se necessário estimular o ortostatismo com proteção dos joelhos com o uso de órteses, ou com mesa ortostática, bem como estimular movimentos ativos e passivos.

2.5 Cuidados com Espasticidade

A Espasticidade é um distúrbio motor caracterizado pelo aumento do tônus muscular. Suas principais causas são acidente vascular cerebral (AVC), traumatismo cranioencefálico (TCE) e traumatismo raquimedular (TRM) em adultos e paralisia cerebral (PC) em crianças. Está associada com a redução da capacidade funcional, limitação da amplitude do movimento articular, desencadeamento de dor, aumento do gasto energético metabólico e prejuízo nas tarefas diárias, como alimentação, locomoção, transferências (mobilidade) e cuidados de higiene (BRASIL, 2009).

A medicação de escolha para o tratamento de espasticidade focal é a Toxina Botulínica tipo A (TBA). Essa medicação é um complexo protéico, derivado do *clostridium botulinum*, consiste em uma neurotoxina que leva ao relaxamento dos músculos. É injetada diretamente no grupo muscular afetado, objetivando reduzir as contrações excessivas (BRASIL, 2009).

Deste modo, cabe ao enfermeiro orientar a pessoa e sua família a manter o acompanhamento por meio das aplicações subsequentes e estimular o uso de órteses 2-3h/dia no domicílio, posicionamento correto do membro afetado, exercícios adequados e desenvolvimento de atividades funcionais da vida diária, como: lavar e secar a louça, varrer a casa, pendurar as roupas, entre outras, com a finalidade de potencializar o efeito da TBA.

O objetivo do tratamento da espasticidade é inibir a hiperatividade muscular, para preservar a flexibilidade muscular e articular, melhorar os movimentos e funcionalidade, assim, promovendo a reabilitação e ressocialização do paciente e seu convívio familiar

3 | REABILITAÇÃO SEXUAL

Sexualidade envolve identidade, erotismo, amor, gênero e reprodução. Nela, está embutida não apenas a questão sexual, mas também as dimensões afetivas, físico-biológicas, psicológicas e socioculturais. Poucos profissionais têm inclinação para abordar a sexualidade, então a pessoa com LM e o seu parceiro(a) precisam falar e fazer perguntas. É natural que no retorno das suas atividades cotidianas a pessoa desperte seus interesses e necessidades relacionadas a sua sexualidade.

Neste sentido, é preciso orientar que após uma LM as sensações não são iguais como antes, mas que outras sensações passam a ser valorizadas. Dentre as mudanças que podem ser observadas estão as relacionadas à sensibilidade, à capacidade funcional e à fertilidade (PUHLMANN, 2006).

A pessoa e seu parceiro (a) devem ter orientação sexual no processo de reabilitação. Neste sentido, de acordo com Tholl et al. (2020), torna-se necessário acompanhamento com psicólogo, médico urologista/médico da família e/ou outros profissionais, como o enfermeiro para serem orientados

- Antes da atividade sexual faz-se necessário o esvaziamento da bexiga e do intestino, com a finalidade de evitar perdas durante o ato sexual.

- Atentar para sinais de disreflexia autonômica (como dor de cabeça, manchas avermelhadas no tórax, pressão alta e sudorese), mais comum nas lesões acima de T6.

- Às mulheres orienta-se o uso de métodos anticoncepcionais seguros, como pílulas, Dispositivo Intra Uterino (DIU) e/ou preservativos. A menstruação pode cessar por um tempo variável; porém, a ovulação persiste, ou seja, a mulher se mantém fértil. Recomenda-se ainda, a regularidade de exames preventivos como o Papanicolaou, autoexame de mamas, bem como realização de exames de imagem, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Algumas mulheres terão a lubrificação vaginal prejudicada, necessitando do uso de lubrificantes a base de água (hidrossolúveis).

- Aos homens, orienta-se o uso de preservativos e a regularidade de exames preventivos e de imagem, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

- Manter uma boa higiene antes e após o ato sexual.

- O diálogo com o parceiro e a exploração do próprio corpo contribuem para a definição de novas áreas erógenas e formas de prazer.

- O uso de novos dispositivos estimuladores de prazer deve ser incentivado, como novas possibilidades de estímulo à criatividade e desejo sexual.

4 | REABILITAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

O treino das atividades diárias (higiene corporal, vestir-se, calçar-se, alimentar-se, transferir-se, locomover-se em cadeira de rodas, cadeira de banho, muletas, bengala, uso de órteses ou outras tecnologias assistivas) são desenvolvidos nos Centros especializados em Reabilitação, quando a pessoa com LM já se encontra estável. Todavia, é preciso que o processo de reabilitação seja continuado no domicílio, estimulado e supervisionado pela APS.

Pessoas com paraplegia terão maior dificuldade para se vestir e higienizar MMII. Deste modo, orienta-se suspender uma das pernas sobre a outra e assim vestir a roupa, repetido do outro lado. Para calçar meias e sapatos, segue-se orientando o paciente a cruzar uma perna sobre a outra para calçar e descalçar-se. Pessoas com tetraplegia necessitarão de auxílio de um ou mais cuidadores.

Recuperar a independência nestas atividades é de grande importância para a valorização pessoal e social da pessoa. O fato dele escolher suas roupas, trocá-las quando desejar, preparar-se com roupas próprias para dormir, como as demais pessoas, ajuda-o a sentir-se dentro do padrão normal do comportamento de pessoas adultas, o que favorece sua autonomia e independência.

Nesse contexto, é fundamental considerar que independência e autonomia envolvem aspectos sociais, econômicos e, mais marcadamente, as habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades da vida diária (AVD) de forma adequada (GIRONDI et al., 2018).

5 | ORIENTAÇÃO DO HÁBITO ALIMENTAR, HÍDRICO E CONTROLE DE COMORBIDADES

O hábito alimentar e hídrico influencia na qualidade de vida da pessoa com deficiência física, deste modo, é preciso incentivar o cultivo de estilo de vida saudável, como controle das comorbidades associadas e, sobretudo, o controle de peso e o bom funcionamento intestinal e urinário, para tanto recomenda-se de acordo com (GREVE,2007; HOEMAN, 2011; MARQUES e SOUZA, 2017):

- Estimular o acompanhamento nutricional e adesão à dieta equilibrada (com alimentos construtores, reguladores e energéticos), restrita em sal, gorduras e açúcares; e rica em proteína, fibras, com preferência pelos alimentos integrais; ou suplementação alimentar, quando indicado. Na fase inicial, o treino da alimentação incide no correto posicionamento da pessoa (sentada com o tronco ereto), com a mesa de apoio na altura adequada, membro superior afetado alinhado sobre a mesa.

- Orientar a utilização de tecnologias assistivas, como dispositivos de compensação para alimentação em pessoas com tetraplegia (engrossadores de talheres, facilitando a preensão, pratos côncavos ou com proteção lateral, copos com alça dupla e outros).

- Estimular ingestão hídrica de 2 a 2,5 litros de água/dia (30ml/kg/dia), a fim de favorecer a hidratação da pele e o bom funcionamento dos rins, bexiga e intestino.
- Orientar o controle regular da pressão arterial e da glicemia para pacientes com risco de instabilidade pressórica e glicêmica, com objetivo de prevenir e/ou controlar as comorbidades que influenciam negativamente na saúde, reabilitação e na qualidade de vida.

6 | ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS ESPORTIVAS ADAPTADAS

As atividades físicas e os esportes adaptados são importantes meios para a eficácia no processo de reabilitação, consistem em adaptações nos domínios de movimentos, técnicas, materiais, regras, locais para as atividades, proporcionando a participação de pessoas com diferentes deficiências nas diversas práticas esportivas.

Muitos são os benefícios que podem ser destacados referentes à prática esportiva adaptada, como melhora nos relacionamentos sociais por meio de novas amizades, nas capacidades físicas e funcionais, auxilia no ganho de autonomia para a realização das atividades cotidianas, na autoconfiança, na autoestima, como também, melhoras significativas nos sintomas de ansiedade e depressão (LIMA, et al., 2017; RUIZ, et al., 2018).

Nesse sentido, a prática esportiva é um fator vital no processo de reabilitação de pessoas com LM, proporcionando a promoção da saúde na vida cotidiana, o encontro com a potência pessoal e o prazer de viver diferentes experiências, compartilhando sonhos e realizações.

7 | LEGISLAÇÃO

Proteger os direitos da pessoa com deficiência é uma preocupação mundial, sendo esta, disposta na Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências, a qual solicita a adoção de medidas em planos nacionais e internacionais para o apoio e proteção desses direitos. Os dispositivos legais buscam garantir os direitos destas pessoas, sua proteção, saúde e qualidade de vida. (BONATELLI et al., 2018).

A pessoa com lesão medular ou outro tipo de deficiência têm seus direitos garantidos pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146 de 2015), destinada a assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015).

Outras leis também garantem alguns auxílios previdenciários às pessoas com deficiência, como: auxílio doença, aposentadoria por invalidez e o retorno ao mercado de trabalho, garantidos pela lei 8.213/91. Ainda pode-se obter outros direitos de acordo com

cada município (BRASIL, 1991). Vale ressaltar a lei que garante as cotas em Universidades Federais (Lei nº 13.409/2016), possibilitando que a pessoa com deficiência retorne os estudos e seja incluída novamente na sociedade (BRASIL, 2016).

8 | REDES DE SUPORTE SOCIAL: FAMÍLIA E VISITA DOMICILIAR

A família precisa ser acolhida, treinada e apoiada em suas necessidades. O estado de dependência causada pela LM pode gerar adoecimento físico, psíquico e emocional do familiar mais próximo e/ou cuidador responsável, estando a família suscetível à Síndrome de *Burnout*. Assim, durante o processo de reabilitação é preciso treinar a família para uma nova rotina de cuidado (THOLL, 2015; THOLL, et al., 2016). Neste sentido, faz-se necessário:

- Estimular o vínculo familiar/recreação em família, a participação de redes de apoio social, em grupos de autoajuda (com a finalidade de promover o fortalecimento individual e coletivo pela troca de experiência e apoio psicossocial), as atividades de lazer, retorno ao trabalho e/ou estudo, são meios que ajudam a potencializar o fortalecimento individual e coletivo pela troca de experiência, possibilitando a reintegração social.

- Oferecer apoio/acompanhamento psicológico, pois a deficiência física gera sentimentos negativos à pessoa e à família no curso da doença, da reabilitação e no domicílio. O apoio emocional é uma ferramenta que favorece a resiliência, motiva e aumenta o envolvimento da família no processo de reabilitação (HOEMAN, 2011).

A atenção domiciliar promove ao paciente e à família apoio e orientações referentes à estrutura e organização familiar, de infraestrutura do domicílio e ainda, a interface da estrutura oferecida pelos serviços de saúde e suporte social. Ao se realizar a orientação no domicílio das pessoas com LM e suas famílias, por meio da Visita Domiciliar (VD), aproximamo-nos do cotidiano dessas pessoas e identificamos as necessidades individuais de adaptação e os recursos disponíveis. Salieta-se, que é preciso considerar a dinâmica da família, sobretudo suas condições socioeconômicas e culturais, dando importância à participação dos mesmos no processo (THOLL, 2015).

As pessoas com LM demandam de uma frequência maior de visitas domiciliares e acompanhamento da equipe de saúde e podem ser assistidos pelos profissionais do SUS e os programas de reabilitação e Melhor em Casa entre outras estratégias para melhorar o cotidiano dessas famílias. As visitas domiciliares diminuem o risco de infecção proveniente das hospitalizações desnecessárias e recorrentes. Para tanto, as adaptações à vida ativa e saudável dentro da perspectiva da pessoa com LM há as tecnologias assistidas que diminuem o declínio funcional como rampas de acesso, barras de apoio, uso da cadeira de banho, móveis adaptados, almofadas para cadeiras de roda e ainda, sistemas de controle de ambiente entre outros que facilitem a pessoa com LM a realizar as atividades da vida diária. (HOEMAN, 2011; BRASIL 2015; THOLL et al., 2019).

9 | CONCLUSÃO

A reabilitação das pessoas com LM precisa ser compreendida tanto pela pessoa que vive o trauma, quanto pelos familiares que se refere a um processo mais amplo do *continuum* do viver humano. A dinâmica de reabilitação quando bem estruturada e incorporada no dia a dia é um meio de fortalecimento para as pessoas com LM e suas famílias, contribuindo para que o indivíduo alcance sua independência e autonomia no cotidiano. Desta forma, nota-se, a importância do processo de reabilitação no ambiente hospitalar, ambulatorial e principalmente em domicílio, pois é neste último ambiente que a pessoa com LM irá desenvolver o que lhe foi orientado, integrando ao cotidiano e adaptando conforme sua realidade. Além disso, o processo de reabilitação no domicílio, também permite que a família participe e estimule esse indivíduo por meio de apoio, da construção de vínculos mais saudáveis, favorecendo a autonomia e a interdependência quotidiana pessoa-família e profissionais de saúde.

Dessa maneira, a reabilitação é um caminho para o Florescimento da vida, onde cada pessoa no seu modo singular e autêntico de ser, transfigura suas limitações em verdadeiras potências do viver. Assim, o processo de reabilitação de pessoas com LM e suas famílias é uma construção que envolve os relacionamentos, a presença de emoções positivas, a presença do engajamento, de sentido e realização.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, G.R. **Assistência às pessoas com disfunções miccionais**: guia de orientação para profissionais e gestores. São Paulo, 2013.

BONATELLI, L.C.S., SCHIER, J., GIRONDI, J.B.R., HAMMERSCHMIDT, K.S.D.A., & TRISTÃO, F.R. **Centro-dia**: uma opção no atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual. *Saúde em Debate*, n.42, p.: 669-675, 2018.

_____. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 24 jul. 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em 15 abr. 2020.

_____. **Lei nº 13.409**, de 28 de dezembro de 2016. Altera a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, para dispor sobre a reserva de vagas para pessoas com deficiência nos cursos técnico de nível médio e superior das instituições federais de ensino. Brasília, DF, 28 dez. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13409.htm>. Acesso em 15 abr. 2020.

_____. **Lei nº 13.146**, de 06 de junho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 06 jun. 2015. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Espasticidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-espasticidade-livro-2009.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CAMPOY, Laura Terenciani et al . Reabilitação intestinal de indivíduos com lesão medular: produção de vídeo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 5, p. 2376-2382, out. 2018.

GIRONDI, J.R. et al. Idosos com deficiência intelectual: características sociodemográficas, condições clínicas e dependência funcional. **Rev enferm UERJ**, n.26, e22781, 2018.

GREVE, J.M.D.A. **Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Rocca; 2007.

HOEMAN, S.P. **Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados**. Portugal: Lusodidacta; 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. **Clean intermittent vesical catheterization**. 2016. Disponível em: www.ics.org/ Acesso em: 10 abr de 2020.

KENNEDY, P.; LUDE, P.; ELFSTRÖM, M. L.; SMITHSON, E. Appraisals, coping and adjustment pre and post SCI rehabilitation: a 2-year follow-up study, (versão eletrônica). **Spinal Cord**, v. 50, n. 2, feb., p.112-118, 2012.

LIMA, N. B. A. et al. Importance of mobility for quadriplegics and paraplegics: implementation of nursing knowledge in care multidimensional. **Revista fundam care online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 289-296, 2017.

LOURENÇO, M.J. FERREIRA, O. BAIXINHO, C.L. **Terapêutica de posição: contributo para um cuidado de saúde seguro**. Porto: Lusodidacta, 2016.

MARQUES, V.C. SOUZA, L. **Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Porto: Lusodidacta, 2017.

NITSCHKE, R.G. et al. Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p.1-12, 2017.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência** /world Health Organization 2011. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) . **The Newsletter of the Pan American Health Organization**. 2006. Disponível em: <<http://www1.paho.org/home.htm> > Acesso em: 15 de abr. de 2020.

PUHLMANN, F.A. **A revolução sexual sobre rodas: conquistando o afeto e a autonomia**. 2. ed. São Paulo: Nome da Rosa; 2006.

RUIZ, A. G. B. et al. Atuação da rede de apoio às pessoas com lesão medular. **Rev. Min. Enferm. Minas Gerais**, v. 22, p. 1-9, 2018.

SOUZA, L.A. FARO A.C.M. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. **Revista Enfermería Global**, Espanha,v.24, n. 3, p. 290-306, out. 2011.

THOLL, A.D. et al. **Manual de cuidados para pessoas com lesão medular e famílias no cotidiano.** UFSC: Florianópolis. 1.ed. 2020.

THOLL, A.D. **O cotidiano e o Ritmo de vida de pessoas com lesão medular e suas famílias:** potências e limites na adesão à reabilitação para a promoção da saúde. 2015. 250f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

THOLL, A.D. et al., **O cuidado de enfermagem no cotidiano do processo de reabilitação da pessoa com deficiência física.** In: PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Idoso: Ciclo 1/ organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem | organizadora-geral: Angela Mana Alvarez organizadoras: Célia Pereira Caldas, Lucia Hisako Takase Gonçalves. -- Porto Alegre Artmed Panamericana, 2019.

THOLL, A. D. et al. Do ninho ao voo da liberdade: cuidando de pessoas com lesão medular e suas famílias no cotidiano de um centro de reabilitação. In: Elsen, I. et al (ORG.) **Enfermagem com famílias:** modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros.Ed. Papa Livro: Florianópolis, 2016.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Anastomose 2, 141

Apendicite Aguda 137, 139, 141

Atenção Primária À Saúde 88, 89, 161, 162, 163, 164, 166, 172

B

Balão Gástrico 2, 3, 5, 7

Beta-Lactamase 20, 21, 22, 23, 24

C

Criança 39, 67, 68, 69, 82, 85, 87, 88, 89, 154

D

Diagnóstico Precoce 30, 35, 83, 88, 157

Diálise 27, 28, 29, 30, 32, 35

Direito À Saúde 91, 94

Divertículo De Meckel 142

E

Emergência 3, 8, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 93, 99, 100, 155

Enfermagem 27, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 58, 65, 68, 69, 83, 86, 89, 102, 109, 110, 112, 113, 128, 129, 136, 143, 146, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 163

Enfermagem Obstétrica 36, 37, 39, 44, 45, 46

Equipe Multiprofissional 98, 114, 144, 146, 147, 155, 161, 162, 163, 164, 166

Estratégia Saúde Da Família 50, 54, 55, 56, 58, 82, 85, 109, 164, 166

F

Família 39, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 71, 72, 82, 84, 85, 87, 88, 89, 99, 100, 109, 113, 114, 115, 117, 119, 122, 123, 126, 127, 134, 146, 147, 148, 162, 164, 166

H

H1N1 71, 72, 73, 76, 77, 79, 80, 81

Hemorragia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 34, 140, 142

Hipertensão Portal 2, 3, 4, 5, 9

Hospitalização 30, 61, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 114

Humanização 36, 37, 39, 43, 44, 45, 46, 67, 69

I

Influenza A 71, 72, 73, 74, 76, 77, 80, 81

L

Laços Sociais 47, 48

Lesão Medular 102, 103, 105, 112, 113, 116, 125, 128, 129

Lesão Renal Crônica 27, 28, 30, 32

M

Medula Espinhal 103, 109, 112, 114

N

Neuraminidase 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81

O

Obstetrícia 60, 65, 70

Obstrução Intestinal 137, 139

Ocitocina 41, 45, 47, 48, 49

P

Para-Aletas 103

Parto Cesáreo 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69

Pediatria 149, 150, 152, 153, 155, 159

Pneumonia 3, 7, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89

Políticas Públicas 37, 38, 90, 91, 98, 100, 146, 167, 171

Psicologia Positiva 130, 131, 132, 133, 134, 135

R

Reabilitação 52, 105, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129

Resistência Antibiótica 21

S

Sáculo Distal 137

Saúde Da Mulher 58, 61, 62, 143, 145, 148, 167

Saúde Mental 48, 99, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 143, 148, 168, 171

Segurança Do Paciente 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 165

Suplementação 124, 156, 157, 158, 159, 173

SUS 39, 52, 57, 90, 91, 97, 98, 99, 100, 101, 114, 121, 126, 162

T

Terapia Nutricional 157, 158, 174

Trabalho Feminino 143, 145

Trabalho Rural 143, 144, 145

Transtorno Autístico 157, 158

U

Úlcera 8, 102, 103, 104, 109, 110

V

Varizes Esofágicas 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10

Violência Doméstica 148, 167, 168, 169, 170, 171, 172

Vitamina D 156, 157, 158, 159

 **Atena**
Editora

2 0 2 0