

## REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MIELOMENINGOCELE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM<sup>1</sup>

Giselle Lima de Freitas\*  
Roseni Rosângela de Sena\*\*  
Josana Cristina Faleiros e Silva\*\*\*  
Deyse Cardoso de Oliveira Braga\*\*\*\*  
Fabiana Faleiros \*\*\*\*\*

### RESUMO

O artigo foi desenvolvido por enfermeiras com mais de cinco anos de atuação, em uma rede de hospitais de reabilitação no Brasil, referência em toda a América Latina. O objetivo do presente estudo é de relatar a atuação de enfermeiras na reabilitação de crianças e adolescentes com mielomeningocele. As autoras realizaram reuniões presenciais e por videoconferência, discussões e troca de experiências até o consenso e validação do conteúdo. O relato foi organizado e dividido em três tópicos: capacitação para as atividades de vida diária; capacitação para a reabilitação vesicointestinal; capacitação para as atividades de vida prática: autonomia e participação. As famílias de indivíduos com mielomeningocele enfrentam dificuldades relacionadas à condição crônica e à escassez de serviço estruturado e humanizado que garanta e capacite quanto ao cuidado domiciliar. O desafio é fornecer subsídios que orientem profissionais na manutenção do cuidado domiciliar, melhorando a comunicação e promovendo a capacitação dos familiares das crianças e adolescentes com mielomeningocele.

**Palavras-chave:** Reabilitação. Meningomielocelo. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A Espinha Bífida (EB) aberta ou Mielomeningocele (MMC) é uma malformação congênita que ocorre devido ao defeito de fechamento do tubo neural embrionário resultando na exposição da medula espinhal e meninges na superfície dorsal do recém-nascido no momento do nascimento, caracterizando-se por uma protrusão cística de tecido nervoso exposto<sup>(1)</sup>.

A MMC é a doença congênita mais comum do sistema nervoso central (SNC)<sup>(1)</sup> compatível com a vida, com incidência global que varia de 0,1 a 10 casos para cada 1000 nascidos vivos<sup>(2)</sup>. Segundo os últimos dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o quarto país com maior taxa de incidência de MMC (1,139 a cada 1000 nascidos vivos)<sup>(3)</sup>.

O advento científico e tecnológico proporcionou um aumento da sobrevida, decorrente de inovações no tratamento, como a

cirurgia de fechamento da MMC, a válvula de derivação para tratamento da hidrocefalia (HC) e a realização do cateterismo vesical intermitente (CI) para prevenção da deterioração do trato renal<sup>(4)</sup>. Atualmente, têm-se as primeiras gerações adultas com MMC, gerando uma nova demanda de cuidados para a enfermagem de reabilitação. O enfermeiro de reabilitação desempenha um papel fundamental para que a pessoa com MMC atinja o máximo de seu potencial funcional, considerando os limites decorrentes de sua lesão<sup>(5)</sup>.

No entanto, apesar dos avanços no tratamento das complicações, a gestão das atividades de vida diária e participação, associadas ao déficit cognitivo, tem sido um desafio para essas pessoas, suas famílias e profissionais de saúde<sup>(6)</sup>.

Nesse contexto, o enfermeiro de reabilitação atua na capacitação dessas pessoas com MMC para a autogestão das atividades de vida diária, buscando maximizar a autonomia e a participação. Seguindo o conceito de reabilitação que considera, com fundamentos científicos, o desenvolvimento

\*Enfermeira. Doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: gisellelf@yahoo.com.br

\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Emérita do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *In memoriam*.

\*\*\*Enfermeira. Mestranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP/Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, Brasil. E-mail: jofsilva@usp.br

\*\*\*\*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: deysecard@yahoo.com.br

\*\*\*\*\*Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem da USP/Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brasil. E-mail: fabfaleiros@eerp.usp.br.

e/ou recuperação da funcionalidade do indivíduo, tendo como meta final a sua participação<sup>(7)</sup>.

Apesar da relevância da temática, no Brasil é escassa a literatura sobre enfermagem de reabilitação, especialmente a direcionada para estas pessoas com deficiência e suas especificidades. Nessa direção, este artigo tem como objetivo principal descrever a atuação de enfermeiros na reabilitação de pessoas com MMC, baseada na vivência de enfermeiras de uma rede hospitalar de reabilitação brasileira.

## PERFIL DOS PROFISSIONAIS E METODOLOGIA

O relato foi elaborado a partir da vivência profissional das autoras, entre 30 e 65 anos de idade, 4 enfermeiras, todas do sexo feminino, que atuam há mais de 5 anos na reabilitação de crianças e adolescentes com MMC, nas regiões nordeste e sudeste do país.

O interesse em concretizar este relato de experiência surgiu da vivência prática em comum entre as autoras, e, principalmente, visando responder a demanda de produção científica da enfermagem de reabilitação brasileira, ainda incipiente no país. Inicialmente foi elaborado um plano de trabalho composto por um cronograma de reuniões presenciais e videoconferências para discussões e troca de experiências, uma vez que as autoras encontravam-se em cidades diferentes, além de sete rodadas de revisões do relato propriamente dito até o consenso das autoras e validação do conteúdo, durante aproximadamente 12 meses.

O relato foi dividido em três tópicos que representam os principais focos de atuação da enfermagem na reabilitação: a) capacitação para as atividades de vida diária; b) capacitação para a reabilitação vesicointestinal; c) capacitação para as atividades de vida prática: autonomia e participação.

## RELATO DA ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

### Contextualizando a reabilitação na MMC

A reabilitação de indivíduos com MMC objetiva a funcionalidade, a autonomia e a participação na sociedade. Os enfermeiros de

reabilitação estão essencialmente envolvidos nesse processo, incentivando e capacitando o indivíduo e sua família para a realização das atividades de vida diária e prática<sup>(7)</sup>.

As sequelas ortopédicas, renais e neuropsicológicas inerentes à MMC a caracterizam como condição crônica<sup>(8)</sup>. As condições crônicas englobam problemas de saúde de natureza diversa, que persistem com o tempo, requerem certos cuidados profissionais permanentes e exigem alta demanda aos pacientes, às famílias e ao sistema de saúde. A condição crônica decorrente dessa malformação congênita afeta o cotidiano da família, implicando a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar, o qual impõe a necessidade de adaptações, gerando grande impacto nas atividades cotidianas, exigindo uma nova organização para o cuidado<sup>(9)</sup>.

Salienta-se que todo o processo de reabilitação na MMC é permeado pelas dificuldades decorrentes da doença, em especial o déficit cognitivo. Os déficits de atenção, de memória e os visuoespaciais estão associados à malformação de Arnold Chiari tipo II e à hidrocefalia. Os déficits visuoespaciais referem-se a atividades que requerem orientação, rapidez e coordenação, configuração espacial, relações entre as figuras, completar formas, algumas tarefas são visuais, outras gráfico-motoras, algumas exigem flexibilidade cognitiva e outras exigem a memória<sup>(10)</sup>. Outro fator que interfere na reabilitação é o contexto familiar, em especial o grau de investimento parental e as metas de socialização familiar.

O cuidado em reabilitação exige da enfermagem a capacidade de modificar sua ação, compartilhando a gestão e a responsabilidade do cuidado à pessoa e a sua família. Nesse sentido, o seguimento de protocolos preestabelecidos não garante a continuidade do plano de cuidados domiciliar, demandando uma relação intersubjetiva entre o enfermeiro e o indivíduo, buscando a individualidade para o sucesso da continuidade do plano de reabilitação<sup>(11)</sup>.

### Capacitação para as atividades de vida diária

As atividades de vida diária referem-se ao conjunto de ações desenvolvidas pelo indivíduo e pela família para atender às necessidades humanas, sendo aprendidas e aperfeiçoadas ao longo da vida. Entre elas estão: mobilização e locomoção,

higiene, vestir-se e despir-se e eliminações fisiológicas<sup>(4)</sup>.

Inicialmente, o enfermeiro deve avaliar o potencial e as dificuldades físicas e cognitivas do indivíduo, bem como o seu contexto familiar, por meio da observação participativa durante a realização das atividades de vida diária, identificando obstáculos e sugerindo adaptações e estratégias que facilitem seu desempenho<sup>(12)</sup>. Em seguida, indivíduos e familiares são capacitados para dar continuidade e praticá-las no domicílio. As estratégias de superação dos obstáculos são elaboradas no sentido de incentivar a realização das atividades de vida diária de maneira independente, de acordo com o potencial dos envolvidos.

O déficit ou a ausência de sensibilidade cutânea aumenta o risco de lesões de pele, devido à incapacidade de percepção dolorosa e de diferenças de temperatura. As úlceras por pressão, as queimaduras, os traumatismos e outras lesões cutâneas associadas ao uso de órteses em membros inferiores são comuns nessa população. A percepção corporal e o cuidado intensivo com a pele devem ser estimulados. O enfermeiro de reabilitação capacita para a prevenção das lesões, enfatiza o autoexame diário da pele, com inspeção prioritária das áreas com proeminências ósseas e proteção dos membros inferiores, em especial os pés, com o uso de calçados e órteses adaptados. Na identificação de área cutânea com hiperemia fixa (úlceras por pressão grau I), orienta-se a retirada da pressão, o repouso, a hidratação da pele e a helioterapia, até o restabelecimento da integridade cutânea. Os cadeirantes devem ser submetidos à restrição total ou parcial do uso da cadeira de rodas, no caso de úlceras por pressão nas regiões isquiáticas e sacral.

A higiene corporal e oral representam um cuidado humano básico, proporcionando a proteção da pele e da cavidade oral contra microrganismos patogênicos e a sensação de bem-estar. Para as pessoas com MMC, esse cuidado pode ser de difícil execução, principalmente devido à dificuldade de locomoção, ao déficit de atenção e à falta de banheiro adaptado. Entre as estratégias orientadas está o uso de roteiro impresso, plastificado e fixado no banheiro, com todas as etapas do banho e da escovação dental, associado à repetição diária da atividade até a sua memorização. As adaptações incluem as cadeiras

plásticas ou de banho confortáveis e seguras, bem como buchas com cabo alongado, que permitem a escovação das áreas mais distais do corpo. Para a higiene oral, trabalham-se o estabelecimento de horários, a maneira correta de escovação e o uso de fio dental e de escova adequada.

A atividade de toalete diz respeito à capacitação para o uso do sanitário de modo independente, para a eliminação intestinal e urinária. A atividade de toalete envolve também a troca de fraldas, cujo treino é orientado identificando-se as características individuais, buscando os melhores posicionamentos (sentado, deitado, ortostático) e locais (cama, cadeira de rodas) para a sua execução.

Para a avaliação do vestuário observa-se a capacidade de despir e vestir os membros superiores e inferiores. Busca-se direcionar e facilitar sua execução, por meio do reconhecimento da vestimenta (reverso e anverso) e de posicionamentos corporais e movimentos que dinamizem o vestuário. Para o uso de botões, laços, zíper, colchete e cadarço são utilizados cubos de pano, contendo um acessório em cada face. É recomendado o uso de roupas confortáveis, mais largas, sem acessórios que possam provocar lesões de pele e que facilitem o despir e o vestir.

O programa de reabilitação inclui a mobilidade, uma vez que a MMC ocasiona o déficit motor e a demanda por auxílios na locomoção, como bengalas, muletas, andadores, cadeiras de rodas, além das órteses para membros inferiores. A acessibilidade e as transferências, em especial para os cadeirantes, são trabalhadas no ambiente hospitalar, no domicílio e na comunidade<sup>(11)</sup>. A equipe, formada por enfermeiros, professores de educação física, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, pode trabalhar com um único indivíduo ou em grupos de indivíduos, sempre com características semelhantes. Orienta-se a empinar a cadeira de rodas para superar obstáculos, as transferências da cadeira de rodas para o carro-cama-chão-cadeira de banho, e vice-versa, utilizando-se tábuas de transferências, bem como a locomoção em ambientes acidentados, com ou sem alicive. Com supervisão profissional, os indivíduos são incentivados a locomover-se pelas ruas e calçadas da cidade e a utilizar o serviço de transporte público, trabalhando concomitantemente a participação como membros ativos na sociedade<sup>(13)</sup>.

A realização de grupos de atividades de vida diária é uma importante ferramenta de incentivo para a realização dessas práticas. A iniciativa agrega indivíduos da mesma faixa etária e com dificuldades semelhantes e os estimula para as atividades de vida diária, o que contribui para a motivação, cooperação e concentração dos participantes e familiares<sup>(14)</sup>.

### Capacitação para a reabilitação vesicointestinal

A reabilitação, reeducação ou manejo vesicointestinal refere-se ao conjunto de ações voltadas para o tratamento do intestino e da bexiga neurogênicos, na tentativa de se obter um novo padrão de funcionamento vesicointestinal<sup>(14)</sup>. Essa abordagem faz parte do programa de reabilitação de crianças e adolescentes com MMC, sendo o enfermeiro o principal responsável<sup>(15)</sup>.

O comprometimento do trato renal ocasionado pela bexiga neurogênica é caracterizado por incontinência urinária, infecções urinárias de repetição, refluxo vesicoureteral e hidronefrose, que podem levar à deterioração renal e às alterações na atividade sexual. Os objetivos do tratamento da bexiga neurogênica são a proteção da função renal e a continência urinária, para isso o cateterismo vesical intermitente (CI) é utilizado preferencialmente em todo o mundo promovendo o esvaziamento vesical em intervalos de tempo regulares, de quatro a seis vezes ao dia, por meio da inserção de um cateter uretral<sup>(16)</sup>.

A indicação do cateterismo acontece após propedêutica urológica, com a realização de exames laboratoriais, ultrassonografia e estudo urodinâmico. Confirmada a indicação do cateterismo, inicia-se a capacitação, preferencialmente do indivíduo com MMC, para o autocateterismo; ou do cuidador, para o cateterismo assistido, que deverá ser realizado de 4 a 6 vezes ao dia. A técnica limpa do CI é demonstrada por um enfermeiro de reabilitação e, em seguida, o cuidador ou indivíduo é acompanhado na realização do procedimento até que demonstre habilidade e segurança para sua execução sem a supervisão profissional, tomando-se apto para a continuidade do cuidado no domicílio.

As crianças com a capacidade cognitiva preservada começam a ser estimuladas quanto à realização do autocateterismo a partir de seis anos de idade, uma vez que proporciona aumento das chances de aquisição da continência urinária, além de mais controle corporal e responsabilização pelo

autocuidado, impulsionando a autonomia e a inserção social<sup>(14)</sup>. O enfermeiro deve estar atento para avaliar o potencial para a realização do autocateterismo. Essa avaliação consiste em verificar a capacidade motora do indivíduo, como o equilíbrio de tronco, a abdução e movimentação dos membros inferiores e superiores, incluindo a necessidade de adaptações. Visando a execução dos passos da técnica do autocateterismo vesical intermitente, como sentar-se, despir-se, higienizar-se, visualizar o meato uretral, introduzir o cateter pela uretra, vestir-se.

O intestino neurogênico provoca ora incontinência intestinal, ora constipação grave. Como recomendações para a reeducação intestinal, incluem-se a dieta rica em alimentos laxantes como frutas, verduras e óleos vegetais, bem como a ingestão hídrica adequada e a restrição de alimentos constipantes. As manobras de esvaziamento intestinal em sinergismo com a dieta laxante compõem uma parte imprescindível da reabilitação<sup>(17)</sup>.

As manobras de esvaziamento intestinal contemplam o treino de vaso diário, associado à massagem abdominal, à manobra de Valsalva com a prensa abdominal, ao toque dígito-anal e à extração manual de fezes, quando necessária. A massagem abdominal deve ser realizada em horários regulares, 30 a 45 minutos após as refeições, por cerca de 10 minutos, no sentido horário, obedecendo ao trajeto intestinal. O uso de emolientes como óleos e cremes é indicado para facilitar o deslizamento das mãos durante a massagem. A associação dessas manobras favorece o hábito intestinal diário e promove evacuação efetiva, evitando as perdas fecais ao longo do dia, bem como a constipação intestinal<sup>(17)</sup>.

### Capacitação para as atividades de vida prática: autonomia e participação

O processo de autonomia implica na pessoa assumir o protagonismo do seu cuidado, na medida em que este é partilhado entre cuidador/enfermeiro e ser cuidado/pessoa com MMC. Progressivamente, o conhecimento é construído pela participação de ambos, equilibrando necessidades e informações, potencialidades e vínculos<sup>(18)</sup>.

A participação está intimamente relacionada à autonomia. Engloba tarefas que promovem o gerenciamento da própria vida e participação na sociedade, sejam elas desenvolvidas em ambiente domiciliar ou na comunidade, também chamadas

de atividades de vida prática. Na reabilitação deve-se promover a capacitação para a organização do ambiente domiciliar, a aquisição e uso correto das medicações, a realização de tarefas domésticas, a administração dos recursos financeiros, o uso do transporte público, a realização de compras e o encaminhamento para a profissionalização e inserção no mercado de trabalho<sup>(19)</sup>.

A meta é promover o gerenciamento das necessidades cotidianas, incluindo toda a logística necessária ao autocuidado, e assim favorecer a inserção da pessoa na família e na comunidade. Com essa proposta, são desenvolvidos grupos com integrantes selecionados de acordo com a faixa etária, capacidade cognitiva e dificuldade motora.

No primeiro momento, orienta-se à realização de tarefas rotineiramente domiciliares, por meio de adaptações criadas no hospital. Essas atividades englobam a organização da casa, das roupas e da cama, a utilização de utensílios para limpeza doméstica e a manipulação de alimentos para preparar as próprias refeições.

No segundo momento, desenvolvem-se atividades práticas na comunidade. Os adolescentes saem às ruas, com a supervisão de profissionais, para desempenhar tarefas previamente programadas, como utilizar transporte público e fazer compras em supermercado, padaria e farmácia. O uso do dinheiro e o desenvolvimento de noções de tempo e espaço são estimulados. Familiares e cuidadores acompanham esse processo e são esclarecidos quanto à importância da realização das atividades pelos adolescentes, favorecendo seu raciocínio e estimulando sua autonomia e participação social. Para a continuidade, sugere-se o emprego de locais próximos da residência.

As atividades de vida prática incluem também a orientação sobre a profissionalização e sobre os direitos da pessoa com deficiência física crônica, visando ao empoderamento e à participação efetiva na sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As famílias de crianças e adolescentes com MMC enfrentam dificuldades relacionadas não apenas à condição crônica, mas também à escassez de serviço estruturado e humanizado que garanta e capacite para a aquisição do autocuidado, da autonomia e da participação.

O Sistema Único de Saúde (SUS), valendo-se do princípio doutrinário da integralidade, objetiva garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde disponíveis nos diferentes níveis de atenção, dos mais simples aos mais complexos, das ações de promoção, prevenção e tratamento à reabilitação. No entanto, considera-se que existem problemas na coordenação dos diversos serviços de saúde, assistenciais e sociais, representados pela baixa articulação em rede e pouca racionalização do sistema como um todo. Esse fato compromete o atendimento específico das necessidades das pessoas com MMC e suas famílias, que vai desde o atendimento na atenção primária durante o pré-natal até os serviços de reabilitação para a integração desses indivíduos na sociedade.

O desafio é estruturar uma rede de serviços de saúde que atenda a gestante do pré-natal ao puerpério, mantendo o cuidado domiciliar, melhorando a comunicação e promovendo a capacitação dos familiares das crianças com MMC. Assim proporcionando a reabilitação dessas pessoas com as metas de autonomia no autocuidado e de participação social desde os primeiros anos de vida.

Sugere-se a introdução da temática reabilitação e lesões medulares, congênitas e traumáticas nos programas de formação e capacitação de enfermeiros, com ênfase na capacitação pessoal e familiar. Há que se desenvolver e pesquisar novas tecnologias com o intuito de emponderar, adaptar e facilitar o cotidiano dessas pessoas que, em decorrência das alterações inerentes à MMC, são submetidos a cuidados de saúde que os levam a condições de vida muito diferentes dos seus pares de idade, prejudicando o desempenho do seu papel na sociedade.

---

## REHABILITATION OF INDIVIDUALS WITH MYELOMENINGOCELE: REPORT OF NURSING PRACTICE

### ABSTRACT

This article was developed by nurses with more than five years of practice, at a network of rehabilitation hospitals in Brazil, reference in Latin America. The objective of the present study is to report the activity of nurses in the rehabilitation of children and adolescents with myelomeningocele. The authors held face-to-face meetings and videoconferences, discussions and exchange of experiences until a consensus was reached and the content was validated. The report was

organized and divided into three topics: training for activities of daily living; training for vesicointestinal rehabilitation; training for activities of practical life: autonomy and participation. Families of individuals with myelomeningocele face difficulties related to the chronic condition and lack of structure and humanized services that guarantee and qualify home care. The challenge consists of providing subsidies that guide professionals in the maintenance of home care, improving communication and training family members of children and adolescents with myelomeningocele.

**Keywords:** Rehabilitation. Meningomyelocele. Nursing.

## REHABILITACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON MIELOMENINGOCELE: RELATO DE EXPERIENCIA DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

### RESUMEN

El artículo fue desarrollado por enfermeras con más de cinco años de experiencia, en una red de hospitales de rehabilitación en Brasil, una referencia en América Latina. El objetivo de este estudio es dar a conocer la actuación de enfermeras en la rehabilitación de niños y adolescentes con mielomeningocele. Las autoras llevaron a cabo reuniones en persona y por videoconferencias, debates e intercambio de experiencias hasta el consenso y la validación del contenido. El relato fue organizado y dividido en tres temas: capacitación para las actividades de la vida diaria; capacitación para la rehabilitación vesicointestinal; capacitación para las actividades de la vida cotidiana: autonomía y participación. Las familias de las personas con mielomeningocele enfrentan dificultades relacionadas con la condición crónica y la falta de servicio estructurado y humanizado que garantice y capacite en cuanto al cuidado en el hogar. El reto es proporcionar subsidios que guíen a los profesionales en el mantenimiento de la atención domiciliar, mejorando la comunicación y promoviendo la capacitación de los familiares de los niños y adolescentes con mielomeningocele.

**Palabras clave:** Rehabilitación. Meningomielocelo. Enfermería.

### REFERENCIAS

1. Fieggen G, Fieggen K, Stewart C, Padayachy L, Lazarus J, Donald K, et al. Spina bifida: A multidisciplinary perspective on a many-faceted condition. *S Afr Med J*. 2014;104(3):213-7.
2. Bizzi JWJ, Machado A. Mielomeningocele: conceitos básicos e avanços recentes. *J Bras Neurocirurg*. 2012;23(2):138-51.
3. WHO. World Atlas of Birth Defects. 2nd ed. Geneva 2003. p. 237.
4. Antolovich G, Wray A. Habilitation of Children and Young Adults with Spina Bifida. *Spina Bifida*: Springer Milan; 2008. p. 341-8.
5. Davis BE, Shurtleff DB, Walker WO, Seidel KD, Duguay S. Acquisition of autonomy skills in adolescents with myelomeningocele. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48(4):253-8.
6. Sawin KJ, Bellin MH, Roux G, Buran CF, Brei TJ. The experience of self-management in adolescent women with spina bifida. *Rehabil Nurs*. 2009;26-38.
7. Caseiro J, Gonçalves T, Malheiro MI. Construção da autonomia dos jovens portadores de spina bífida: o que dizem os jovens e seus pais/cuidadores. *Enfermería Global*. 2013;121-34.
8. Rehm RS. Nursing's contribution to research about parenting children with complex chronic conditions: An integrative review, 2002 to 2012. *Nurs Outlook*. 2013;61(5):266-90.
9. Nishimoto CLJ, Duarte ED. Family organization for the care of children with chronic conditions, discharged from the neonatal intensive care unit. *Texto Contexto-Enferm*. 2014;23:318-27.
10. Ramsundhar N, Donald K. An approach to the developmental and cognitive profile of the child with spina bifida. *S Afr Med J*. 2014;104(3):228-30.
11. Gimenes F, Faleiros F. Nursing Challenges for the 21st Century. *J Nurs Care*. 2014;3(1):1-3.
12. Gasparoto MC, Alpino AMS. Avaliação da acessibilidade domiciliar de crianças com deficiência física. *Rev Bras Ed Esp*. 2012;18:337-54.
13. Ercole FF, Macieira TG, Wenceslau LC, Martins AR, Campos CC, Chianca TC. Integrative review: evidences on the practice of intermittent/indwelling urinary catheterization. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(1):459-68.
14. Faleiros F, Toledo C, Gomide M, Faleiros R, Käßpler C. Right to health care and materials required for intermittent catheterization: a comparison between Germany and Brazil. *Qual Prim Care*. 2015;23(3):127-33.
15. Newman DK, Willson MM. Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urol Nurs*. 2011;31(1):12-28, 48; quiz 29.
16. Lopes MAL, Lima EDRDP. Continuidade do Cateterismo Vesical Intermitente: pode o suporte social contribuir? *Rev Lat Am Enfermagem [Internet]*. 2014;22(3):461-6.
17. Faleiros-Castro FS, Paula ED. Constipation in patients with quadriplegic cerebral palsy: intestinal reeducation using massage and a laxative diet. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):836-42.
18. BaltorMRR, Rodrigues JSM, MouraKR, BorgesAA, Dupas G, Wernet M. Autonomia da família e a relação com os profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(1): 44-50.
19. Teixeira JPDdS, Rodrigues MCS, Machado VB. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33:186-96.

**Endereço para correspondência:** Giselle Lima de Freitas. Avenida Alfredo Balena, 190, Belo Horizonte, CEP: 30130 100, Minas Gerais, Brasil. Telefone (31) 988233674. E-mail: gisellelf@yahoo.com.br.

**Data de recebimento:** 07/01/2016

**Data de aprovação:** 19/12/2016