

Produção científica e atuação profissional:

Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari
(Organizadora)



**Atena**
Editora
Ano 2021

Produção científica e atuação profissional:

Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**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

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
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
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
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 Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Produção científica e atuação profissional: aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P964 Produção científica e atuação profissional: aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional / Organizadora Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-476-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.761212809>

1. Fisioterapia. 2. Terapia ocupacional. I. Ferrari, Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa (Organizadora). II. Título.

CDD 615.82

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária. A fisioterapia e a terapia ocupacional fazem parte dessas equipes e a cada dia que passa a inserção e o papel do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional crescem e são imprescindíveis no trabalho multiprofissional.

Olhar para o paciente através dos olhos de uma equipe e trabalho multiprofissional torna o atendimento humanizado e os resultados positivos e satisfatórios são vistos mais rapidamente.

Neste E-book “Produção científica e atuação profissional: Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional” trazemos como objetivo a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe seus capítulos. O volume abordará de forma categorizada, interdisciplinar e multiprofissional, através de demandas atuais de conhecimento, trabalhos, pesquisas, e revisões de literatura nas áreas de fisioterapia e terapia ocupacional.

Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para a exposição e divulgação dos resultados científicos.


Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO PULMONAR EM TEMPOS DE COVID- 19

Érika Lopes Muniz da Silva
Ana Clara Silva Dourado
Cinara de Souza Nunes
Bianca Lima Machado
Ingrid Liberato Schoellkopf
Wesley Salviano de Souza
Gabriela Ataidés de Oliveira
Flávia Miquetichuc Nogueira Nascente
Luciana Zaranza Monteiro
Albênica Paulino dos Santos Bontempo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128091>

CAPÍTULO 2..... 16

COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS DOS PACIENTES COM POLITRAUMATISMO EM UM HOSPITAL EM SANTO ANDRÉ: ESTUDO RETROSPECTIVO


Cintia Freire Carniel
Bruna Santiago
Michael da Silva Siqueira
Tatiana Gonçalves dos Reis
Cláudia Lunardi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128092>

CAPÍTULO 3..... 30

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA MÁXIMA DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE


Odinésio Felipe da Silva Oliveira
Alexandra Batista da Silva
Carla Jeane Aguiar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128093>

CAPÍTULO 4..... 41

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NA ÊNFASE EM CUIDADOS CRÍTICOS

Mariane Inês Bolson Moro
Bruna Luciano Farias
Raphael Maciel da Silva Caballero

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128094>


CAPÍTULO 5..... 55

A PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Caliandre Izuel Custódio Castro

Ketlen de Paula Souza

Adália Lopes da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128095>

CAPÍTULO 6..... 68

EFEITOS DOS EXERCÍCIOS FISIOTERAPEUTICOS EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Sérgio Henrique da Rocha Sousa

Waylla Marya da Rocha Soares

Jaína da Silva Araújo

Luana da Cruz da Silva Santos

Liana Osório Fernandes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128096>

CAPÍTULO 7..... 76

CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Gabriela Cavalcanti de Vitta


Cintia Freire Carniel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128097>

CAPÍTULO 8..... 87

O PALHAÇO: UM PROFISSIONAL DA ARTETERAPIA QUE CONTRIBUI PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Denise Garófalo Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128098>


CAPÍTULO 9..... 100

PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES DE IDOSOS PERANTE A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

Thais Torri Bottari

Aline Sarturi Ponte

Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128099>

CAPÍTULO 10..... 114

ANÁLISE DOS ASPECTOS COGNITIVOS DE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO RIO GRANDE DO SUL, RS, BRASIL

Eduardo Jardim Fagundes Villas Bôas

Miriam Cabrera Corvelo Delboni

Aline Sarturi Ponte

Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280910>

CAPÍTULO 11..... 133

ANÁLISE DAS REDES DE APOIO SOCIAL DE IDOSO ATIVOS


Danielle dos Santos Cutrim Garros
Camila Megumi Kanashiro Azevedo
Camila Boarini dos Santos
Aila Narene Dawache Criado Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280911>

CAPÍTULO 12..... 145

O USO DA PLATAFORMA *TIMOCCO*® COM CLIENTE NEUROLÓGICO ADULTO NA TERAPIA OCUPACIONAL – ESTUDO DE CASO


Gilma Corrêa Coutinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280912>

CAPÍTULO 13..... 155

O USO DA TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA ESPASTICIDADE APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA


Diogo Ramon Nascimento de Oliveira
Inajara Meireles Barbosa Paiva
Renata Figueiredo Anomal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280913>

CAPÍTULO 14..... 166

A ARTETERAPIA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA NA SAÚDE


Tânia Mara Mattiello Rossetto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280914>

CAPÍTULO 15..... 172

USO DE ÓLEOS ESSENCIAIS COMO PRINCÍPIO ATIVO EM LOÇÕES FITOTERÁPICAS

Elis Regina Pastre de Carvalho
Magaly Jandrey
Aline Cristina Giachini
Alexsandra Correia Baumgartner
Ricardo Awane Nóbile
Jocimar Tomaz
Juliano Ferreira de Lima
Gesiel Motta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280915>

CAPÍTULO 16..... 180

SUICÍDIO: A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA PREVENTIVA


Ana Laura Passos de Magalhães
Sulthane Joshua Santos Sousa
Anna Paula Nogueira de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280916>

CAPÍTULO 17..... 183

EFEITOS DO EXERCÍCIO DE VIBRAÇÃO DE CORPO INTEIRO NOS SINTOMAS DA OSTEoarTRITE DE JOELHO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA


Rayssa Menezes de Carvalho
Luciana Pinheiro Miguel
Leonardo de Sousa Silva
Bianca de Moraes Tomaz
Carlos Alberto Maia Ponte
Marcia Cristina Moura-Fernandes
Mariel Patricio de Oliveira Junior
Marco Antonio de Souza Gama
Ana Carolina Coelho-Oliveira
Francisco José Salustiano da Silva
Mario Bernardo-Filho
Danúbia da Cunha de Sá-Caputo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280917>

CAPÍTULO 18..... 201

EFEITOS DA HIDROTERAPIA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR FIBROMIALGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Paula Lemos Ribeiro
Maria Beatriz Cardoso Magalhães Damasceno
Mariana dos Anjos Furtado de Sá

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280918>

SOBRE O ORGANIZADORA 210

ÍNDICE REMISSIVO..... 211

CAPÍTULO 7

CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Data de aceite: 01/09/2021

Gabriela Cavalcanti de Vitta

Centro Universitário FMABC
Santo André - SP

Cintia Freire Carniel

Centro Universitário FMABC
Santo André - SP

RESUMO: Introdução: A PCR em pediatria é diferente do adulto, 90% dos casos são decorrentes de uma deterioração das funções respiratórias progressivas o que leva a uma parada cardiorrespiratória por hipoxemia, devido à má circulação sistêmica. De uma maneira geral, é importante saber identificar o paciente em PCR, a sequência de algoritmos para ter uma RCP de qualidade, visando seguir os valores padrões de compressões/ventilações com balão auto inflável ou via área avançada, e respeitar os cuidados pós RCP para uma melhor qualidade de vida dos pacientes pós-alta. **Objetivo:** Verificar o conhecimento da equipe multidisciplinar sobre emergências na enfermagem pediátrica e analisar a necessidade de treinamento dos profissionais atuantes do setor. **Metodologia:** Foi realizado estudo de campo, com a aplicação de um questionário com 06 questões de múltipla escolha para a equipe multidisciplinar do Hospital Estadual Mario Covas do setor de enfermagem pediátrica, no mês de dezembro de 2018, para analisar o conhecimento dos profissionais atuantes do setor e analisar a

necessidade de treinamentos. **Resultados:** O questionário de emergências pediátricas obteve uma classificação pela quantidade de acertos de cada equipe por ruim, regular ou bom de acordo com as respostas corretas, ruim significa acertar de 0 a 2 questões, regular de 3 a 4 questões e bom de 5 a 6 questões, a maioria dos profissionais acertou somente cerca de 3 a 4 questões que corresponde a 65,38% dos participantes. **Conclusão:** O presente estudo avaliou que é preciso um reforço no treinamento da equipe em relação à PCR em pediatria do setor para proporcionar um melhor atendimento a todos.

PALAVRAS - CHAVE: Fisioterapia Pediátrica; Parada Cardiorrespiratória; Reanimação; Cuidados Pós Reanimação.

KNOWLEDGE AND PERFORMANCE OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM IN PEDIATRIC EMERGENCIES

ABSTRACT: Introduction: Pediatric PCR is different from that of adults, 90% of cases are due to deterioration of progressive respiratory functions, which leads to cardiorespiratory arrest due to hypoxemia due to poor systemic circulation. In general, it is important to know how to identify the patient in CRP, the sequence of algorithms to have a quality CRP, in order to follow the standard values of compressions / ventilations with an auto inflatable balloon or an advanced area, and to respect post CPR care for quality of life of post-discharge patients. **Objective:** To verify the knowledge of the multidisciplinary team on emergencies in the

pediatric ward and to analyze the need for training of professionals working in the sector. **Methods:** A field study was carried out with the application of a questionnaire with 6 multiple choice questions for the multidisciplinary team of the Pediatric Infirmiry Department of the Pediatric Infirmiry Hospital, in December 2018, to analyze the knowledge of the professionals working in the sector and analyze the need for training. **Results:** The pediatric emergency questionnaire obtained a classification by the number of correct answers of each team by bad, regular or good according to the correct answers, bad means to correct from 0 to 2 questions, regular from 3 to 4 questions and good from 5 to 6 questions, most professionals answered only about 3 to 4 questions that correspond to 65.38% of the participants. **Conclusion:** The present study evaluated that it is necessary to reinforce the team's training in relation to CRP in pediatrics of the sector to provide a better service to all.

KEYWORDS: Pediatric Physiotherapy; Cardiorespiratory arrest; Resuscitation; Post Resuscitation Care.

INTRODUÇÃO

O setor de urgência e emergência de um hospital é o principal preditor das internações da instituição vigente. Desta forma, os diagnósticos de admissão nas unidades de urgências são subdivididos em condições: cardiovascular, pulmonar, cerebrovascular, distúrbios metabólicos, gastrointestinais e intoxicações exógenas (MASTROANTONIO et al, 2018).

Segundo *Gonzalez et al, 2013*, estima-se aproximadamente 200.000 mil casos de paradas cardiorrespiratórias (PCR) por ano no Brasil, metade destes casos acontecendo no âmbito intra-hospitalar e a outra em ambientes extra-hospitalares.

A sobrevida em relação à pediatria depende inteiramente dos cuidados emergenciais imediatos e eficazes no ato da PCR tanto em ambiente hospitalar ou extra-hospitalar. Dados enfatizam que em torno de 70% dos casos que são atendidos com precisão e rapidez no ambiente extra-hospitalar, obtém impacto importante na sobrevida do paciente sem sequelas neurológicas, portanto é importante o conhecimento por leigos sobre as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP).

De acordo com *Neves et al, 2010* independente da área exercida pelo profissional da saúde ou leigos, todos devem obter conhecimento sobre suporte básico de vida (SBV), e se manter atualizado.

A PCR em pediatria é diferente quando comparada ao adulto. Em adultos cerca de 90% dos casos acontecem devido a um evento inesperado de forma súbita com origem cardíaca. Em pediatria somente 10% dos casos ocorrem por algum evento cardíaco e/ou inesperado, cerca de 90% dos casos são decorrentes de uma deterioração da função respiratória progressiva o que leva a uma PCR por hipoxemia, devido à má circulação sistêmica (REIS et al, 1999).

Independente do evento inicial, imediatamente acontece a falência cardiopulmonar,

ou seja, diminui oxigenação, ventilação e perfusão tecidual, e o paciente apresenta-se clinicamente com ausência de movimentação da caixa torácica, em apneia, sem pulso detectável e inconsciente.

A monitorização do ritmo cardíaco não é preditor para início da reanimação cardiopulmonar, mas serve para direcionar a terapêutica em condições de suporte de vida avançado. Os ritmos de parada cardíaca mais comum em menores de 12 anos é a atividade elétrica sem pulso (AESP) e a assistolia, enquanto a fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular (TV) sem pulso acontecem em casos de colapso súbito (MATSUNO et al 2012).

O conceito de Suporte Básico de Vida Pediátrico é um conjunto de procedimentos sequenciais com o objetivo de fornecer oxigenação sistêmica, sem o recurso de equipamentos diferenciados, até que possa ser incluído o *pediatrics advanced life support* (PALS) (DFEM, 2017).

De acordo com *Carvalho et al 2016*, a recomendação a ser seguida na RCP é a C-A-B, ou seja, compressões, permeabilização das vias aéreas e ventilações. Como se trata de um protocolo sequencial, primeiramente ao reconhecer a vítima avalie a segurança local e tente uma resposta do indivíduo, chame ajuda e acione o serviço médico de emergência. Observe se há respiração e o pulso central, se apresentar respiração normal e pulso monitore junto com equipe médica, se apresentar ausência de respiração e pulso presente iniciar ventilações de resgate, ou seja, 01 ventilação a cada 3-5 segundos ou 12-20 ventilações por minuto, iniciando compressões caso o pulso apresentar sinais de perfusão inadequada. Se o indivíduo apresentar ausência de pulso iniciar RCP. Ao observar respiração e pulso o paciente apresenta sinais de colapso súbito presenciado, inicie desfibrilador externo automático, caso não seja presenciado inicie RCP. Apenas um socorrista, realiza trinta compressões e duas ventilações (30:2), se houver outro socorrista, realiza quinze compressões e duas ventilações (15:2), e use o desfibrilador externo automático (DEA) assim que disponível.

O DEA deve ser posicionado para analisar o ritmo cardíaco deste paciente, se é chocável ou não. Se for ritmo chocável aplique um choque, reinicie RCP por mais dois minutos até que o DEA verifique pulso novamente, e assim sucessivamente, ou até que o suporte de vida avançado assuma ou a vítima se movimente e recupere seus sinais vitais. Se não for um ritmo chocável, continue a RCP até que a equipe de suporte avançado de vida assuma.

Após a ressuscitação em pediatria recomenda-se controle hemodinâmico como normotermia (36° a 37,5°), administração de fluidos, medicamentos vasoativos e controle da saturação entre 94-99%.

O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento da equipe multidisciplinar sobre emergências na enfermaria pediátrica e analisar a necessidade de treinamento dos profissionais atuantes do setor.

METODOLOGIA

Foi aplicado um questionário com 06 questões relacionadas ao tema “Parada Cardiorrespiratória em Pediatria”, e os participantes do estudo tiveram que assinar o termo de compromisso livre e esclarecido (TCLE). O questionário foi aplicado no mês de dezembro de 2018, onde foram incluídos, 26 profissionais da área da saúde, entre eles, 04 fisioterapeutas, 18 profissionais da equipe de enfermagem e 04 médicos, atuantes no setor enfermagem pediátrica do Hospital Estadual Mário Covas de Santo André. A aplicação do questionário teve duração de duas horas por plantão, com a autorização do supervisor responsável no horário. Os participantes que recusaram responder o questionário não sofreram nenhuma punição, ou represarias.

Foi entregue individualmente para cada participante um questionário com 06 questões de múltipla escolha sobre emergências pediátricas, com questões que abordam desde a identificação de uma emergência até a atuação propriamente dita, e também entregue o TCLE. Após responderem o questionário todos os participantes receberam uma folha de respostas, onde continha a resposta correta de cada questão.

A avaliação foi feita por meio de uma classificação simples de quantidade de acertos, sendo classificado em ruim aqueles que acertaram entre 0 e 2 questões, regular os profissionais que acertaram de 3 a 4 questões e bom aqueles que acertaram de 5 a 6 questões do questionário.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis qualitativas foram apresentadas por frequência absoluta e frequência relativa e a variável quantidade de acertos foi apresentada por média, desvio-padrão e valores de intervalo de confiança de 95%, mediante teste de normalidade dos dados de Shapiro-Wilk ($p > 0.05$).

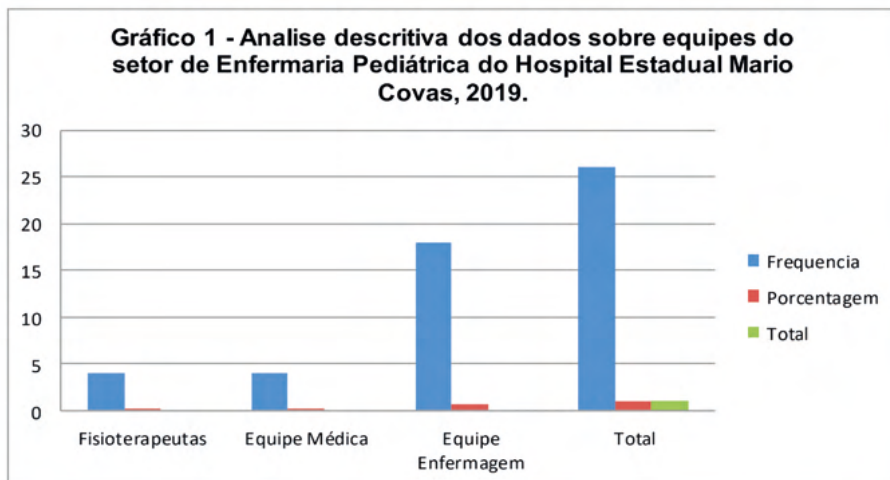
Ao comparar a classificação de acertos entre as equipes foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Para esta análise o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. O programa estatístico utilizado foi Stata versão 11.0.

RESULTADOS

A aplicação do questionário proposto consistiu em dois dias consecutivos ao setor de enfermagem pediátrica do Hospital Estadual Mario covas, com duração de duas horas nas trocas de plantão pela acadêmica Gabriela Cavalcanti de Vitta, sendo explicado a cada participante do que se tratava o questionário, que é um questionário sobre emergências pediátricas que contém questões de reconhecimento PCR, técnicas a serem seguidas, e abordagens a serem abordadas.

Equipe	Frequência	Porcentagem
Fisioterapeutas	4	15.38
Médicos	4	15.38
Enfermagem	18	69.23
Total	26	99,99%

TABELA 1 – Análise descritiva dos dados sobre equipes do setor de Enfermagem Pediátrica do Hospital Estadual Mario Covas, 2019.

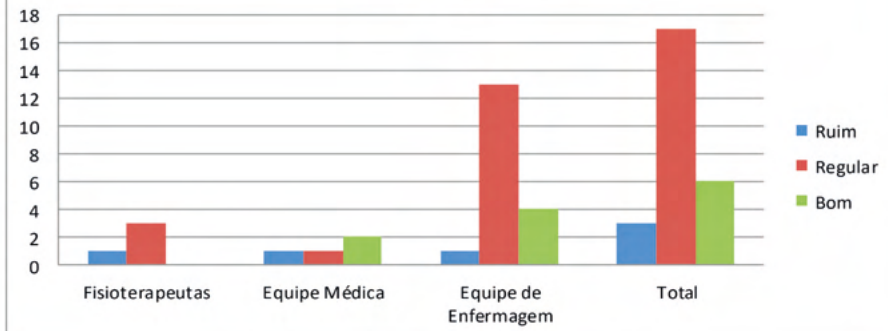


A tabela e o gráfico 1 é referente à quantidade de profissionais que aceitaram responder ao questionário proposto, sendo eles, 15,38% da equipe de fisioterapeutas do setor, 15,38% equipe médica do setor e 69,23% equipe de enfermagem do setor, obtendo assim um resultado final de 99,99% de funcionários que aceitaram responder ao questionário.

Equipe	Acertos			TOTAL
	RUIM	REGULAR	BOM	
Fisioterapeutas	1 25%	3 75%	0 0%	4 100%
Médicos	1 25%	1 25%	2 50%	4 100%
Enfermagem	1 5,56%	13 72,22%	4 22,22%	18 100%
Total	3 11,54%	17 65,38%	6 23,08%	26 100%

TABELA 2 – Classificação das respostas em geral sobre o questionário de Emergências Pediátricas no setor de Enfermagem Pediátrica do Hospital Estadual Mario Covas, 2019.

Gráfico 2 - Classificação das respostas em geral sobre o questionário de Emergências Pediátricas no setor de Enfermaria Pediátrica do Hospital Estadual Mario Covas, 2019.



A tabela e o gráfico 2 representam a quantidade de acertos por equipes em um geral sobre o questionário de emergências pediátricas classificando a quantidade de acertos de cada equipe por ruim, regular ou bom de acordo com as respostas corretas, por exemplo, ruim significa acertar de 0 a 2 questões, regular de 3 a 4 questões e bom de 5 a 6 questões, e como podemos analisar de um modo geral todas as equipes se mantiveram com a pontuação em nível regular, ou seja, a maioria dos profissionais acertaram somente cerca de 3 a 4 questões que corresponde a 65,38% dos participantes.

DISCUSSÃO

A PCR apresenta um índice elevado de morbimortalidade mesmo em locais de pronto atendimento. Por isso, os ambientes intra-hospitalar exigem que os profissionais atuantes tenham uma ação imediata e eficaz no atendimento, pois se sabe que um atendimento coeso e eficaz aumenta a sobrevida do paciente (Guilherme, 2016).

Alguns autores como *PINHEIRO et al 2018* confirmam que a PCR é a cessação das funções cardíacas, respiratórias e cerebrais, pela ausência do pulso central, dos movimentos respiratórios (apnéia) e alteração do estado de consciência. Segundo *Santos 2018*, quando a reanimação é feita com técnicas corretas, o sucesso é obtido em partes desses pacientes, sendo que cerca de 20% destas crianças se manterão vivas após um ano da alta hospitalar e a maioria destes sobreviventes apresentará sequelas significativas. Ou seja, precisamos entender que é sempre importante identificar os pacientes com potencial risco de uma parada cardíaca do que ter que reanimar uma criança.

Os sinais nos pacientes adultos comparados à pediatria são um pouco diferentes, sendo em adultos: rebaixamento de nível de consciência, sem respiração ou respiração anormal (gasping) e sem pulso central, e em pediatria é verificado inconsciência, apnéia ou respiração agônica, ausência de pulso em grandes artérias, bradicardia (<60bpm) com

sinais de hipoperfusão. No geral, as principais causas de PCR são: hipovolemia, hipóxia, hipotermia, acidose, hipo/hipercalcemia, tromboembolismo pulmonar, infarto agudo do miocárdio, pneumotórax, tamponamento cardíaco e intoxicação (Silva, 2018).

É de suma importância o reconhecimento da PCR e a identificação da modalidade desta situação, ou seja, o ritmo da PCR, sendo a mais comum em pediatria a assistolia, não exclusiva, pois temos que considerar ser atividade elétrica sem pulso (AESP), uma fibrilação ventricular (FV) ou uma taquicardia ventricular (TV), para assim traçar os objetivos de prolongamento das compressões torácicas em ritmos não chocáveis (assistolia e AESP) e desfibrilação em ritmos chocáveis (FV e TV) (Espindola, 2018).

Segundo Santos et al 2017 a monitorização intra hospitalar é muito importante e possui uma melhor condição de cuidados ao paciente por ter uma equipe multidisciplinar permanentemente em alerta para iniciar RCP se necessário, segue-se essa cadeia de sobrevivência intra-hospitalar:



Figura 1. Cadeia de sobrevivência intra-hospitalar.

Fonte: Santos et al 2017

- 1) Vigilância e prevenção;
- 2) Reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência;
- 3) RCP imediata e de alta qualidade;
- 4) Rápida desfibrilação;
- 5) Suporte avançado de vida e cuidados pós RCP.

Antigamente as orientações a serem seguidas para uma RCP de qualidade era a sequência de procedimentos do suporte básico de vida de A-B-C, que corresponde a ordem de: vias aéreas, respiração e compressões torácicas, e que verificaram que tanto em adultos quanto em crianças maiores de um ano de vida a sequência mais adequada seria C-A-B, que corresponde à: compressões torácicas, vias aéreas e respiração, pois segundo essa nova diretriz as compressões torácicas de alta qualidade, que são realizadas de forma intensa e rápida, permitem que o coração se encha novamente antes da próxima compressão (Falcão et al, 2011). Ao aplicar o questionário podemos analisar no geral que apenas 53,85% dos participantes acertaram a questão correspondente ao algoritmo do SBV com um ou mais socorristas.

Segundo BALDOINO 2018, o reconhecimento da cessação da circulação é de

extrema importância, pois a cada minuto que passa aumenta os riscos de lesões cerebrais irreversíveis, portanto quanto mais rápido houver o reconhecimento da PCR e a uma atuação imediata e eficaz, haverá uma redução nas lesões cerebrais do paciente. A identificação da parada cardiorrespiratória em pediatria, 65,38% dos participantes acertou a questão, considerando que para reconhecer um paciente em PCR muitas vezes pode ser difícil, lembrando que quando há ausência de movimentação torácica e pulso nas grandes artérias, é necessário o acionamento da equipe e início rápido das compressões torácicas para minimizar possíveis lesões nos pacientes (SILVA, 2011).

Os pediatras e profissionais da saúde no geral são treinados para realizar a reanimação em mais de uma pessoa, sendo assim a relação ventilação/compressões segue a ordem de 15:2, sendo 15 compressões e 2 ventilações, quando o profissional se encontra sozinho dobra-se essa demanda, sendo 30 compressões para 2 ventilações, ou a equipe pode se organizar e realizar 5 ciclos de 30 compressões e 2 ventilações ou 10 ciclos de 15 compressões e 2 ventilações (BINKHORST, 2018). No geral todos os profissionais da área da saúde que responderam ao questionário, acertaram a relação ventilação/compressão, respondendo à questão D com um socorrista 30:2 e dois socorristas 15:2, sendo eles 76,92%.

A aplicação das compressões torácicas tem uma indicação de profundidade à 2 polegadas, que corresponde à 5 cm, para que seja considerada uma compressão eficaz e a frequência com que essas compressões são realizadas é de 100 a 120 por minuto, o tempo de compressão deve ser igual ao tempo de relaxamento, para que ocorra o retorno do tórax e o enchimento correto do coração até a próxima compressão (DOS SANTOS, 2017). Em relação ao questionário, 73,08% afirmaram que as compressões devem ser de 100 a 120 por minuto, pois não pode haver uma desordem dessa compressão e relaxamento para que ocorra a circulação correta.

Quando o paciente está em um tempo prolongado de reanimação sem sucesso e ele é entubado e conectado à uma ventilação de via área avançada, a relação ventilação e compressão perde-se a sincronia, enquanto está sendo ventilado com balão auto inflável manter a sincronia de 30:2 ou 15:2 e quando acontece a conexão à via área avançada as ventilações são mandadas a cada 6 segundos, contabilizando 10 ventilações por minuto, enquanto as ventilações acontecem as compressões são contínuas (CORDIOLI, 2018). A grande maioria das equipes que responderam a questão 05 metade dos participantes, 42,31%, responderam corretamente à alternativa correspondente, a outra metade, 42,31% responderam que não existe mais nenhuma ordem a ser seguida e realiza apenas compressões, sendo que as ventilações são de suma importância.

Referente aos cuidados pós-reanimação, 73,08% dos participantes acertaram a questão correspondente, ou seja, no geral toda a equipe considera o controle hemodinâmico, temperatura e oxigenação importantes para o melhor prognóstico do paciente. A temperatura normalmente é indicada a níveis mais baixos para evitar hipertermias para não acontecer

um aumento da pressão arterial sistêmica, frequência respiratória, entre outros, ou seja, de 32°C à 34°C nos primeiros dois dias, normalizando após para 36°/37,5°C (LOOK, 2018).

A monitorização da PAS maior ou igual a 90 mmHg; PAM maior ou igual a 65 mmHg e débito urinário de 0,5-1 ml/kg/min, observa-se um aumento da sobrevivência desses pacientes, e em algumas situações para obter esse controle hemodinâmico é necessário o uso de drogas vasoativas, para que a circulação cerebral seja efetiva, a eleição da droga a ser utilizada depende do quadro clínico e do paciente individualmente (MAURICIO, 2018).

A oxigenação após o retorno da circulação deve ser controlada em concentrações de O₂ que mantenham um PaO₂ em 60 a 100 mmHg ou a saturação em 94 - 100 %, o PaCO₂ deve ser avaliado a cada paciente específico, sendo permitido uma hipercapnia permissiva em torno de <80 mmHg (PESSOA, 2016).

Segundo *Felipe & Lopes 2018*, a importância do conhecimento em geral da equipe atuante na emergência pediátrica e a prática na realização de todos os passos do protocolo é de extrema importância para obter êxito na assistência ao paciente internado no ambiente intra-hospitalar.

CONCLUSÃO

O atendimento ao paciente pediátrico grave pode ocorrer em ambiente pré ou intra-hospitalar, e é necessário o treinamento de todas as equipes para atender toda e qualquer demanda dos pacientes em questão. Deste modo, com esse estudo foi possível avaliar que apesar de todas as equipes atuantes do setor obterem um conhecimento sobre parada cardiorrespiratória em pediatria, houve um resultado abaixo do esperado quanto à isso, sendo assim sugere-se uma capacitação à todos para melhor qualificar o atendimento do setor para eventuais emergências.

REFERÊNCIAS

AMADEU, Maria Simone Utida dos Santos et al. **Manual de normalização de documentos científicos: de acordo com as normas da ABNT**. 2015.

BALDOINO, Luciana Stanford. Nível de Conhecimento dos Enfermeiros sobre as Técnicas de Reanimação Cardiopulmonar. **Revista Interdisciplinar**, v. 11, n. 3, p. 22-35, 2018.

BINKHORST, Mathijs et al. Retention of knowledge and skills in pediatric basic life support amongst pediatricians. **European journal of pediatrics**, v. 177, n. 7, p. 1089-1099, 2018.

CARVALHO PRA, Ferreira AR, Silva VB, Loch LF. Diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar pediátrica-2015. **Residência Pediátrica** 2016;6(3):155-163.

CORDIOLI, Ricardo Luiz et al. How ventilation is delivered during cardiopulmonary resuscitation: an international survey. **Respiratory care**, v. 63, n. 10, p. 1293-1301, 2018.

DFEM. Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Versão 3.0 - 1ª Edição 2017. Revisão da versão 2.0 - 1ª Edição 2012.

DOS SANTOS, Reginaldo Passoni; DA LUZ, Aparecida Passaura; ARALDI, Gabriela. **UPDATE OF THE GUIDELINES FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION—WHAT WERE THE MAIN CHANGES?**, 2017.

ESPINDOLA, Marisa Catarina Mesquita et al. Cardiorespiratory arrest: knowledge of nursing professionals in an intensive therapy unit. **Journal of Nursing UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 11, n. 7, p. 2773-2778, 2017

FALCÃO, Luis Fernando dos Reis et al. Atualização das Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar de Interesse ao Anestesiologista. **Rev Bras Anesthesiol** 2011; 61: 5: 624-640.

FELIPE, MARIELE DE CARVALHO; CARDOSO, ADILSON LOPES. Conhecimento da equipe de enfermagem no atendimento a pacientes em parada cardiorrespiratória. **REVISTA UNINGÁ**, v. 37, n. 1, 2018.

FUNARO, Vânia Martins B. de Oliveira et al. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP 3ª edição Rev, Amp e Mod. São Paulo : **SIBiUSP**, 2016.

GONZALEZ, Maria Margarita et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 2, p 1-221, 2013.

GUILHERME, Maria Isabel Silva et al. O atendimento de enfermagem em casos de parada cardiorrespiratória (PCR). **Acesso em**, v. 17, 2016.

LOOK, Xinqi et al. Randomized controlled trial of internal and external targeted temperature management methods in post-cardiac arrest patients. **The American journal of emergency medicine**, v. 36, n. 1, p. 66-72, 2018.

MASTROANTONIO EM, Morais Junior SLA. O Fisioterapeuta como membro da equipe multidisciplinar no pronto socorro. **J Health Sci** 2018;20(1):34-9.

MATSUNO, Alessandra Kimie. Parada cardíaca em crianças. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 45, n. 2, p. 223-233, 2012.

MAURICIO, Evelyn Carla Borsari et al. Resultados da implementação dos cuidados integrados pós-parada cardiorrespiratória em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. 2993, 2018.

NEVES LMT, Silva MSV, Carneiro SR, Aquino VS, Reis HJL. Conhecimento de fisioterapeutas sobre a atuação em suporte básico de vida. **Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo**, v.17, n.1, p.69-74. Jan/mar. 2010.

PESSOA, Frederico Mitre et al. Suporte básico e avançado de vida em pediatria: histórico da implantação em Minas Gerais e atualização. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 5, p. S82-S89, 2016.

PINHEIRO, Diego Bruno Santos; DOS SANTOS JÚNIOR, Edson Batista; PINHEIRO, Liliane de Sousa Borges. Cardiorespiratory arrest: surveillance, prevention and care after CRP. **Journal of Research: Care is fundamental** online, v. 10, n. 2, p. 577-584, 2018.

Projeto Bombeiro Mirim: Primeiros Socorros. Santa Maria RS, 2017. Disponível em: <<http://projetobombeiromirimsm.blogspot.com/2017/11/definicao-cessacao-abrupta-das-funcoes.html>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

REIS, Amélia Gorete; VASCONCELLOS, M. C. Ressuscitação cardiopulmonar pediátrica. **J Pediatr (Rio J)**, v. 75, n. Supl 2, p. S159-67, 1999.

SANTOS, Ascendino Roberto dos et al. **Primeiros socorros**, 2017.

SANTOS, Elenito Bitencorth. Parada e Reanimação Cardiopulmonar em Criança: atuação da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica em hospital público de Vitória da Conquista Bahia. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 39, p. 410-431, 2018.

SILVA, Cleyton César Souto; DE HOLANDA, Aristofénes Rolim. PARADA CARDIORESPIRATÓRIA: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, p. 447-454, 2011.

SILVA, Maria Beatriz Silveira Schmitt. **Urgência e emergência: módulo 1: parada cardiorrespiratória**. 2018.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente Vascular Encefálico 12, 154, 155, 163

Apoio 12, 101, 103, 108, 110, 111, 112, 113, 116, 126, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 166

Arteterapia 11, 12, 87, 88, 89, 166, 167, 168, 169, 171

Ataxia 145, 146, 148, 152, 153, 154

Atelectasia 7, 16, 18, 22, 26, 27, 28

C

Capacitação de Recursos Humanos em Saúde 41

Coronavírus 1, 2, 4, 11, 12, 13

Covid-19 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

Criatividade 166, 168, 171

Cuidados paliativos 10, 11, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 87, 88, 89, 90, 97, 98

Cuidados Pós Reanimação 76

D

Doença Renal Crônica 10, 30, 31, 39, 40, 68, 74

E

Educação de Pós-Graduação 41

Equipe de Assistência ao Paciente 41

Exercício 13, 4, 6, 7, 8, 35, 46, 49, 70, 72, 73, 74, 75, 93, 141, 183, 184, 186, 187, 194, 195, 196, 210

Exercício de vibração de corpo inteiro 13, 183, 184, 194

F

Fibromialgia 13, 109, 201, 202, 203, 205, 206, 208, 209

Fisioterapia 2, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 23, 24, 26, 28, 29, 41, 43, 44, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 85, 102, 112, 133, 148, 155, 157, 159, 161, 163, 164, 184, 186, 189, 208, 209, 210

Fisioterapia Pediátrica 76

Fisioterapia respiratória 1, 2, 4, 6, 8, 11, 29

Fitoterápicos 172, 173

H

Hemodiálise 10, 30, 33, 34, 35, 37, 39, 40, 70, 71, 72, 73, 74, 75

Hidroterapia 13, 201, 203, 204, 205, 206, 208

I

Idoso 12, 88, 91, 93, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 116, 117, 127, 129, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143

Idosos 11, 87, 100, 102, 104, 112, 114, 129, 130

Insuficiência Renal 11, 30, 31, 38, 68, 69, 70, 71, 75

Insuficiência Renal Crônica Terminal 30

L

Loção 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178

M

Multiprofissional 41, 42, 43, 44, 45, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 210

O

Óleo de alecrim 172

Osteoartrite de joelho 13, 183, 184, 194, 199

P

Paciente Oncológico 55, 59, 60, 64, 65

Palhaço 11, 87, 89, 90, 92, 96, 97

Parada Cardiorrespiratória 76, 79, 83, 84, 85, 86

Plataforma vibratória 184, 187, 188, 189, 193, 194

Práticas Integrativas em Saúde 166

Pressão Expiratória Máxima 8, 30, 34, 35, 37

Pressões Respiratórias Máximas 30

Prevenção 13, 17, 18, 25, 56, 65, 68, 70, 82, 105, 109, 111, 112, 116, 125, 126, 127, 141, 180, 182, 186

Q

Qualidade de Vida 11, 13, 7, 8, 10, 11, 38, 40, 54, 57, 58, 59, 60, 63, 65, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 87, 88, 90, 97, 99, 101, 109, 113, 115, 116, 117, 126, 127, 128, 129, 130, 134, 135, 141, 142, 143, 146, 147, 156, 161, 162, 185, 186, 201, 202, 203, 205, 206, 208, 209, 210

R

Reabilitação 10, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 18, 28, 39, 60, 72, 102, 132, 145, 146, 147, 148, 152, 153, 154, 155, 164, 165, 168, 184, 194, 206, 210

reabilitação pulmonar 1, 3, 6, 7, 8

Reabilitação Pulmonar 10, 1, 6

Realidade Virtual 145, 146, 147, 152, 153, 154

Reanimação 76, 77, 78, 81, 83, 84, 86

Rede social 133, 141, 142, 144

S

Saúde Mental 8, 72, 94, 116, 166, 167, 168, 169, 170, 181, 182

Suicídio 12, 180, 181, 182

T

Terapia 2, 9, 10, 12, 2, 5, 6, 8, 12, 14, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 43, 44, 49, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 86, 87, 89, 100, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 117, 129, 133, 143, 145, 146, 148, 149, 152, 154, 155, 157, 161, 162, 164, 168, 180, 182, 189, 190, 206, 208, 210

Terapia Ocupacional 2, 9, 12, 12, 65, 100, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 117, 129, 133, 143, 145, 146, 148, 149, 152, 182, 189

Timocco 145, 146, 148, 154

Traumatismo múltiplo 16

U

Unidade de terapia intensiva 2, 25, 26, 28, 55, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 210

Produção científica e atuação profissional:

Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2021

Produção científica e atuação profissional:

Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2021