

# Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 9, 2025

## ••• ARTIGO 7

Data de Aceite: 04/11/2025

## PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA COM ÊNFASE NA FISIOTERAPIA: REVISÃO INTEGRATIVA

**Hidelania Kennedy Calasso Martins**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

**Luan Eduardo Oliveira da Silva**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

**Solange Ferreira da Silva Rocha**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

**Arleth Silva de Sousa**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

**Aline Coelho de Sá**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

**Alecsandra Silva do Nascimento**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0  
Internacional (CC BY 4.0).

## **Ana Claudia Sousa Alves Cavalcante**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Bruna Layane Gouveia de Lucena**

### **Sales**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Bruna Benvinda da Silva Sousa**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Dayak Regis Meneses Barros**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Francineude Nunes Oliveira**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Geovanna dos Santos Pereira**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Irene Alves da Costa**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Josiel Mendes dos Santos**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Maria Elení da Silva Oliveira**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Milena Sthephany de Oliveira Vitório**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Maria Clara Vieira Duarte**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Maria Andressa do Nascimento**

### **Santos**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

## **Rayane Sousa Soares**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí- FATEPIFAESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

**Resumo:** A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica são centros de atendimentos para crianças de 29 dias de nascido a 18 anos de idade. Surgiu com a necessidade de atender pacientes de forma especializada, com isso o fisioterapeuta ganha seu espaço e participa da intervenção para recuperação do paciente, visto que é recorrente a internação por patologias e acometimentos na infância, e estabelecer um perfil encontrado nos centros de saúde contribui para um melhor atendimento e padrão de admissões. Esse estudo tem como objetivo analisar na literatura os perfis de pacientes internados na unidade terapia intensiva com ênfase na fisioterapia. O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Foram analisados artigos das bases de dados online LILACS via ia Biblioteca Virtual em Saúde, MEDLINE via PUBMED, SciELO e PE-Dro, utilizando os descritores criança and internação and unidade de terapia intensiva. Como critérios de inclusão foram selecionados 5 artigos, publicados nos últimos 10 anos, foram excluídos artigos estudos duplicados, incompletos e revisões integrativas e que não encaixavam na temática proposta. Os resultados dos artigos apresentaram em sua grande maioria padrões quanto ao gênero, sendo o masculino o mais encontrado nas internações, as patologias variaram, mas acometimentos no sistema respiratório estavam presente em sua totalidade, sendo oxigenoterapia, ventilação mecânica e mobilização do leito recursos e terapias para os pacientes, que se encaixam na faixa etária de 1 a 3 anos. Conclui-se que os perfis apresentados na unidade de terapia intensiva, possui um padrão principalmente quanto ao gênero, idade, comparado as patologias, e a presença do fisioterapeuta é essencial para atuar nos casos apresentados.

**Palavras-Chave:** Criança; internação; Unidade de Terapia Intensiva.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) surgiu no Brasil na década de 70, sendo destinada para os pacientes infantis em situações de risco, que por vez poderiam comprometer à vida, sendo doenças graves, malformações fetais ou pós-cirúrgicos, visto que esses centros de tratamentos são adequados, pois em sua estrutura possuem um suporte específico para o atendimento individualizado. Ao longo dos anos as UTIP foram crescendo, juntamente com a evolução tecnológica dos aparelhos, os profissionais em busca cada vez mais de conhecimentos e aplicação de suas atribuições para disponibilizar serviços de qualidade (Mendonça *et al.*, 2019).

Dessa forma, a assistência prestada na UTIP conta com uma equipe multiprofissional, comportando fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, entre outros profissionais da saúde. A importância de ter esse quadro de funcionários é de estar em prol da recuperação dos pacientes de forma mais eficaz, utilizando a tecnologia da melhor maneira. Traçar o perfil é de grande relevância para otimização dos serviços. Quando as características já são predefinidas, os profissionais conseguem familiarizar-se mais facilmente com as demandas encontradas nas rotinas de trabalho (Lanetzki *et al.*, 2012).

Sendo assim, o fisioterapeuta é o profissional ponderado por dar diagnóstico cinético funcional, responsável por realizar a monitorização dos aparelhos de suporte ventilatório, podendo ser a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) ou Ventilação Não-

-Invasiva (VNI), realizando cinesioterapia adaptada ao estado clínico da criança, avaliar o estado motor, neurológico, cardiovascular e respiratório com isso redução de agravos e diminuindo a permanência do paciente pediátrico no ambiente hospitalar (Johnston *et al.*, 2012).

Os exercícios da fisioterapia motora pediátrica desempenham um papel de grande importância no desenvolvimento e manutenção do sistema musculoesquelético, pois estimulam que as crianças tenham mais domínio das estruturas do seu corpo e permitem que atinjam marcos do desenvolvimento no tempo certo. Considerando que a internação possa atrasar, impedir o crescimento de forma correta,vê-se a necessidade do fisioterapeuta na UTIP para o paciente ter a conservação do corpo (Rigoni *et al.*, 2022).

As UTIP são centros de alta complexidade, diversos pacientes pediátricos dão entrada para receber o tratamento, as causas das internações são diversas, tanto do sistema cardiovascular, neurológico, devido ao traumatismo ou em pós-operatório. Doenças respiratórias se destacam no perfil epidemiológico encontrado no Brasil sendo as mais comuns: pneumonias, bronquiolite viral aguda, displasia bronco pulmonar, asma e fibrose cística. Isso transcorre devido ao fato de os pacientes apresentarem exposição a diversos agentes causadores de doenças, considerando o sistema imune responsável pela proteção do organismo encontrasse em formação, a musculatura do pulmão dos alvéolos, que são encarregados das trocas gássicas (Lanza; Gazzotti; Pallazzin, 2019).

O interesse pela realização do estudo deu-se pelo motivo de poucas literaturas abordarem o assunto baseado no perfil de crianças em UTI correlacionando a atuação

do fisioterapeuta. Visto que é recorrente as admissões de pacientes pediátricos, estudos em grande quantidade e atualizados devem ser feitos para traçar padrões achados no âmbito hospitalar, sendo uma contribuição para a rede de saúde, tanto pública como privada, aos profissionais e principalmente os pacientes que estão para receber o melhor tratamento disponível. Sendo assim, o objetivo dessa monografia é analisar na literatura sobre os perfis dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com ênfase na atuação do fisioterapeuta.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

## EPIDEMIOLOGIA DE PATOLOGIAS PEDIÁTRICAS

“A epidemiologia, definida como o estudo da distribuição e dos determinantes dos problemas de saúde e de doença na população, tende a ser identificada por um conjunto de técnicas e métodos de análise quantitativa em saúde (Czeresnia, 2006)”. Essa ciência é responsável por englobar informações necessárias para melhorar os serviços de saúde, analisando a frequência de como as doenças estão presentes na população, o local em que ocorreu, quando foram os acontecimentos e qual a forma de prevenção, promoção e desfecho do caso, como isso tendo um controle nos padrões analisados.

Para obter os dados que traçam perfis é necessário realizar estudos, onde pode ser abordado quais as doenças que mais foram incidentes, idade, sexo do paciente, onde mora, se houve tratamento da patologia ou veio a óbito, quais os medicamentos foram utilizados e a postura dos profissionais mediante ao caso, principalmente na UTIP,

onde as admissões são para receber uma terapêutica rápida e precisa, visto que alguns pacientes podem apresentar casos graves, muitas vezes devido a pouca idade e vulnerabilidade para aparecimento de doenças (Lanetzki *et al.*, 2012).

Ao analisar as produções científicas pode-se obter algumas informações relacionadas aos dados encontrados que também apresentaram características reincidentes. No Brasil o maior índice de morbilidades que levam à internação em níveis terciários de saúde são casos de doenças respiratórias e cardíacas, onde os mais acometidos são crianças do sexo masculino com idade média de 3 anos de idade, e as internações variavam entre 7 e 18 dias (Molina, 2008; Quitino2015; Saretto, 2019; Cina, Silva,2 022).

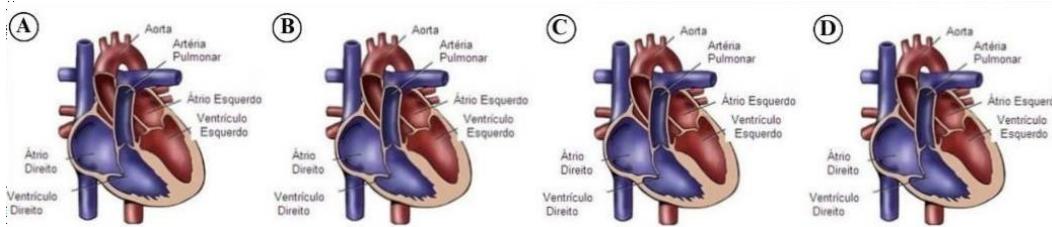
A incidência de crianças com manifestações clínicas devido às doenças respiratórias dar- se pela pouca idade e possuem o sistema imunológico em formação que é mais suscetível a manifestações clínicas, de modo que sistema respiratório, especificamente no pulmão esteja passando por amadurecimento dos alvéolos, que encontram-se em uma quantidade pequena na infância e com isso as infecções tornam-se mais agressivas e recorrentes nessa fase (Frauches *et al.*, 2017).

A pneumonia é uma patologia causada por agentes virais, responsáveis pela maioria das infecções, os fúngicos, e os bacterianos, que apresentam maior resistência no tratamento. Trata- se de uma inflamação nos tecidos dos pulmões, especificamente nos alvéolos (via área terminal) e nos tecidos intersticiais, que desencadeiam o surgimento de muco espesso que obstrui as vias áreas respiratórias. Os principais sinais e sintomas são: febre, tosse com secreção purulenta, falta de apetite, diminuição da frequência

respiratória e fadiga, em casos mais severos convulsões, desnutrição grave, e cianose central (Carvalho, Marques, 2002).

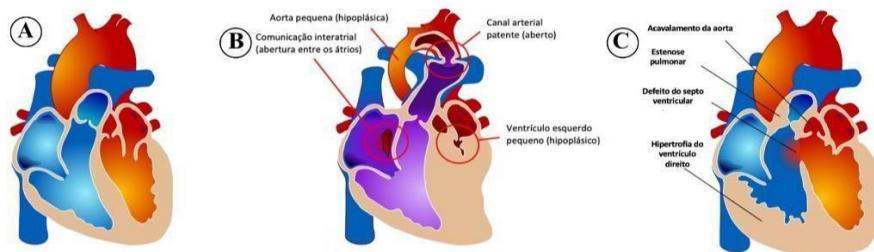
Outro tipo de pneumopatia é a Bronquiolite Viral Aguda (BVA), causada principalmente pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR), a predominância é em lactentes de até 24 meses de idade. É uma infecção que acontece no trato respiratório inferior, em consequência do aumento da produção de muco ocorre o edema e morte celular do epitélio. Alguns sinais comuns são tosse intensa, febre, rinite, congestão nasal, taquipneia, em casos graves pode apresentar baixo nível de saturação, cianoses, entre outros (Dantas, 2019).

Já no caso de internações por cardiopatias é comum encontrar pacientes com malformações congênitas que podem resultar em aberturas na estrutura cardíaca dificultando a passagem correta pelas válvulas, o sangue apresenta ou não oxigênio. As patologias mais encontradas são: comunicação interventricular (CIV), comunicação interatrial (CIA), e persistência do canal arterial (PCA), síndrome da hipoplasia do coração esquerdo (SHCE) e a tetralogia de fallot (T4F), sendo uma das anormalidades mais grave, pois o paciente pode apresentar cianose e dispneia (Oliveira, Bezerra, 2018; Moura, Ferraz, 2021).



**Figura 1.** Apresentação anatômica do coração com as patologias apresentadas anteriormente. A: coração normal, B: CIV, C: CIA e D: PCA.

**Fonte:** ALMANAQUE DOS PAIS (2014)



**Figura 2** Apresentação anatômica do coração normal, com SHCE e T4F, respectivamente.

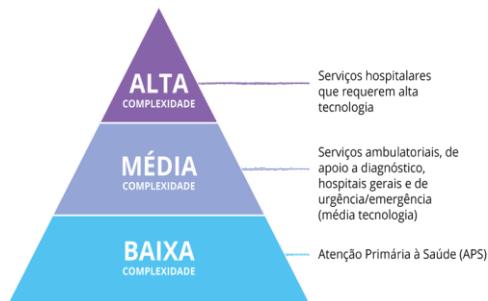
**Fonte:** HEMO KIDS (2020)

## UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Os níveis de atenção à saúde são três, divididos por atenção primária, que a porta de entrada para atendimentos aos pacientes, sendo principal função a promoção à saúde e prevenção de agravos, e encaixa-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Posto de Saúde da Família (PSF). Já a atenção secundária são os centros especializados, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e que na maioria das vezes o paciente já possui o diagnóstico. Nos casos das UTIs, se encaixam em atenção terciária, último nível da assistência à saúde (Ministério da Saúde, 2022).

As UTIs estão inseridas nos hospitais, que são conhecidos também por atenção à saúde de alta complexidade, devido a sua grande estrutura, profissionais especializados, aparelhos com maior suporte para

exames de imagens, realização de cirurgias, transplantes, capacidade de internações para pacientes graves com risco de vida. (Bleicher; Bleicher, 2016). Devido sua disposição, é um dos níveis que mais demanda gastos, principalmente porque os pacientes hospitalares, especificamente de UTI são os que passam mais tempo de internação e utilizam dos recursos fornecidos (Silva, 2018).



**Figura 3.** Pirâmide demonstrativa sobre os níveis de atenção à saúde.

**Fonte:** FIOCRUZ (2022)

Por muitos anos já existiam as Unidades de Terapia Intensiva Adulto, e após melhorias no âmbito da saúde os Estados Unidos avança e se torna o primeiro país a implementar a UTIP, em 1964 na cidade de Filadélfia, (Corrulón, 2007), e após 7 anos de surgimento o Brasil inaugurou sua primeira UTIP, em São Paulo, no Hospital Infantil de Sabará, existente até os dias atuais. Nessa época o Brasil contava com os mais modernos aparelhos que estavam para realizar uma monitorização do paciente com mais precisão, garantindo suporte cardiopulmonar e ventiladores mecânicos, que ainda hoje são utilizados (Disktein *et al*, [s.d.]).

A fisioterapia teve o início com os profissionais na atuação como massagistas, e passou por grande evolução quando o Brasil enfrentava surtos de doenças infectocontagiosas há 80 anos, o que fortaleceu e expandiu suas atividades, e permitiu que fosse regulamentada. Com avanços e necessidades viu-se a importância também de ter a presença do fisioterapeuta na UTI. E todo esse trabalho de alcançar diversos espaços para exercer a profissão foi sendo construído aos poucos (Alves, 2015).

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), “a Fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas.” Sendo assim, o tratamento fisioterapêutico se expande a diversos públicos e seu principal foco é restabelecer a funcionalidade do paciente, podendo, portanto, utilizar de recursos que as áreas de atuação possuem (COFFITO, 1987, pág. 7609).

Para o funcionamento da UTIP é necessária uma organização básica, que é regida pela resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, onde a equipe multiprofissional mínima deve compor com médico diarista, médico plantonista, fisioterapeuta, enfermeiro assistencial, técnico em enfermagem, auxiliar administrativo e um funcionário exclusivo para a limpeza, considerando que é um ambiente de paciente que necessitam de cuidados para uma boa reabilitação. Os profissionais que atuam diretamente no tratamento do paciente devem estar em alinhamento para efetivar os procedimentos realizados (Ministério da Saúde, 2010).

A obrigatoriedade do fisioterapeuta 24 horas na UTI é de extrema importância, visto que, esse paciente que por sua vez está impossibilitado de realizar atividades, terá o acompanhamento desse profissional que realiza o retorno da funcionalidade, reduz o tempo de internação e risco de complicações, contribui para a melhora na qualidade de vida, nos quadros álgicos, dificuldade respiratória, e que consequentemente diminui os gastos com o cliente hospitalizado (Feliciano *et al.*, 2012).

De acordo com a resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, os hospitais com UTIP devem aceitar admissões e readmissões para tratamento de pacientes com idade de 29 dias de nascido até 18 anos, dependendo da quantidade de disponibilidade de leitos esse limite reduz e vai até 14 anos e crianças acima dessa idade recebem atendimento na parte adulta (Ministério da Saúde, 2010). Essa divisão estratégica permite que os fisioterapeutas atendam de modo mais preciso, pois os motivos das internações podem ser diferentes a depender da idade apresentada.

## APARELHOS E RECURSOS USADOS PELA FISIOTERAPIA NA UTIP

Na UTIP faz-se o uso da oxigenoterapia para reajuste da hipoxemia, contribuindo para a redução do gás carbônico e a permitir maior fluxo de gás oxigênio, mais conhecida como hematose, e na tentativa de buscar o ar esse paciente também terá tensões nas musculaturas responsáveis pela respiração, e a terapia diminui o esforço. A oferta do oxigênio deve ser regulada de acordo com a necessidade e o ar precisa estar adequado com o que o corpo precisa, que é levemente aquecido para equiparar a temperatura corporal e umidificado para não ressecar as estruturas respiratórias (Camargo *et al.*, 2008).

Dentro das unidades um dos principais suportes é a ventilação mecânica (VM), responsável por auxiliar o paciente enquanto o sistema respiratório não é capaz

de realizar sua função, de inspiração e/ou expiração e manter o controle de oxigênio e gás carbônico, resultado de traumas por acidentes ou em caso de pós-operatório, perda de força muscular, diminuindo a contratilidade. É dividida em dois tipos, a ventilação não-invasiva (VNI) e a ventilação mecânica invasiva (VMI) (Carvalho; Junior; França, 2007).

A VNI é um avanço da VM, caracterizada por não ter a necessidade de usar métodos invasivos, suas interfaces podem ser máscaras nasais, faciais e total face, entre outros. É recomendada principalmente quando o paciente é colaborativo e tem controle de vias áreas. Possui 2 tipos, o Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) e o Pressão Positiva Bifásica nas Vias Aéreas que é binível, EPAP: Pressão Positiva Expi-



**Figura 4.** Crianças utilizando máscaras de VNI. A: lactente em CPAP utilizando a pronga nasal. B: criança com máscara nasal bínivel. C: criança com máscara total face.

**Fonte:** A/B: (GRANDE *et al.*, 2020), C: (SIAMED SA).



**Figura 5.** Pacientes pediátricos utilizando VMI. A: acesso com tubo endotraqueal, B: bebê com tudo nasotraqueal e C: uso da traqueostomia.

**Fonte:** RIBEIRO (2014)

ratória e IPAP: Pressão Positiva Inspiratória (Farias *et al.*, 2019).

Enquanto a VMI trata-se de um suporte ventilatório que utiliza tubo de acesso invasivo, que pode ser endotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia. Seu uso implica em manter o paciente respirando, pois não é possível realizar espontaneamente, sendo substituído de forma parcial ou total. O paciente deve estar sedado, para que haja diminuição do desconforto causado pelo aparelho. É utilizada em pacientes que necessitam de uma oferta segura de entrada e saída de ar dos pulmões, regulando a hipoxemia e reduzindo os esforços da musculatura, gerados pela força e pressão da respiração (Amorim, 2022).

A VMI utiliza de modalidades para que seja oferecido oxigênio para o paciente de acordo com necessidade no momento e que o esforço respiratório seja o menor possível. A Ventilação Mecânica Intermittente (IMV) não possui uma sincronia do paciente com o ventilador, nesse caso, ocorre uma demanda de fluxo contínuo, sendo dividido por tempo. Já na Assistida Controlada (A/C) ocorre a sincronização, a ventilação já é preestabelecida, mas caso o ocorra a necessidade de aumentar ou diminuir os parâmetros um novo ciclo irá iniciar ajustado (Ghiggi; Almeida; Audino, 2021).

Além disso, existe a Ventilação Mandatória Intermittente Sincronizada (SIMV), onde o aparelho será ajustado de modo que funcione na vez em que a criança não conseguir realizar a inspiração, a alternação pode resultar em esforços do aparelho respiratório, deixando o paciente fadigado, com isso associou-se à Pressão de Suporte (PS), os ciclos ocorrem pela liberação de fluxo do paciente e auxilia na diminuição dos esforços

e fortalecimento da musculatura (Moraes *et al.*, 2009).

Podendo utilizar também a oxigenoterapia no reparo da hipoxemia, que ajuda o paciente a retirar o gás carbônico e a permitir a entrada de gás oxigênio, mais conhecida como hematose, e na tentativa de buscar o ar esse paciente também terá tensões nas musculaturas responsáveis pela respiração, e a terapia diminui o esforço. A oferta do oxigênio deve ser regulada de acordo com a necessidade e o ar precisa estar adequado com o que o corpo precisa, que é levemente aquecido para equiparar a temperatura corporal e umidificado para não ressecar as estruturas respiratórias (Camargo *et al.*, 2008).

O fisioterapeuta que está inserido na UTIP pode atuar com a prática de fisioterapia motora, para pacientes que encontram-se internados, sejam eles casos graves ou não, e que precisam de intervenção para a manutenção do corpo, pois devido ao tempo que encontram-se no leito sem realizar atividades de vida diária (AVD) e submetidos a utilização de vários fármacos eles podem apresentar uma diminuição da massa e força muscular, que pode acarretar em mudanças no paciente, conhecida como imobilidade ou síndrome da imobilidade (SI) (Rodrigues *et al.*, 2017).

Na prática da mobilidade precoce (MP) pode ser realizado diversos protocolos de exercícios sendo divididos em três etapas, são realizados de acordo com o estado geral e evolução da saúde em que o paciente se encontra. Os exercícios podem iniciar com os passivos, onde o fisioterapeuta irá realizar, pois a criança ainda não é capaz de fazer, devido alguma limitação, já os passivos-assistidos terá a contribuição do profissional e do paciente e o ativo, é quando o paciente já possui uma boa evolução e tem capacidade

de realizar sem o auxílio do fisioterapeuta (Piva; Ferrari, Schaan, 2019).

As atividades que podem ser feitas na UTI são as trocas de posições dos pacientes, sejam elas decúbitos laterais, dorsal e ventral, para evitar que permaneçam bastante tempo na mesma postura, evitar o aparecimento de lesões por pressão, e dificuldades das atividades respiratórias. Deve-se incentivar o paciente à saída precoce do leito, através da sedestação e deambulação, caso já tenha idade adequada para sentar e andar considerando as limitações da criança e patologia apresentada, e traçar individualmente as práticas de MP (Hopkins, 2015).

## METODOLOGIA

### TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa trata-se de um estudo de revisão integrativa, no tema de perfil epidemiológico na unidade terapia pediátrica com foco na fisioterapia

### COLETA DE DADOS

Para a formulação das ideias centrais do estudo foram considerados os elementos do acrônimo PICo, abrangendo Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Perfil Epidemiológico e Fisioterapia.

O levantamento da pesquisa bibliográfica foi realizado nos meses de janeiro a março de 2024 nas bases de dados: Literatura Latino-americana de Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE via Pubmed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Physiotherapy Evidence Database (PEDro).

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No seguinte estudo foram incluídos estudos primários referentes a pesquisa de campo, publicados entre os anos de 2014 e 2024, realizados em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil, publicados na língua inglesa e portuguesa, sendo excluído estudos duplicados, incompletos e revisões integrativas.

### SELEÇÃO E ANÁLISE DE DADOS COLETADOS

Com o objetivo de alcançar melhores resultados, optou-se por utilização da estratégia PICo, acrônimo para População, Interesse e Contexto (Soares et al., 2014). Para seleção dos descritores controlados e não controlados, foram consultados os termos constantes no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH) em duas línguas: português e inglês, utilizando o operador booleano AND (Quadro 1).

### ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho por se tratar de um estudo de revisão bibliográfica, no que compete a Resolução nº 466/12, não necessita a submissão para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois não haverá coleta de novos dados. O estudo foi conduzido com base em princípios éticos visando garantir a máxima precisão e veracidade das informações.

### RISCOS E BENEFÍCIOS

Por se tratar de uma revisão integrativa os principais riscos são: o processo de seleção e análise dos artigos escolhidos para compor o estudo, pois é necessário garantir a vera-

DeCS		
<b>Descriptor controlado</b>		<b>Descriptor não controlado</b>
<b>P</b>	<b>Criança</b>	Criança hospitalizada, mortalidade da criança,
<b>I</b>	<b>Internação</b>	Hospitalização, unidades de internação, Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes, tempo de internação
<b>Co</b>	<b>Unidade Terapia Intensiva</b>	Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica
MeSH		
<b>Descriptor controlado</b>		<b>Descriptor não controlado</b>
<b>P</b>	<b>Child</b>	Child, Hospitalized, Child Mortality
<b>I</b>	<b>Hospitalization</b>	Inpatient Care Units, Admitting Department, Hospital, Length of Stay
<b>Co</b>	<b>Intensive Care Units</b>	Intensive Care Units, Pediatric

**Quadro 1** - Descritores controlados e não controlados utilizados para a construção da estratégia de busca. Teresina, Piauí, 2024.

<b>ANO DA PUBLICAÇÃO</b>	<b>NÚMERO ABSOLUTO</b>	<b>PORCENTAGEM %</b>
2016	1	20%
2017	0	0%
2018	0	0%
2019	2	40%
2020	0	0%

2021	0	0%
2022	0	0%
2023	2	40%
2024	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Tabela 1-** Disposição dos estudos selecionados nas amostras relativas ao ano de publicação.

**Fonte:** MARTINS (2024)

BASES DE DADOS	NÚMERO ABSOLUTO	PORCENTAGEM %
SCIELO	3	60%
Pubmed	1	20%
Lilacs	1	20%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Tabela 2.** Disposição das fontes e porcentagens

**Fonte:** MARTINS (2024)

cidade das informações fornecidas, observar essas informações minimizam os riscos. A pesquisa trouxe benefícios para o conhecimento no meio científico e aos leitores, por apresentar um conteúdo relevante dos perfis pediátricos atendidos por fisioterapeutas em unidade de terapia intensiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio das combinações dos descriptores foram identificados 53 artigos nas bases de dados LILACS, PubMed, SciELO PE-Dro, que estivessem entre os anos de 2019 a 2024, que abordasse a temática na área de Unidade Terapia Intensiva Pediátrica, Perfil Epidemiológico, Fisioterapia, Fisioterapia Pediátrica que estivessem disponíveis de forma gratuita na língua portuguesa, inglesa e espanhola, dos quais 30 foram excluídos por não fazerem parte do critério de inclusão, como artigos de revisão, dessa forma foram analisados 23 artigos e selecionados 5 artigos para compor a discussão da revisão. Para facilitar o entendimento, o processo de busca foi disposto na **Figura 6**.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos estudos de acordo com o ano de publicação. Os anos de 2016, 2018 e 2019 apresentaram o mesmo número de publicações, totalizando 20% cada, em 2023 soma-se 40% dos artigos selecionados, já nos anos de 2017, 2018, 2020, 2021, 2022 e 2024 não foi identificado nenhum resultado relacionado à pesquisa.

No que se refere às bases de dados online, a base de dados SCIELO foram identificados 3 artigos configurando 60%, base de dados PUBMED disponibilizou 1 artigo, equivalente a 20%. Na base de dados LILACS foi identificado 1 artigo, totalizando 20%, que foram apresentados na Tabela 2.

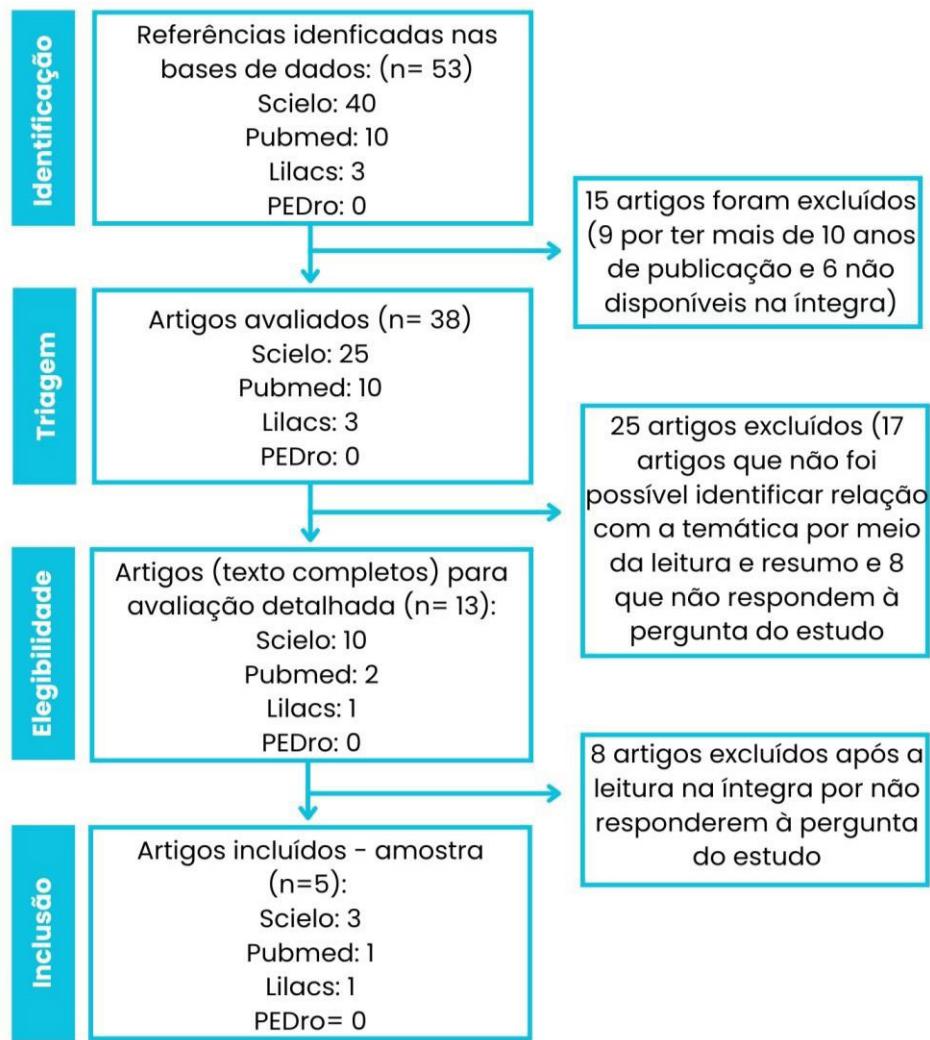
Os estudos foram compilados no Quadro 2 para extrair seus principais dados de identificação, incluindo autores, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo e resultado.

A Unidade de Terapia Intensiva possui a equipe multiprofissional, composta por fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, entre outros profissionais, atribuídos as funções de admitir, atender, recuperar e dar alta aos pacientes que necessitam de atendimento de monitorização contínua, devido à instabilidade apresentada no quadro clínico de saúde das crianças internadas (Molina, 2008).

O fisioterapeuta tem destacado sua participação e importância na UTI desempenhando o seu papel durante a avaliação e especificação do paciente, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), tratando as disfunções respiratórias devido a permanência no suporte ventilatório, realizando mobilização precoce (MP) no leito e também na administração do ventilador mecânico (Fu, 2018).

Os autores conduziram estudos detalhados avaliando pacientes internados na unidade terapia intensiva pediátrica. Durante a investigação foi identificado os perfis clínicos e epidemiológico, sendo eles as patologias recorrentes, a predominância de qual gênero foi o mais acometido a idade, desfechos, condutas e procedimentos realizadas para resolutividade dos casos apresentados.

Entre as principais causas e patologias apresentadas na admissão de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas nos estudos encontrados foram: trauma crânioencefálico, neoplasias, má formação congênita e doenças do trato respiratório e a prematuridade. Essas condições clínicas fo-



**Figura 6.** Fluxograma para seleção dos artigos.

Autor(es)/Ano	Tipo de estudo	Objetivo	Resultado
LIMA, et al. (2016)	Estudo transversal, retrospectivo, descritivo	verificar o perfil clínico- epidemiológico dos pacientes admitidos na UTI Pediátrica e Adolescente do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência no ano de 2010.	O sexo mais prevalente dentre os pacientes internados em 2010, foi o sexo masculino, tendo o trauma maior ocorrência na idade de 1 a 3 anos (30,3%). O principal diagnóstico de admissão foi o trauma crânioencefálico (36,4%), seguido de politrauma (24,2%) e queimaduras (15,9%). No que diz respeito aos municípios de maior procedência de pacientes, o município de Belém destacou- se com 27 casos (20,5%). A média de permanência dos pacientes no serviço foi de 20 dias, e a maior taxa de mortalidade ocorreu após 24 horas de internação. Quanto aos pacientes que fizeram uso de ventilação mecânica invasiva, 73 pacientes foram ventilados artificialmente, principalmente em decorrência do rebaixamento do nível de consciência.
MENDONÇA et al. (2019)	estudo transversal	descrever o perfil das internações por faixa etária em UTIP do SUS de Pernambuco, em 2010	Predominaram internações no sexo masculino (58,1%), na faixa etária de um a quatro anos (32,5%), unidades filantrópicas (64,1%), UTIP tipo III (59,2%) e por neoplasias (28,9%). A permanência média foi de 14,4 dias e o custo médio de R\$ 6.674,80. A distância média entre o município de residência e o da UTIP variou de 8,7 a 486,5 km. Ocorreram 207 óbitos (10,8/100 internações), 30% por doenças infecto parasitárias. Identificaram-se diferenças entre as faixas etárias ( $p < 0,05$ ), exceto quanto ao sexo.
SARRETO et al. (2019)	estudo descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa	Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTI-NP) de um hospital do extremo sul catarinense, com ênfase na importância da atuação do fisioterapeuta neste ambiente.	Tendo como n 230 pacientes, o sexo prevalente foi o masculino, dentre as doenças destacou-se a prematuridade, a média dos dias de internação foi de 18,5 dias, o uso de oxigênio foi de 65,2%, da ventilação mecânica não invasiva (VMNI) de 40,9% e da ventilação mecânica invasiva (VMI) de 48,7%, 87,4% tiveram intervenção fisioterapêutica e 9,6% foram a óbito.
BUENO et al. (2023)	Estudo transversal, retrospectivo	Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná no período de um ano.	As doenças neurológicas foram mais prevalentes (50%), seguido pelas doenças respiratórias (31,48%); crianças menores de 1 ano foram estatisticamente mais frequentes; o tempo de permanência na unidade foi predominantemente de 1 a 2 dias; a oxigenoterapia foi utilizada em 77,78% das internações; 69,13% das internações necessitaram de ventilação mecânica invasiva; 87,04% não necessitaram de traqueostomia; 98,15% dos pacientes receberam atendimento fisioterapêutico; 89,51% dos pacientes tiveram alta da unidade.

<b>REDIVO, et al. (2023)</b>	Estudo de prevalência pontual multicêntrico, transversal	Determinar a prevalência e os fatores associados à reabilitação física de crianças em estado grave em unidades de terapia intensiva pediátrica brasileiras.	As crianças com idade inferior a 3 anos eram 68% da população de pacientes. A prevalência de mobilidade fornecida pelo terapeuta foi de 74%, ou 277 dos 375 pacientes-dia. A mobilidade para fora do leito foi mais positivamente associada à presença de familiares (razão de chance ajustada de 3,31; IC95% 1,70 - 6,43) e mais negativamente associada às linhas arteriais (razão de chance ajustada de 0,16; IC95% 0,05 - 0,57). Foram relatadas barreiras à mobilização em 27% dos pacientes-dia, sendo a mais comum a falta de prescrição médica (n =18). Registraram-se eventuais eventos de segurança em 3% de todos os eventos de mobilização.
------------------------------	--	---	---

**Quadro 2.** Apresentação dos dados dos artigos selecionados

ram os desafios enfrentados pelos fisioterapeutas e outros profissionais de saúde (Lima *et al.* 2016; Saretto *et al.* 2019; Medonça *et al.* 2019; Bueno *et al.* 2023; Redivo *et al.* 2023).

O traumatismo crânioencefálico ocorrido na infância dar-se por diversos motivos, principalmente por quedas e acidentes doméstico e de trânsito, visto que, a criança não consegue se proteger e necessita de ajuda de familiares, e caso não venham prover de maneira adequada o cuidado, a proteção e o suporte necessários, correm risco, por isso, a prevalência dos dados apresentados (Lima, *et al.* 2016).

Segundo Saretto *et al.* (2019) a prematuridade influenciou nas internações, seguindo de patologias que acometem o sistema respiratório, que corroboram com Redivo *et al.* (2023). Ressaltando a importância para prática do planejamento do tratamento das disfunções e prevenção eficaz para resolutividade dos casos apresentados na UTI Pediátrica. Além disso, observou-se que as condições crônicas e doenças não transmissíveis estavam relacionadas com as internações.

Mendonça *et al.* (2019), apresentam resultados diferentes, ao identificar as neo-

plasias em seu estudo, revelando uma prevalência significativa em relação a outras patologias frequentes, permitindo novas perspectivas para entender o processo de surgimento da doença, mas também potencializando a possibilidade para o desenvolvimento planos terapêutico específico para abordagens terapêuticas.

Já Bueno *et al.* (2023), os resultados revelaram que a incidência de casos apresentados emergindo como principais motivos de admissão as condições neurológicas, sendo a hidrocefalia a patologia mais recorrente. Isso decorre pelo fato de malformações congênitas ou doenças secundárias, que interferem na produção e absorção do líquido cefalorraquidiano (LCF) (Cunha, 2014).

Além da análise detalhada dos fatores que resultaram nas internações nas UTIs, observou-se a prevalência significativa em pacientes pediátricos do sexo masculino. Esse fator se dá por questões biológicas e genéticas, pacientes do sexo feminino conseguem responder ao tratamento de forma mais eficaz e rapidamente, e também o maior índice de nascimento (Lima *et al.* 2016; Medonça *et al.* 2019; Bueno *et al.* 2023; Redivo *et al.* 2023). Enquanto Saret-

to *et al.* 2019 relata que a discrepância não foi significativa.

A primeira infância refere-se ao período de desenvolvimento humano, da parte física, cognitiva, emocional e social da criança, que vai até os 6 anos, e por isso, entende-se que estão suscetíveis a acometimentos. Em seu estudo, Lima *et al.* (2016) relata que crianças de 1 a 3 anos apresentaram TCE, devido a menor percepção em situações de risco, já Mendonça *et al.* (2019) mostrou que a faixa de 1 a 4 anos foi o público que mostrou casos de neoplasias.

Já Bueno *et al.* (2023) detalhou que as manifestações neurológicas foram em criança de até 1 ano, que se enquadram como os mais vulneráveis, e isso se deve pelo fato da imaturidade do sistema nervoso, do risco elevado de infecções, imaturidade do sistema imunológico. Esses fatores combinados podem contribuir significativamente para o surgimento de doenças neurológicas. Enquanto REDIVO *et al.* (2023) mostrou que os pacientes que se encontravam para reabilitação física tinham até 3 anos de idade.

O paciente que se encontra na UTI Pediátrica, necessita de suporte de monitorização contínua, as condições do sistema respiratório e neurológico, como insuficiência respiratória, parada cardiorrespiratória e rebaixamento do nível de consciência, onde o acometido não poderá realizar o controle dos sistemas sozinho e necessitará de suporte ventilatório, conforme discutido por Lima *et al.* (2016).

SARETTO *et al.* (2019) abordaram em seu estudo alguns equipamentos, como o uso da oxigenoterapia, para correção da hipoxemia, como recurso terapêutico predominante em comparação com a ventilação mecânica não invasiva e a ventilação

mecânica invasiva, que auxilia ou realiza a função respiratória em pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica.

Enquanto REDIVO *et al.* (2023), traz informações diferentemente apresentadas, mencionando a atuação do fisioterapeuta na UTI realizando mobilização precoce, onde pacientes pediátricos que estiveram com a rede de apoio presente realizaram os atendimentos de fisioterapia com mais precisão, houveram barreiras quando não apresentando o suporte da equipe multiprofissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise na literatura sobre os perfis de pacientes pediátricos internados na unidade de terapia intensiva com ênfase na fisioterapia, a prevalência do gênero masculino foi considerável, com maior índice de faixa etária de 1 a 3 anos. Problemas no sistema respiratório se apresentaram de maneira notória, o que necessita e maior suporte oxigenação e ventilação mecânica. Decorrente de maior imobilização leito há maior probabilidade no aumento do tempo de internação. Concomitantemente, a atuação na ala hospitalar apresenta favorável contribuição para otimização do tratamento e redução os custos de internação hospitalar.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Andréa Nunes. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. *Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*, v. 16, n. 6, 2012. Disponível em: <https://ensaioseciencia.pgsskroton.com.br/article/view/2750> Acesso em: 15 de maio de 2023.

AMORIM, Layanne Silva de Lima. **Protocolo de identificação e correção de assincronia paciente-ventilador pelo método de inspeção visual para unidade de terapia intensiva pediátrica.** 2022. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/51927> Acesso em 16 de maio de 2023.

BENETTI, Marilian Bastiani *et al.* **Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica-HUSM/RS.** 2015. Disponível: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/5847> Acesso em: 15 de maio de 2023.

BLEICHER, Lana; BLEICHER, Taís. **Saúde para todos, já!**. EDUFBA, 2016. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/x8xnt/pdf/bleicher-9788523220051-03.pdf> Acesso em: 30 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Brasília, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html) Acesso em: 15 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 15 de dezembro de 2010. Brasília, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) Acesso em 30 de maio de 2023.

BUENO, Julia; SOARES, Carmen; OSAKU, Erica; COSTA, Claudia. Perfil epidemiológico da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, [S.l.], v. 25, n. 2, p. e123456, 2023.

CAMARGO, Paula Angeleli B. de *et al.* Oxigenoterapia inalatória em pacientes pediátricos internados em hospital universitário. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 26, p. 43-47, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/FfrM9xfVMr5v6HWtjZs4kDS/citation/?lang=pt> Acesso em: 23 de maio de 2023.

CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro de; TOUFEN JUNIOR, Carlos; FRANCA, Suelene Aires. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *Jornal brasileiro de pneumologia*, v. 33, p. 54-70, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/4y7hFzHCx3HwdWpjD9yN-QJ/?lang=pt> Acesso em: 16 de maio de 2023.

CIVA, Isadora Morgan; DA SILVA, Alliny Belletini. Perfil clínico-epidemiológico de unidade de tratamento intensivo pediátrico de Hospital do Oeste do Paraná: Clinical epidemiology- profile of pediatric intensive care unit of Hospital of West of Paraná. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 10, p. 70368-70378, 2022. Disponível: <https://ojs.brazilian-journals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/53684> Acesso em: 15 de maio de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL: RESOLUÇÃO Nº. 80, DE 9 DE MAIO DE 1987. (Diário Oficial da União nº. 093 - de 21/05/87, Seção I, Págs. 7609). Disponível em: <https://www.cofito.gov.br/nsite/?p=2838> Acessado em: 15 de maio de 2023.

CORULLÓN, Juliana Lebsa *et al.* Perfil epidemiológico de uma UTI pediátrica no sul do Brasil. 2007. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/1454> Acesso em 30 de maio de 2023.

CUNHA, A. H. G. B. DA. Hidrocefalia Na Infância. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, v. 18, n. 2, p. 85-93, 2014.

CZERESNIA, Dina. Para compreender a epidemiologia. *História, ciência, saúdeManguinhos*, v.5. p. 228-331, 1998. Disponível: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/X6KYWqL-5946bFwrK8yGPTCm/?lang=pt> Acesso em: 15 de maio de 2023.

DANTAS, Lorena Teixeira. BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso**, 2019. Disponível: [https://www.pensaracademicounifacig.edu.br/index.php/repositorio\\_tcc/article/view/1838](https://www.pensaracademicounifacig.edu.br/index.php/repositorio_tcc/article/view/1838) Acesso em: 16 de maio de 2023.

FRAUCHES, Diana de Oliveira *et al.* Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017. Disponível: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1450> Acesso em: 16 de maio de 2023.

DISKSTEIN, Julio *et al.* Breve relato da Terapia Intensiva Pediátrica no Brasil. BREVE RELATO DA EVOLUÇÃO DA MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA NO BRASIL. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/A\\_Historia\\_das\\_UTIPs\\_nos\\_principais\\_centros\\_do\\_Brasil\\_SEM\\_MG.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/A_Historia_das_UTIPs_nos_principais_centros_do_Brasil_SEM_MG.pdf) Acesso em: 30 de maio de 2023.

FARIAS, Dandhara Henrique *et al.* UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (VMNI) COMO RECURSO TERAPÊUTICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 5, n. 2, p. 95-95, 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/5992> Acesso em: 16 de maio de 2023.

FELICIANO, Valéria *et al.* A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. **Assobrafir Ciência**, v. 3, n. 2, p. 31-42, 2019. Disponível em: <https://assobrafirciencia.org/journal/assobrafir/article/5de125150e8825d94d4ce1d8> Acesso em 15 de maio FU, C. Terapia intensiva: avanços e atualizações na atuação do fisioterapeuta. **Fisioterapia & Pesquisa**, v. 44, n. 3, p. 240, 2018.

GHIGGI, Karine Cristina; AUDINO, Lázaro Fagundes; ALMEIDA, Guilherme Brandão. Ventilação mecânica. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 1, p. 173-184, 2021. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/11579> Acesso em: 16 de maio de 2023.

HOPKINS, Ramona O. *et al.* Transformando a cultura da UTIP para facilitar a reabilitação precoce. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27134761/> Acesso em: 14 de junho de 2023.

JOHNSTON, Cíntia; ZANETTI, Nathalia Mendonça; COMARU, Talitha; *et al.* I Recomendação brasileira de fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 2, p. 119–129, 2012. Acesso em: 9 de março de 2023.

LANETZKI, Camila Sanches *et al.* O perfil epidemiológico do centro de terapia intensiva pediátrico do hospital Israelita Albert Einstein. **Einstein (São Paulo)**, v. 10, n.1, p. 16-21, 2012. Disponível: <https://www.scielo.br/j/eins/a/LxtkRT86MTTrfs5Y4xy6JgBn/abstract/?lang=pt> Acesso em: 15 de maio de 2023.

LANZA, Fernanda; GAZZOTI, Mariana; PA LAZZIN, Alessandra. **FISIOTERAPIA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA: da UTI ao ambulatório**. 2. ed. Barueri-SP: Editora Morale Ltda., 2019. 2v. Disponível em: [www.manole.com.br](http://www.manole.com.br).

LIMA, A. S., SILVA, M. A. N., BARBOSA, J. V., OLIVEIRA, R. R. C., COSTA, P. R. P., & SOUZA, F. M. C. (2016). Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes da unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital referência em trauma na Amazônia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 28(4), 401-407.

MENDONÇA, V. S., SILVA, A. L. S., SANTOS, A. P. L., FARIAS, T. C. C., ALVES, M. R.S., & LIMA, M. G. (2019). Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Sistema Único de Saúde no estado de Pernambuco. *Revista de Saúde Pública*, 53, 80.

MENDONÇA, Juliana Guimarães de; GUIMARÃES, Maria José Bezerra; MENDONÇA, Vilma Guimarães de; et al. Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Sistema Único de Saúde no estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p. 907–916, 2019 Acesso em: 9 de março de 2023.

MOLINA, R. C. M. et al. Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, de um hospital-escola da região sul do Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n. 1, p. 112–120, 2008.

MORAES, Marcos A. de et al. Comparison between intermittent mandatory ventilation and synchronized intermittent mandatory ventilation with pressure support in children. *Jornal de Pediatria*, v. 85, p. 15-20, 2009. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/jped/a/hRWtRFnkx8VCFXGXXW6d-G6j/abstract/?lang=en> Acesso em: 26 de maio de 2023.

MOURA, Liliane Aquino de.; FERRAZ, Gabriela Gominho Rosa de Sá. Perfil clínico e análise dos indicadores de assistência da unidade de terapia intensiva cardiológica pediátrica de um Hospital Escola do Recife. 2021. Disponível: <https://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/1028> Acesso em: 27 de abril de 2023.

NASCIMENTO-CARVALHO, Cristiana M.; SOUZA-MARQUES, Heloísa H. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 15, n. 6, p. 380-387, 2004. Disponível: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n6/22169.pdf> Acesso em: 16 de maio.

OLIVEIRA, Crislaine Gomes de.; BEZERRA, Rosana Mendes. *Cardiopatias congênitas uma revisão da literatura*. 2018. Disponível: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/974>. Acesso em: 16 de maio de 2023.

PIVA, Taila Cristina; FERRARI, Renata Salatti; SCHAAAN, Camila Wohlgemuth. Early mobilization protocols for critically ill pediatric patients: systematic review. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 31, n. 2, 2019. Disponível em: <http://www.rbt.org.br/artigo/detalhes/0103507X-31-2-17>. Acesso em: 26 abril 2023.

REDIVO, Juliana; HARINI, Kannan; SOUZA, Andreia; JUNIOR, José; KUDCHADKAR, Sapna. Reabilitação física em unidades de terapia intensiva pediátrica brasileiras: um estudo multicêntrico de prevalência pontual. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, [S.I.], v. 25, n. 2, p. e123456, 2023.

SILVA, Fernanda. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica em um hospital de referência. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, [S.I.], v. 25, n. 2, p. e123456, 2023.

QUINTINO, Jéssica Chagas et al. Perfil epidemiológico de crianças internadas em UTI neonatal e UTI pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão (SC). 2015. Disponível: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/133451>. Acesso em: 15 de maio.

REDIVO, J. et al. Reabilitação física em unidades de terapia intensiva pediátrica brasileiras: um estudo multicêntrico de prevalência pontual. *Critical Care Science*, v. 35, n. 3, p. 290– 301, 2023.

RIGONI, Denise de Barros; HARTEL, Sarah; GERZSON, Laís Rodrigues; et al. EFEITO DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE NO DESEMPENHO FUNCIONAL DE CRIANÇAS DE RISCO. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 30, n. 1, 2022. Disponível em:<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/13094>. Acesso em: 9 de março 2023.

SAMPAIO RODRIGUES, Gleica *et al.* MOBILIZAÇÃO PRECOCE PARA PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: Revisão Integrativa. **Revista Inspirar Movimento & Saúde**, v. 13, n. 2, 2017. Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&t&scope=site&authtype=crawl> er&jrn-l=2175537X&AN=123250780&h=oP%2b%-2f55fcjRATR31J9HflDP0uJ8fO4IgEaC25UNpyKFVwnJyyupLUt0ztoo2u2M7oxb-7Fmx5KLvY%2fBv%2fqIOE0qw%3d%-3d&crl=c&r esultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dt rue%26profile%3dehos-t%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnln%3d2175537X%2 6AN%3d123250780. Acesso em: 29 de maio de 2023.

SARETTO, Grazielle Corazza et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL COM ÊNFASE NA FISIOTERAPIA. **Revista de Extensão**, v. 4, n. 1, p. 37-55, 2019. Disponível: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/revistaextenso/article/view/4600> Acesso em: 15 de maio de 2023.

SILVA, Nayara Formenton da. Uso dos serviços de saúde da Atenção Terciária por participantes e não-participantes de ações de promoção da saúde da Atenção Primária: **estudo retrospectivo**. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10987> Acesso em: 30 de maio de 2023.