

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

**JULIA CHAVES DE LIMA**

**MOBILIZAÇÃO PRECOCE SOBRE A REDUÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO  
E MOBILIDADE FUNCIONAL EM BEBÊS, CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

GOIÂNIA  
2023

**JULIA CHAVES DE LIMA**

**MOBILIZAÇÃO PRECOCE SOBRE A REDUÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO  
E MOBILIDADE FUNCIONAL EM BEBÊS, CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Programa de Graduação em Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Escola de Ciências Sociais e Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia.

Área de Concentração: Saúde e Fisioterapia.

Linha de Pesquisa: Teorias, Métodos e Processos de Cuidar em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Pavan Viana

GOIÂNIA  
2023

Título do trabalho: Mobilização precoce sobre a redução do tempo de internação e mobilidade funcional em bebês, crianças e adolescentes internados em unidade de terapia intensiva.

Acadêmico (a): Julia Chaves de Lima.

Orientador (a): Fabiana Pavan Viana.

Data: 07/12/2023

<b>AValiação Escrita (0 – 10)</b>		
<b>Item</b>		
<b>1.</b>	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
<b>2.</b>	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
<b>3.</b>	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto	
<b>4.</b>	Metodologia* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário	
<b>5.</b>	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
<b>6.</b>	Discussão** – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
<b>7.</b>	Conclusão – síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
<b>8.</b>	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
<b>9.</b>	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC	
<b>10.</b>	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer as normas da língua portuguesa	
<b>Total</b>		
<b>Média (Total/10)</b>		

Assinatura do examinador: \_\_\_\_\_

## FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
<b>Quanto aos Recursos</b>		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e Sequência do Trabalho	1,5	
<b>Quanto ao Apresentador:</b>		
4. Capacidade de Exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na Apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Avaliador: \_\_\_\_\_

Data:

Este trabalho segue as normas editoriais da Revista Movimenta (ISSN 1984-4298), editada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Campus Goiânia (ESEFFEGO), é uma revista científica eletrônica de periodicidade trimestral que publica artigos da área de Ciências da Saúde e afins (Anexo 6).

## **Sumário**

<b>Resumo</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	7
<b>Introdução</b> .....	9
<b>Materiais e métodos</b> .....	11
<b>Resultados e discussão</b> .....	12
<b>Conclusão</b> .....	16
<b>Referências</b> .....	17
<b>Anexos</b> .....	20

## **Mobilização precoce sobre a redução do tempo de internação e mobilidade funcional na unidade de terapia intensiva pediátrica.**

Early mobilization to reduce hospital time and functional mobility in the pediatric intensive care unit.

Julia Chaves de Lima<sup>1</sup>, Fabiana Pavan Viana<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Graduanda em Fisioterapia, Discente do programa de Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. e-mail: [juliachaves5858@gmail.com](mailto:juliachaves5858@gmail.com)

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, Professora Doutora do curso de Fisioterapia da Escola de ECSS da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. e-mail: [pavanviana@gmail.com](mailto:pavanviana@gmail.com)

**Resumo:** O prolongado tempo de internação pode causar diversos efeitos deletérios em bebês, crianças e adolescentes restritos ao leito de uma unidade de terapia intensiva. A mobilização precoce na unidade de terapia intensiva minimiza a perda da funcionalidade do paciente e contribui com resultados positivos para o tratamento e prevenção de distúrbios decorrentes da permanência prolongada no leito. A implementação de protocolos de mobilização é imprescindível para estimular uma trajetória de desenvolvimento adequado, saudável e com qualidade. **Objetivo:** Avaliar os diferentes protocolos de mobilização precoce sobre a redução do tempo de internação e mobilidade funcional em bebês, crianças e adolescentes internados em unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** As bases de dados escolhidas para as buscas dos artigos foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)/interface LILACS e PubMed. Foram incluídos artigos publicados em português e inglês na íntegra, publicados e indexados nos referidos bancos de dados. **Resultados:** Foram encontrados sete estudos. Quanto a redução do tempo de internação, somente três estudos apresentaram efeito positivo na redução do tempo em que os pacientes estiveram hospitalizados. Em relação à mobilidade funcional, apenas um estudo não apresentou resultados à mobilização precoce. **Conclusão:** Foi observado que a implementação da mobilização precoce em unidades de terapia intensiva pediátrica, é efetiva para a melhora da mobilidade funcional de bebês, crianças e adolescentes restritos ao leito. **Descritores:** crianças gravemente doentes / unidades de terapia intensiva pediátrica / mobilização precoce.

**Abstract:** Prolonged hospitalization can cause several harmful effects on babies, children and adolescents confined to an intensive care unit bed. Early mobilization in the intensive care unit minimizes the patient's loss of functionality and contributes to positive results for the treatment and prevention of disorders resulting from prolonged stay in bed. The implementation of mobilization protocols is essential to stimulate an adequate, healthy and quality development trajectory. **Goals:** To evaluate different early mobilization protocols on reducing length of stay and functional mobility in babies, children and adolescents admitted to an intensive care unit. **Methodology:** The databases chosen to search for articles were the Virtual Health Library (VHL)/LILACS interface and PubMed. Articles published in Portuguese and English in full, published and indexed in the aforementioned databases were included. **Results:** Seven studies were found. Regarding reducing the length of stay, only three studies showed a positive effect in reducing the time patients were hospitalized. Regarding functional mobility, only one study did not present results regarding early mobilization. **Conclusion:** It was observed that the implementation of early mobilization in

pediatric intensive care units is effective in improving the functional mobility of babies, children and adolescents restricted to bed.

**Descriptors:** premature / critically ill children / pediatric intensive care units / mobilization practices.

## **Introdução**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 10% dos bebês nascidos no mundo são prematuros, já no Brasil esta porcentagem é de 11,5%, o que se registra em 340 mil bebês nascidos prematuros. Dessa forma, o Brasil se classifica em 10º lugar no ranking mundial da prematuridade, constando anualmente 1 milhão de bebês que morreram devido ao parto prematuro. A internação dos recém-nascidos pré-termo pode apresentar riscos à capacidade funcional, cognitiva e neurológica, respiratória e metabólica do prematuro devido à exposição a diversas intercorrências clínicas graves, como distúrbios, infecções e displasias, o que torna necessário a realização de intervenções terapêuticas<sup>1</sup>.

No entanto, as principais causas para a internação de crianças e adolescentes em unidades de terapia intensiva foram doenças infecciosas e parasitárias, envenenamentos, lesões, doenças do sistema nervoso e do aparelho respiratório. Evidenciou-se predomínio em crianças de até um ano, do sexo masculino e de etnia branca<sup>2</sup>. A restrição ao leito de crianças e adolescentes leva a imobilidade prolongada, que causa diversos efeitos negativos à capacidade funcional, como o catabolismo, que juntamente à degeneração nervosa axonal, gera perda de miosina e conseqüentemente, atrofia muscular. O repouso absoluto pode corroborar com a inatividade e disfunção severa do sistema osteomioarticular. A restrição ao leito em uma semana pode levar a perda de força muscular em torno de 40-50%<sup>3</sup>.

A prematuridade é consequência de diversos fatores, sendo que muitos são imprevisíveis e independem de classe social e etnia. A imaturidade pode ser a causa de disfunções em órgãos ou sistema corporal, levando o neonato prematuro a sofrer comprometimentos ao longo de todo seu desenvolvimento. A mortalidade infantil foi estudada em diversos países, e os estudos mostram que há uma grande variedade de causas que levam um bebê a nascer prematuro. Destacam-se as alterações na placenta, placenta prévia ou deslocamento prematuro; aumento do líquido amniótico; idade materna, maior incidência em mães mais jovens; infecções maternas e primiparidade, todavia, geralmente, a causa é desconhecida<sup>4</sup>.

Dentre os diversos instrumentos de avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor infantil destacam-se sete mais utilizados, que são: a Escala de Bayley de Desenvolvimento Infantil (Bayley III), a Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS), a Avaliação Pediátrica do Inventário de Deficiência (PEDI), o Desenvolvimento Peabody (Escala PDMS II), o Teste de

Denver II, a Medida de Função Motora Grossa (GMFM), a Escala de desenvolvimento do Comportamento da Criança (EDCC)<sup>5</sup>.

A intervenção precoce no recém-nascido é um conjunto de atividades essenciais que o estimula a seguir uma trajetória de desenvolvimento adequado, saudável e com qualidade, o possibilitando alcançar requisitos básicos para prosseguir seu ciclo evolutivo. Deve ser iniciada logo após o nascimento para prevenir futuras deficiências ou instalação de padrões anormais de comportamentos caso haja comprometimento ou alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. A intervenção é considerada precoce quando iniciada até os três anos, mas pode ser aplicada em crianças em risco para desenvolvimento, intervenção preventiva, ou em crianças que já foram diagnosticadas, intervenção remediativa. Dessa forma, é necessário o acolhimento e entrosamento de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar especializada que trabalhe em uma mesma linha de tratamento para o consenso das abordagens em cada caso particular<sup>6</sup>.

A intervenção precoce na criança e adolescente, através da mobilização ou posicionamento, é determinante para o bom prognóstico da função cardiorrespiratória e cardiovascular, resultante da melhora nas trocas gasosas e na capacidade de transportes de O<sub>2</sub> e da diminuição do suporte farmacológico e ventilatório. Diante disso, a mobilização precoce, em crianças e adolescentes restritos aos leitos, facilita o desmame do suporte ventilatório, reduz o tempo de permanência na UTI e, por conseguinte, a permanência hospitalar<sup>3</sup>.

Assim como todo exercício fisioterápico, a mobilização de pacientes em unidade de terapia intensiva tem riscos. Um de seus maiores riscos é o deslocamento de cateteres e equipamentos de suporte que podem causar lesões ou infecções, além de causar dor e estresse até mesmo a seus familiares. Ademais, pacientes críticos podem ter repostas adversas às atividades<sup>7</sup>.

Segundo Silva, a mobilização precoce na unidade de terapia intensiva minimiza a perda da funcionalidade do paciente e contribui com resultados positivos para o tratamento e prevenção de distúrbios decorrentes da permanência prolongada no leito. Ademais, foi concluído que a intervenção precoce em pacientes internados é viável e segura e promove melhora na capacidade funcional, na qualidade de vida e na função muscular periférica e respiratória, além de reduzir o tempo de internação<sup>8</sup>.

O estudo justifica-se pela necessidade de incluir nas condutas fisioterapêuticas do tratamento de bebês, crianças e adolescentes internados em unidade de terapia intensiva a

mobilização precoce afim de diminuir o tempo de hospitalização e melhorar ou manter a mobilidade funcional.

A síntese de informações atualizadas produzidas por esta revisão poderá orientar a prática clínica de profissionais que atuam com esta população. Além disso, os resultados deste estudo poderão ser úteis para a elaboração de políticas públicas, para que promovam melhor saúde para bebês, crianças e adolescentes, permitindo, por exemplo, a elaboração de estratégias de prevenção de agravos.

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar os diferentes protocolos de mobilização precoce sobre a redução do tempo de internação e mobilidade funcional em bebês, crianças e adolescentes internados em unidade de terapia intensiva.

## **Materiais e métodos**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa. Um método que proporciona uma ampla abordagem metodológica que permitirá sintetizar conhecimento acerca das pesquisas, realizadas em estudos experimentais ou não-experimentais, sobre determinado tema que será direcionada a prática em conhecimento científico<sup>9</sup>.

Para nortear e definir os elementos de investigação da pesquisa, iniciamos com a criação da tabela de estratégia PICOS, em que P corresponde a População/problema/doença, I é a intervenção/indicação/interesse, C a comparação, O é o desfecho/resultado. Os termos em português foram pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, <https://decs.bvsalud.org/>) e os termos relacionados em inglês no Medical Subject Headings (MeSH, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>) e combinados por meio dos operadores booleanos OR e AND. A estratégia PICOS está representada no quadro 1.

As bases de dados escolhidas para as buscas dos artigos foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)/interface LILACS e PubMed. Para a organização das combinações nas bases de dados e quantificação dos artigos encontrados foi utilizado o quadro 2.

A seleção dos estudos foi realizada com base nos critérios de inclusão que são: artigos que incluem bebês, crianças e adolescentes internados em unidade de terapia intensiva; estudos de coorte ou estudos de intervenção (ensaios clínicos); estudos com foco em avaliar os efeitos do posicionamento terapêutico no desenvolvimento dos bebês, crianças e adolescentes. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão de literatura, diretrizes,

artigos duplicados, artigos que não escreveram detalhadamente as avaliações e resultados, estudos qualitativos, estudos cujo foco principal não era o tratamento com a mobilização precoce ou posicionamento terapêutico em bebês, crianças e adolescentes, artigos que não abordavam o assunto proposto.

Foi construído um fluxograma com base na metodologia PRISMA, ilustrando quatro etapas, que são: a identificação dos artigos, a seleção, elegibilidade e inclusão (Figura 1)<sup>10</sup>.

Para a organização das revisões foi criado o seguinte quadro para sistematizar as informações dos artigos, contendo os tópicos: autor/ano/país de publicação; objetivos; tipos de estudo/característica da amostra; protocolo de treinamento/intervenção; instrumento de avaliação; principais resultados (Quadro 3).

## **Resultados e discussão**

Referente aos anos de publicação, verificou-se que os anos de 2016 e 2020 obteve-se o maior número de publicações, seguido dos anos de 2017, 2019 e 2021 com artigos que investigaram a mobilização precoce em bebês, crianças e adolescentes internados em unidades de terapia intensiva<sup>11,12,13,14,15,16,17</sup> (Anexo 4 - Quadro 3).

Acerca dos métodos de estudo utilizados nos artigos investigados, verificou-se que a maioria deles foram estudos transversais<sup>12,13,17</sup>, os demais artigos utilizaram diferentes métodos de estudo como, estudo prospectivo<sup>11</sup>, controlado randomizado<sup>15</sup>, retrospectivo<sup>16</sup>, e um estudo não especificou<sup>14</sup> (Anexo 4 - Quadro 3).

Os estudos transversais são aqueles em que a etiologia e a seqüela são ao mesmo intervalo de tempo analisados, dessa forma, são utilizados para levantar questões relacionadas à presença de uma associação em vez de testar uma hipótese. Já o estudo prospectivo, realiza registros do presente com seguimento para o futuro. Quanto ao estudo retrospectivo, esse analisa registros do passado até o presente. No ensaio clínico controlado randomizado, existem no mínimo dois grupos, sendo um deles um grupo controle e outro de intervenção, com o objetivo em se testar um novo tratamento proposto. Nesse estudo, os participantes de ambos os grupos devem ter as características clínicas mais parecidas, para que seja possível a comparação dos resultados entre os grupos, por essa razão, o ensaio clínico controlado randomizado é considerado como padrão-ouro<sup>18</sup>, sendo o mais indicado para se testar a eficácia dos tratamentos, como é o presente caso.

Em relação à amostra, na maioria dos artigos investigados observou-se que a população foi aproximadamente de 30 a 456 pesquisadas. Evidenciou-se que dois estudos apresentaram uma amostra de até 30 investigados<sup>14,15</sup>, quatro apresentaram de 30 até 200<sup>11,12,16,17</sup> e um estudo apresentou a amostra acima de 200 investigados<sup>13</sup> (Anexo 4 - Quadro 3).

A amostra de um estudo é definida pela maneira que podem ser comparadas as características clínicas de uma população, a fim de avaliar a associação entre a etiologia e a patologia ou entre a intervenção proposta e sua evolução. Dessa forma, a amostra deve ter um número de participantes significativos, para que possa fornecer uma alta probabilidade de detectar o assunto em questão. Portanto, evidencia-se que um número inferior coloca em questionamento o resultado das pesquisas científicas<sup>19</sup>. Na presente investigação, pode-se observar um número significativo de pacientes investigados.

No que se refere a idade média das crianças e adolescentes, esta variou entre zero a 18 anos sendo que dois artigos a idade foi até 18 anos<sup>11,16</sup> e três artigos a idade foi até 17 anos<sup>12,15,17</sup>. Nos demais trabalhos, a idade variou entre zero a três anos<sup>13,14</sup> (Anexo 4 - Quadro 3).

Segundo a temática estudada, as complicações decorrentes da internação estão diretamente relacionadas com o período de vida dos investigados, de modo que os bebês sofrem algumas complicações neonatais, consideradas fatores de risco, para alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, como o uso de ventilação mecânica, infecções, apneia e hemorragia intracraniana. Além das complicações neonatais, o ambiente hospitalar e o tempo de internação exercem um impacto importante no desenvolvimento neuropsicomotor, pela razão de que bebês e recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva são privados de estímulos sensoriais suficientes, para a maturação dos sistemas sensoriais. Ademais, essa população em ambiente hospitalar é exposta a fatores biológicos como a morbidade, a desnutrição e a imobilização<sup>20</sup>.

Condizente ao local de realização dos estudos investigados, nota-se que a maioria dos artigos foram realizados em países da América do Norte<sup>12,14,15,17</sup>, seguido de países europeus<sup>11,13</sup> e um país asiático<sup>16</sup> (Anexo 4 - Quadro 3).

Nota-se que a maioria das investigações ocorreram em países desenvolvidos, visto que eles na maioria das vezes tem instituições públicas que financiam as pesquisas. Em 2017, o Governo Federal dos Estados Unidos investiu 118 bilhões de dólares em pesquisa<sup>21</sup>. Segundo

a Unesco, países norte-americanos investem 2,7 do seu PIB em pesquisas, e somente 1,3 do PIB brasileiro é investido nessa área<sup>22</sup>.

Dentre os métodos de avaliação analisados, o Pediatric Cerebral Performance Score (PCPC) foi utilizado na maioria deles<sup>11,12,13</sup>, seguido do: Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM) III<sup>11</sup>, Escala Comportamental do Estado<sup>14</sup>, State Behavioral Scale<sup>14</sup>, Índice de Barthel<sup>16</sup>, Método de sobrevivência de Kaplan-Meier<sup>16</sup> e dois estudos não mencionaram os métodos de avaliação<sup>15,17</sup> (Anexo 4 - Quadro 3).

O Pediatric Cerebral Performance Score (PCPC) é um escore de prognóstico funcional utilizado para avaliar o impacto do cuidado na função cognitiva da criança após a internação<sup>26</sup>. No que se refere a State Behavioral Scale, esta é uma ferramenta de enfermagem a beira leito utilizada na avaliação da sedação e agitação em pacientes pediátricos de UTI<sup>14</sup>. Quanto ao Índice de Barthel, ela é uma escala utilizada para medir o desempenho nas atividades da vida diária, em que cada item de desempenho é classificado com um determinado número de pontos atribuídos a cada nível ou classificação<sup>16</sup>. O Método de sobrevivência de Kaplan-Meier é utilizado para estimar a probabilidade de sobrevida em vários intervalos de tempo e para ilustrar graficamente a sobrevida ao longo do tempo<sup>25</sup>.

De acordo com os principais instrumentos de avaliação, o Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM) é um dos principais escores prognósticos de mortalidade utilizado em unidades de terapia intensiva pediátrica, por ser um método que quantifica a gravidade do paciente e estima a probabilidade de óbito devido seu estado clínico e laboratorial<sup>24</sup>. Deste modo, indica-se essa escala quando o objetivo for avaliar a mortalidade de bebês, crianças e adolescentes internados em unidade de terapia intensiva.

Quanto a frequência da aplicação dos protocolos, dois artigos relatam dois dias de intervenção, com o tempo de permanência mínima de 72 horas na UTI<sup>12,13</sup>. Os demais estudos evidenciaram diferentes frequências em seus protocolos como, mobilização precoce realizada em quatro sessões de uma hora com uma permanência prevista de três dias ou mais<sup>11</sup>, intervenção precoce com mobilização no mínimo duas vezes ao dia por pelo menos uma hora cada<sup>14</sup>.

Já a intervenção com cicloergômetro ocorreu em cinco mobilizações e cuidados habituais, por três dias, totalizando 152 sessões de mobilidade física e 56 de cicloergômetro na cama<sup>15</sup>.

Diferentemente dos estudos anteriormente citados, os autores TSUBOI *et al.* aplicaram

o protocolo de reabilitação com o tempo de aproximadamente oito minutos por dia no grupo pré mobilização e 17 minutos por dia no grupo pós mobilização<sup>16</sup>. Por outro lado, outros autores não especificaram qual foi o tempo da intervenção realizada por dia, relatando somente o número total de mobilizações realizadas nos três primeiros dias de internação, sendo 465 atividades de mobilização no grupo pré-implementação e 769 no grupo pós-implementação<sup>17</sup>. (Anexo 4 - Quadro 3).

No que se refere as Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva, a mobilização passiva é recomendada em cerca de dez a 20 repetições em até duas vezes por dia. No que diz respeito ao posicionamento no leito, o ortostatismo e as transferências devem ser realizadas em até duas vezes por dia, dentro do limiar de uma hora e a sedestação beira leito deve ser realizada em até 90 minutos, duas vezes por dia. Quanto ao cicloergômetro é recomendado 20 minutos, com 20 ciclos por minuto. No cicloergômetro o ciclo ativo deve ser realizado em duas sessões diárias de 10 minutos, que podem atingir até 30 a 40 minutos<sup>23</sup>. Conforme os artigos investigados, diversas falhas foram encontradas nos protocolos descritos, como, por exemplo, não especificam o tempo em que o atendimento foi realizado, ou não especificam a frequência dos protocolos por dia, ou ainda o número de sessões realizados. Sugere-se para novos trabalhos, com este tipo de abordagem, que as falhas anteriormente descritas nas investigações, sejam adequadamente supridas com metodologias que especifiquem a intensidade, frequência e duração dos protocolos.

Foram variados os protocolos de mobilização precoce empregados, em quatro deles o protocolo de mobilização precoce foi definido como movimentos passivos, sentar em uma cadeira ou no colo dos pais, reposicionamento passivo no leito, transferências da cama para sentado, deambulação ou qualquer atividade envolvendo movimento físico, com exceção dos cuidados de rotina<sup>11,12,13,17</sup>, em três estudos foi utilizado o cicloergômetro como parte do protocolo<sup>11,12,15</sup>, em um estudo utilizou-se a mobilização, de forma que o bebê fosse segurado no mínimo duas vezes ao dia por pelo menos uma hora<sup>14</sup> e em um estudo a mobilização foi realizada por aparelhos de reabilitação, incluindo andador, cadeira de rodas e brinquedos<sup>16</sup> (Anexo 4 - Quadro 3).

Evidenciou-se que a mobilização precoce como qualquer atividade realizada fora do leito, provou ter um efeito positivo no tempo de internação hospitalar, tempo de ventilação mecânica, e fraqueza adquirida na UTI<sup>12,13,17</sup>, um estudo em específico relatou que realizar atividades fora do leito diminuiu os analgésicos e sedativos<sup>12</sup>, e outro estudo relatou facilitar a

transição para a deambulação precoce<sup>17</sup>.

Três estudos que utilizaram o cicloergômetro apresentaram melhora na função corporal e na qualidade de vida, além de demonstrar que andar de bicicleta na cama pode aumentar a mobilização sem afetar os cuidados habituais<sup>11,12,15</sup>. Os estudos que apresentaram a forma de intervenção como a atividade de ser segurado no colo pelos pais ou enfermeiros resultou no avanço cognitivo e físico dos bebês e crianças<sup>13</sup> e redução da mortalidade inferior a 1%<sup>14</sup>.

Já outro estudo que utilizou aparelhos de reabilitação, como andador, cadeira de rodas e brinquedos, os pacientes sendo capazes de deambular mais cedo<sup>16</sup>.

Referente aos métodos de tratamento, a literatura mostra que a mobilização precoce como prática de atividades realizadas fora do leito, tem sido o maior nível de evidência por reduzir o tempo de internação. Em contrapartida, é evidente que a mobilização passiva com cicloergômetro é a forma mais viável e segura na maioria dos pacientes<sup>26</sup>.

Já o uso do andador e outros aparelhos de reabilitação são imprescindíveis para tratar crianças e adolescentes restritos ao leito, a fim de estimular o retorno às atividades lúdicas e à deambulação<sup>16</sup>.

De acordo com os artigos investigados, sugerem-se estudos em que os protocolos de mobilização precoce sejam descritos com melhor clareza especificando a frequência, intensidade e duração do tempo em que a população foi submetida ao tratamento.

Ademais, verifica-se a necessidade de estudos que investiguem um número maior de amostra, para que seja possível avaliar a associação entre a intervenção e sua evolução, e a necessidade de ser empregado o ensaio clínico controlado randomizado como modelo de pesquisa nos estudos com este tipo de abordagem, para que se possa comprovar a eficácia do tratamento.

## **Conclusão**

Sabe-se que o prolongado tempo de internação pode causar diversos efeitos deletérios em bebês, crianças e adolescentes restritos ao leito de uma unidade de terapia intensiva. Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar os diferentes protocolos de mobilização precoce, em que os principais foram: atividades envolvendo movimento físico fora do leito, com exceção dos cuidados de rotina, mobilização com o uso do cicloergômetro e com o uso de aparelhos de reabilitação.

Quanto a redução do tempo de internação, somente três estudos provaram que a mobilização como qualquer prática de atividade física fora do leito teve efeito positivo na redução do tempo em que bebês, crianças e adolescentes estiveram hospitalizados.

Em relação à mobilidade funcional em pacientes restritos ao leito de uma unidade de terapia intensiva, apenas um estudo não apresentou resultados à mobilização precoce, em que o protocolo de tratamento consistia em segurar o bebê no colo.

Portanto, conforme a pesquisa, pode-se concluir que a maioria dos estudos investigados provaram que a mobilização precoce é efetiva para a melhora da mobilidade funcional. No entanto, verifica-se a necessidade de novos trabalhos que abordem métodos de estudos, como ensaio clínico controlado randomizado, indicados para se testar a eficácia da mobilização precoce sobre a redução do tempo de internação de bebês, crianças e adolescentes internados em unidades de terapia intensiva.

## Referências

1. Miyoshi MH, Oliveira AC, Guinsburg R. 17/11 – Dia Mundial da Prematuridade [Internet]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2020 nov. 16 [atualizado em 2020 nov. 17; citado em 2022 out 31]. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epm/ultimas-noticias/prematuridade-novembro-roxo>.
2. Moreira MGS, Kegler JJ, Monteiro AS, Sehnem GD, Ribeiro AC, Neves ET. Characterization of morbidity in children/adolescents with continuous and complex care admitted to pediatric intensive care. *Research, Society and Development*. 2022 jan.; 11(2): p. 1-11.
3. Dias CM. Mobilização Precoce em Pediatria: você pratica? [Internet]. São Paulo: Physio cursos SP. 2016 dez. 13 - [citado em 2023 nov. 14]. Disponível em: <https://www.physiocursos.com.br/post/2016/11/29/mobilizacao-precoce-pediatria>.
4. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery*. 2009 jun.; 13 (2): p. 297-304.
5. Barros RC, Paiva GS, Souza KM, Silva EG. Main instruments for evaluating neuropsychomotor development in children in Brazil. *Brazilian Journal of Development*. 2020 jan.; 6 (8): p. 60393-60406.
6. Formiga CKMR, Pedrazzani ES, Tudella E. Os programas de intervenção precoce. In: Palermo F, editor. *Intervenção precoce com bebês de risco*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu; 2011. p. 131-138.
7. Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*. 2012 mar.; 23 (1): p. 5-6.
8. Silva CF, Leite AJM, Almeida NMGS, Leon ACMP. Fatores associados ao óbito neonatal de recém nascidos de alto risco. *Cadernos de saúde pública*. 2014 fev.; 30 (2): p. 355-368.
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*.

- 2010 Mar.; 8 (1): p. 102-106.
10. Page M, McKenzie J, Bossuyt P, *et al.* A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista do SUS*. 2020 jul.; 31 (2): p. 1-20.
  11. Adel TZ, Dijk M, Heer M, *et al.* Quality improvement intervention to stimulate early mobilization of critically ill children. *Nursing in Critical Care*. 2022 fev: p. 1-9.
  12. Choong K, Zorko DJ, Awojoodu R, *et al.* Prevalence of Acute Rehabilitation for Kids in the PICU: A Canadian Multicenter Point Prevalence Study. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2021 fev.; 22 (2): p. 1-13.
  13. Ista E, Scholefield BR, Manning JC, *et al.* Mobilization practices in critically ill children: a European point prevalence study (EU PARK-PICU). *Critical Care*. 2020 jun.; 24 (1): p. 1-11.
  14. Ortmann L, Dey A. Early Mobilization of Infants Intubated for Acute Respiratory Failure. *Critical Care Nurse*. 2019 Dez.; 39 (6): p. 47-52.
  15. Choong, K, Awladthani S, Khawaji A, *et al.* Early Exercise in Critically Ill Youth and Children, a Preliminary Evaluation: The wEECYCLE Pilot Trial. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2017 nov.; 18 (11): p. 546-554.
  16. Tsuboi N, Hiratsuka M, Kaneko S *et al.* Benefits of Early Mobilization After Pediatric Liver Transplantation. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2019 fev.; 20 (2): p. 91-97.
  17. Wieczorek B, Ascenzi J, Kim Y, *et al.* PICU Up!: Impact of a Quality Improvement Intervention to Promote Early Mobilization in Critically Ill Children. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2016 dez.; 17 (12): p. 559-566.
  18. Rochman B, Nahas FX, Filho RSO, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. *Acta cirúrgica brasileira*. 2005; 20 (2): p.1-8.
  19. Oliveira MAP, Velarde LGC, SÁ RAM. Ensaios clínicos randomizados: Série Entendendo a Pesquisa Clínica 2. *Femina*. 2015 jan.-fev.; 43 (1): p. 2-5.
  20. Giachetta L, Nicolau CM, Costa APBM, Zuana AD. Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. *Fisioterapia e pesquisa*. 2010 mar.; 17 (1): p. 1-6.
  21. Caires, L. Nos países desenvolvidos, o dinheiro que financia a ciência na universidade é público [Internet]. São Paulo: Santos TH. 2019 mai. 24 - [citado em 2023 nov. 18]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/nos-paises-desenvolvidos-o-dinheiro-que-financia-a-ciencia-e-publico/>.
  22. Schneegans S, Lewis J, Straza T. Relatório de ciências da UNESCO: a corrida contra o tempo por um desenvolvimento mais inteligente; resumo executivo e cenário brasileiro [Internet]. França: Baseline Arts Ltd. 2021 - [citado em 2023 nov. 18]. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377250\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377250_por).
  23. Aquim EE, Bernardo WM, Buzzini RF, *et al.* Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista brasileira de terapia intensiva*. 2019 dez.; 31 (4): p. 1-10.
  24. Costa GA. Aplicação do Pediatric Risk of Mortality score (PRISM) e determinação dos fatores de prognóstico para óbito em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária. *Biblioteca digital de teses e dissertações da USP*. 2011 set.: p. 1-108.
  25. Ferreira JC, Patino CM. O que é análise de sobrevida e quando devo utilizá-la? *Jornal brasileiro de pneumologia*. 2016; 42 (1): p. 77-77.

26. Piva TC, Ferrari RS, Schaan CW. Protocolos de mobilização precoce no paciente crítico pediátrico: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2019 jun.; 31 (2): p. 248-257.

**Anexos**  
**Anexo 1**

**Quadro 1** Estratégia PICOS.

<b>Estratégia PICO</b>	<b>Descritores em português</b>	<b>Descritores em inglês</b>
<b>Population</b> <b>População/problema/doença</b>	Premature OR “critically ill children” OR “pediatric intensive care units”	Premature OR “critically ill children” OR “pediatric intensive care units”
	AND	AND
<b>Intervention</b> <b>Intervenção/indicação/interesse</b>	Mobilização precoce	Mobilization practices
	AND	AND
<b>Comparison</b> <b>Comparação</b>	Não temos	Não temos
	AND	AND
<b>Outcome</b> <b>Desfecho/resultado</b>	Não temos	Não temos

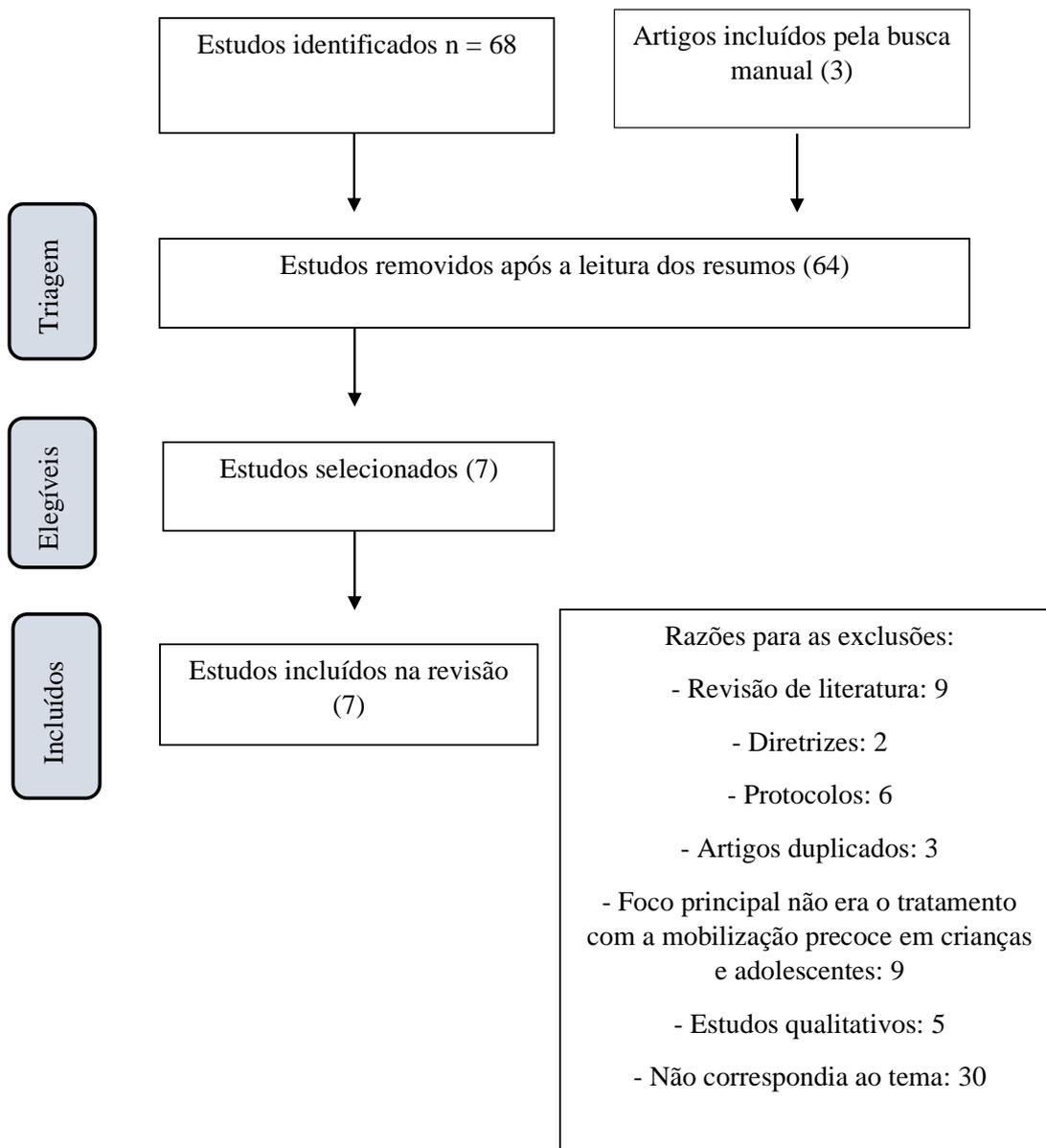
## Anexo 2

**Quadro 2** Combinações nas bases de dados.

<b>Base de dados</b>	<b>Estratégia de busca</b>	<b>Total de artigos encontrados</b>	<b>Total de artigos selecionados</b>
BVS/LILACS Filtro: LILACS	(Premature OR “critically ill children” OR “pediatric intensive care units”) AND mobilização precoce	21	0
PubMed Filtro: 10 anos	(Premature OR "critically ill children" OR "pediatric intensive care units") AND Mobilization practices	47	7

Anexo 3

Figura 1 Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos.



Anexo 4

Quadro 3 Sistematização das informações.

Autor Ano País	Objetivos	Tipos de estudo Característica da amostra	Instrumento de Avaliação	Principais resultados
Adel <i>et al.</i> 2021 Holanda	Determinar os efeitos da implementação de um programa de mobilização precoce (EM) em atividades de mobilidade para crianças gravemente doentes e explorar barreiras e facilitadores e resultados clínicos antes e depois da implementação.	<p>Estudo prospectivo de centro único antes e depois</p> <p>Critérios de inclusão: Pacientes na faixa etária de 3 meses a 18 anos com uma permanência prevista de 3 dias ou mais</p> <p>Critérios de exclusão: tórax aberto, lesões agudas na medula espinhal ou no cérebro, via aérea crítica ou distúrbio grave do desenvolvimento intelectual, bem como aqueles nos quais a terapia de suporte à vida foi suspensa.</p> <p>Amostra de estudos: 113 crianças com idade de 3 meses a 18 anos internados em uma UTIP terciária com 28 leitos de um hospital infantil em Roterdã, Holanda.</p> <p>Grupo pre-implementação: 55 crianças</p> <p>Grupo pós-implementação: 58 crianças</p>	<p>O estudo consistiu em 3 fases: duas fases de coleta de dados e uma fase de implementação</p> <p>O protocolo de mobilização precoce foi aplicado durante 4 meses</p> <p>Protocolo: as atividades de mobilização foram virar regularmente, movimento passivo, sentar na cama, sentar na beira da cama, sentar em uma cadeira ou no colo dos pais, ficar de pé, caminhar e andar de bicicleta na cama, transferência da cama para a cadeira, ser segurado pela família da equipe, jogar no tapete.</p> <p>Nos 4 meses anteriores à fase de implementação havia um protocolo de mobilização para pacientes ventilados que consistia em virar o paciente a cada 4 horas.</p> <p>Foram adquiridos para apoiar as atividades de mobilização equipamentos como ciclo leito extra, cadeiras de mobilização ajustáveis,</p>	<p>Após a implementação do protocolo de mobilização, uma proporção significativamente maior de pacientes recebeu atividades fora do leito do que antes</p> <p>A proporção de crianças ventiladas mobilizadas em uma cadeira aumentou de 29,4% para 55,6%</p> <p>Os maiores benefícios percebidos variaram de 80% a 100% para durações mais curtas de ventilação e permanência na UTIP, menor uso de sedativos e melhor ciclo dia-noite</p> <p>A pesquisa indicou que os membros da equipe da UTIP não tinham conhecimento suficiente sobre o assunto e que faltavam equipamentos adequados para mobilizar os pacientes.</p> <p>Limitações: faltava uma configuração de controle, o que também enfraquece a força da evidência e as duas fases do estudo ocorreram em estações diferentes. Durante a fase</p>

		<p>As características dos pacientes (por exemplo, idade, sexo, motivo da admissão, ventilação, tempo de permanência na UTIP) não diferiram estatisticamente entre os dois grupos</p>	<p>material de fixação para tubos, linhas e drenos</p> <p>As características demográficas, clínicas e de mobilização foram comparadas entre as fases antes e depois da implementação</p> <p>Instrumentos de avaliação: Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM) III, pontuou as características clínicas dos pacientes. Pediatric Cerebral Performance Score (PCPC), categorizou a função física dos pacientes.</p> <p>As características de mobilidade foram documentadas pela enfermeira cuidadora ou pelos pais no “diário de mobilização”</p>	<p>antes (inverno), foram internadas mais crianças com problemas pulmonares do que na fase posterior.</p>
<p>Choong <i>et al.</i> 2020 Canadá</p>	<p>Avaliar práticas de mobilização, barreiras e eventos adversos relacionados à mobilidade em UTIP canadenses.</p>	<p>Estudo Multicêntrico Canadense de Prevalência de Pontos</p> <p>Critérios de inclusão: pacientes com tempo de permanência na UTIP maior ou igual a 72 horas a partir das 7h de cada dia de prevalência pontual.</p> <p>Critérios de exclusão: pacientes com alta da UTIP antes das 12h nos dias do estudo</p> <p>Amostra de estudo: 137 crianças de 0 a 17 anos</p>	<p>O protocolo de mobilização precoce foi aplicado em dois dias.</p> <p>A mobilidade foi definida como qualquer atividade envolvendo movimento físico do paciente, com exceção dos cuidados de rotina.</p> <p>A mobilidade foi categorizada como: nenhuma atividade, sendo descrita como repouso no leito e reposicionamento passivo no leito. Amplitude passiva de movimento, movimento passivo da articulação e membro pelo terapeuta. Mobilidade na cama, sentado na cama, exercícios na cama; cicloergômetro. Mobilidade na beira da cama, sentado na beira da</p>	<p>Duas UTIPs (15%) tinham diretrizes práticas de mobilização precoce.</p> <p>A prevalência de mobilização foi de 110 de 137 paciente-dia (80%).</p> <p>A atividade mais comum foi a mobilidade fora do leito (64% pacientes-dia) e não houve mobilização ativa em 46 pacientes-dia (34%).</p> <p>Os terapeutas forneceram mobilidade em 33% dos pacientes-dia. A mobilidade foi mais comumente facilitada por enfermeiros (74%) e familiares (49%).</p>

			<p>cama com exercícios de fortalecimento na beira da cama. Mobilidade fora da cama, Transferência da cama para a cadeira, ser segurado para fora da cama, jogo de neurodesenvolvimento no colchonete, pré-deambulação (em pé, marchando no local), deambulação.</p> <p>Instrumentos de avaliação: escore Pediatric Cerebral Performance Category (PCPC), utilizado para avaliar o estado funcional dos pacientes.</p> <p>As avaliações documentadas de consultas de fisioterapia (PT) e terapia ocupacional (OT) nas primeiras 72 horas de internação na UTIP foram extraídas do prontuário do paciente.</p> <p>Os dados dos resultados primários foram quantificados usando estatísticas descritivas.</p> <p>Dados categóricos foram resumidos como contagens com porcentagens e comparados usando o teste qui-quadrado.</p>	<p>18 dos 50 pacientes-dia (36%) intubados e ventilados mecanicamente foram mobilizados para fora do leito.</p> <p>Barreiras foram relatadas em 58 dos 137 pacientes-dia (42%) e eventos adversos ocorreram em 22 de 387 eventos de mobilidade (6%).</p>
Ista <i>et al.</i> 2020 Holanda	Determinar a prevalência e os fatores associados à reabilitação física em UTIP em toda a Europa.	<p>Estudo de prevalência pontual, transversal e multicêntrico de 2 dias.</p> <p>Amostra de estudo: 456 crianças internadas em uma das 38 UTIP participantes de 15 países europeus.</p>	<p>A mobilidade fora da cama foi definida como transferência da cama para a cadeira, ser segurado pela família ou equipe, jogar no tapete, ficar de pé ou caminhar.</p> <p>Atividades como movimentação</p>	<p>A prevalência pontual de atividades de mobilidade fornecidas por consultas de fisioterapia (PT) e/ou terapia ocupacional (OT) foi de 39%.</p> <p>Os enfermeiros estiveram envolvidos em 72% dos eventos de</p>

		<p>70% das crianças tinham menos de 3 anos de idade e 53% eram do sexo masculino com um tempo médio de internação na UTIP no dia do estudo de 14 dias.</p> <p>Para 47% de todos os pacientes incluídos, o PCPC antes da admissão era &gt; 2, indicativo de deficiência neurológica/cognitiva moderada ou grave.</p> <p>57% dos pacientes incluídos foram ventilados mecanicamente através de tubo endotraqueal ou traqueostomia durante o período de observação.</p> <p>Metade dos pacientes recebeu pelo menos uma infusão contínua de sedativo ou analgésico, principalmente opioides (58%) e benzodiazepínicos (43%).</p> <p>Dos pacientes ventilados, 75% tinham um cateter venoso central (CVC) instalado e 51% desses pacientes tinham um cateter urinário.</p> <p>Critérios de inclusão: pacientes que haviam sido internados em UTIP para <math>\geq 72</math>h a partir das 7h em cada um dos dois dias de estudo.</p>	<p>passiva, sentar na cama e banho foram definidas como mobilidade na cama.</p> <p>Eventos de mobilidade foram definidos como qualquer atividade única ou atividades agrupadas envolvendo o movimento físico da criança, com exceção de procedimentos de cuidados rotineiros e virar/reposicionar ou prevenir úlceras por pressão.</p> <p>Nos 341 pacientes-dia, ocorreram 1.283 eventos totais de mobilidade, com uma média de 3 (IQR 3–5) por paciente.</p> <p>Instrumentos de avaliação: Pediatric Cerebral Performance Score (PCPC) para categorizar a função física pré-admissão.</p>	<p>mobilidade; nos 28% restantes, PT/OT, médicos, familiares ou outros profissionais estavam envolvidos.</p> <p>A ventilação mecânica invasiva com tubo endotraqueal foi negativamente associada à mobilidade fora do leito (aOR 0,28, IC 95% 0,12-0,68).</p> <p>Os pacientes ficaram completamente imóveis em 25% dos dias do paciente.</p> <p>Barreiras à mobilização foram relatadas em 38% dos dias do paciente.</p> <p>Barreiras: Instabilidade cardiovascular (n = 47, 10%), sedação excessiva (n = 39, 9%) e contraindicação médica (n = 37, 8%).</p> <p>Eventos de segurança potenciais ocorreram em 6% de todos os eventos de mobilização documentados.</p>
--	--	---	--	--

<p>Ortmann, Dey. 2019 United States</p>	<p>Determinar a segurança de uma intervenção de contenção para lactentes intubados por insuficiência respiratória.</p>	<p>Amostra de estudo: Bebês com menos de 6 meses de idade.</p> <p>Critérios de inclusão: bebês intubados por insuficiência respiratória aguda secundária a doenças virais ou bacterianas do trato respiratório inferior com uma duração esperada de ventilação mecânica superior a 48 horas.</p> <p>Critérios de exclusão: processo intracraniano agudo nos últimos 30 dias, cardiopatia congênita cianótica com saturação arterial de oxigênio basal inferior a 85%, diagnóstico pré-admissão de hipertensão pulmonar, designação de via aérea crítica pelo médico assistente da UTIP, traqueostomia, procedimento cirúrgico abdominal durante a internação atual, oxigenação extracorpórea de membrana ou terapia renal substitutiva contínua no momento da triagem e pais/responsáveis que não falavam inglês ou espanhol.</p>	<p>Os pacientes eram avaliados diariamente de acordo com os critérios de: fração inspirada de oxigênio de 0,6 ou menos, pressão expiratória final positiva de 10 cm HO ou menos, pico de pressão inspiratória de 30 cm HO ou menos, dose de norepinefrina/epinefrina de 0,02 µg/kg por minuto ou menos, dose de dopamina de 3 µg/kg por minuto ou menos, paciente não recebendo infusão de vasopressina, infusão de bloqueio neuromuscular desligada por 12 ou mais horas, óxido nítrico inalado desligado por 12 ou mais horas, não tratamento para arritmias nas últimas 12 horas e sem compressões torácicas nas últimas 48 horas.</p> <p>As comparações bivariadas entre os grupos foram realizadas usando o teste Mann-Whitney ou o teste para dados contínuos e teste exato de Fisher para dados categóricos.</p> <p>Foi utilizado a Escala Comportamental do Estado 10 minutos antes e 20 a 30 minutos após a transferência do paciente.</p> <p>Foi avaliado a sedação e a agitação do paciente através da State Behavioral Scale, uma ferramenta da enfermagem de beira de leito.</p> <p>Nos dias em que cada paciente atendesse os critérios de intervenção</p>	<p>Foram estudados 24 bebês com um total de 158 intervenções.</p> <p>A meta de segurar bebês no colo no mínimo 2 vezes em dias elegíveis foi alcançada em 64% das vezes.</p> <p>Ocorreu uma média de 1,6 episódios de retenção por criança por dia elegível.</p> <p>Os 24 controles históricos tiveram 1 extubação não planejada e 2 remoções de cateter arterial.</p> <p>O grupo de intervenção não teve extubações não planejadas, remoções inadvertidas de cateteres centrais ou remoções de cateteres urinários e teve 1 remoção de cateter arterial que não foi associada à contenção.</p> <p>Os sinais vitais antes e durante a retenção foram semelhantes.</p> <p>Não houve diferenças entre os grupos de controle e intervenção na duração da intubação (7,3 vs 6,0 dias, P = 0,98), duração da internação na unidade de terapia intensiva (9,1 vs 9,0 dias, P = 0,52) ou duração da internação hospitalar (11,5 vs 12,5 dias, P = 0,28).</p>
---	--	---	--	---

			<p>a mobilização era realizada de forma que o bebê fosse segurado no mínimo 2 vezes ao dia por pelo menos 1 hora cada.</p> <p>A transferência foi realizada por enfermeiras e fisioterapeutas.</p>	
<p>Choong <i>et al.</i> 2017 Canadá</p>	<p>Determinar a viabilidade de conduzir um estudo completo avaliando a eficácia da mobilização precoce usando ciclismo na cama como adjuvante à fisioterapia, em resultados funcionais em crianças gravemente doentes.</p>	<p>Centro único, piloto, estudo randomizado controlado.</p> <p>Amostra de estudo: Crianças de 3 a 17 anos limitadas ao repouso no leito com expectativa de permanência na UTIP de pelo menos 48 horas.</p> <p>Critérios de inclusão: pacientes limitados ao repouso no leito ou não fossem mobilizadas no momento da triagem e esperassem permanecer na UTIP por mais 48 horas.</p> <p>Critérios de exclusão: pacientes em seu nível basal de função, já se mobilizando para fora da cama ou com expectativa de fazê-lo em 24 horas.</p> <p>Trinta pacientes foram inscritos (20 para o ciclismo e 10 para o controle) durante um período de 12 meses, com uma taxa de consentimento de 93,7%.</p> <p>21 (70%) dos pacientes tinham uma condição crônica preexistente.</p>	<p>Os pacientes foram randomizados em uma proporção de 2:1 para mobilização precoce usando ciclismo no leito, além dos cuidados habituais de fisioterapia.</p> <p>A duração total da terapia de mobilização na UTIP foi de 210 e 136 minutos nos braços de ciclismo e controle, respectivamente.</p> <p>O tempo médio de configuração do cicloergômetro foi de 16,5 minutos (10–26,5min). Os participantes do braço de ciclismo pedalarão por uma média de 2 dias</p> <p>O número total de dias de UTIP mobilizados foi de 5,0 (3–6) com ciclismo e 2,5 (2–4,8) com cuidados habituais.</p>	<p>23 pacientes (77%) foram mobilizados dentro de 72 horas após a admissão, seis (60%) no controle e 17 (85%) no braço de ciclismo.</p> <p>Vinte e quatro pacientes (80%) desenvolveram deterioração funcional recém-adquirida na alta da UTIP, sete (70%) no braço de cuidados habituais e 17 (85%) no braço de ciclismo.</p> <p>Apenas três (10%) dos pacientes alcançaram recuperação funcional completa em todos os domínios em 1 mês. A mobilidade pareceu ser mais afetada do que os outros domínios funcionais e mais lenta para se recuperar</p> <p>Barreiras: 39% das sessões planejadas de fisioterapia e ciclismo, respectivamente, não foram realizadas devido à indisponibilidade do fisioterapeuta ou pessoal de pesquisa devido à carga de trabalho.</p> <p>Pacientes ou pais recusaram um total de três sessões de fisioterapia (3%) e oito sessões de ciclismo (22,8%).</p>

<p>Tsuboi <i>et al.</i> 2016 Japão</p>	<p>Avaliar o impacto da mobilização precoce após transplante hepático pediátrico na UTIP.</p>	<p>Estudo retrospectivo de 70 meses antes e depois.</p> <p>Amostra de estudo: Setenta e cinco pacientes de 2 a 18 anos que foram submetidos a transplante de fígado e podiam andar antes da cirurgia.</p> <p>Critérios de inclusão: Pacientes de 2 a 18 anos que receberam transplantes de fígado durante os períodos do estudo e foram internados na UTIP.</p> <p>Critérios de exclusão: Pacientes que não deambulavam antes da cirurgia, os que precisaram de retransplante, os que não receberam fisioterapia após a cirurgia na enfermaria (pós-UTI), instabilidade hemodinâmica, dia da cirurgia torácica ou abdominal, hipertensão intracraniana e instabilidade da coluna cervical.</p> <p>As características basais, etiologia e dados operatórios entre os dois grupos não foram significativamente diferentes, porém, o maior número de etiologias apresentadas foram atresia biliar (26) e hepatite fulminante (14).</p>	<p>Instrumentos de avaliação: Índice de Barthel para avaliar a capacidade de locomoção.</p> <p>As comparações bivariadas entre os grupos foram realizadas usando o teste Mann-Whitney ou o teste para dados contínuos e teste exato de Fisher para dados categóricos.</p> <p>Foi utilizado o método de sobrevivência de Kaplan-Meier para demonstrar a capacidade de andar novamente com ou sem andador.</p> <p>Todas as análises foram realizadas com o EZR (Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Saitama, Japão), uma interface gráfica de usuário para R (The R Foundation for Statistical Computing, Viena, Áustria).</p> <p>A mobilização precoce (EM) foi composta por aparelhos de reabilitação, incluindo andador, cadeiras de rodas e brinquedos.</p> <p>Após a implementação da EM, foi adicionado a terapia de reabilitação aos pedidos padronizados de internação na UTIP e foi inserida uma folha de metas diárias de reabilitação para cada paciente.</p>	<p>Houve um aumento significativo na proporção de pacientes que receberam fisioterapia na UTIP (66% vs 100%; <math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>O tempo gasto para fisioterapia por paciente elegível e por dia de UTIP elegível aumentou (8,1min [intervalo interquartil, 0–10,6 min] vs 17,4min [13,2–26,6 min]; <math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Pacientes no período pós-EM foram capazes de andar novamente mais cedo, ambos com andador rolante (27 [16–66] vs 22 [18–31] dias de pós-operatório; <math>p = 0,015</math>) e sem andador (28 [16–66] vs 23 [19–31] dias de pós-operatório; <math>p = 0,015</math>).</p> <p>O tempo de internação do grupo pós-mobilização precoce foi menor do que o grupo pré-mobilização precoce (55 [37-99] vs 40 [31-54] dias de pós-operatório; <math>p = 0,012</math>).</p> <p>Barreiras: A população de pacientes era heterogênea, o momento de iniciar a intervenção EM não foi suficientemente cedo, os pacientes não foram randomizados para intervenções de fisioterapia, nem os resultados foram avaliados de forma cega e método de sobrevivência de Kaplan-Meier não foi completamente padronizado em sua frequência ou pontos de tempo.</p>
<p>Wieczorek <i>et al.</i></p>	<p>Determinar a segurança e viabilidade de um programa de mobilização</p>	<p>Estudo observacional, pré-pós.</p>	<p>PICU Up! foi implementado em março-maio de 2015.</p>	<p>A implementação conduziu a um aumento das consultas de terapia</p>

<p>2016 United States</p>	<p>precoce em uma UTIP.</p>	<p>Amostra de estudo: 200 crianças com idade de 1 dia a 17 anos.</p> <p>Critérios de inclusão: Crianças de 1 dia a 17 anos que precisaram de internação na UTIP por 3 ou mais dias.</p> <p>Critérios de exclusão: ECMO, tórax ou abdome aberto, fraturas instáveis ou ordens médicas especificando atividades alternativas.</p> <p>Os grupos foram semelhantes em relação à idade, peso, diagnósticos de internação na UTIP e escores de risco pediátrico de mortalidade (PRISM).</p>	<p>A mobilização precoce foi definida pela equipe como qualquer atividade passiva ou ativa que ocorreu nos primeiros 3 dias de internação na UTIP.</p> <p>As atividades foram categorizadas como terapias na cama ou terapias de mobilidade.</p> <p>As terapias na cama incluíram amplitude de movimento passiva, amplitude de movimento ativa, e posicionamento de leito ativo ou passivo e imobilização.</p> <p>As atividades de mobilidade incluíam sentar na beira da cama, sentar para levantar, transferir, deambular e brincar.</p> <p>Os fisioterapeutas (PTs) facilitam a deambulação e a mobilidade, enquanto talas, amplitude de movimento, assento e posicionamento são da competência dos terapeutas ocupacionais pediátricos (OTs).</p> <p>Foi implementado a promoção da higiene do sono e triagem de rotina de delirium para todas as crianças.</p>	<p>ocupacional (44% vs 59%; <math>p=0,034</math>) e consultas de fisioterapia (54% vs. 66%; <math>p=0,08</math>) no dia 3 da UTIP.</p> <p>O número médio de mobilizações por paciente no dia 3 da UTIP aumentou de 3 para 6 (<math>p&lt;0,001</math>).</p> <p>Mais crianças engajadas em atividades de mobilização após o PIC UP! intervenção até o dia 3 da UTIP, incluindo posicionamento ativo no leito (<math>p&lt;0,001</math>) e deambulação (<math>p=0,04</math>).</p> <p>Barreiras: Disponibilidade de equipamento adequado.</p>
-------------------------------	-----------------------------	---	---	--



## Normas Editoriais da Movimenta

A revista *Movimenta* (ISSN 1984-4298), editada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), é um periódico científico quadrimestral que publica artigos relacionadas com a temática da Saúde e suas relações com o ambiente e a sociedade. A revista possui caráter multi e interdisciplinar e publica artigos de revisão sistemática da literatura, artigos originais, relatos de caso ou de experiência e anais de eventos científicos.

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada pelo site da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>) e implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outro periódico. Quando parte do material já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em Simpósio, Congresso, etc., deve ser citada como nota de rodapé na página de título e uma cópia do trabalho apresentado deve acompanhar a submissão do manuscrito.

As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original que possa ser replicada e generalizada, têm prioridade para publicação. São também publicadas outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseados na literatura recente, tais como Artigos de Revisão, Relato de Caso ou de Experiência, Análise crítica de uma obra, Resumos de Teses e Dissertações, Resumos de Eventos Científicos na Área da Saúde e cartas ao editor. Estudos envolvendo seres humanos ou animais devem vir acompanhados de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As contribuições devem ser apresentadas em português, contendo um resumo em inglês, e os Resumos de Teses e Dissertações devem ser apresentados em português e em inglês.

Os artigos submetidos são analisados pelos editores e por avaliadores de acordo com a área de conhecimento.

### Processo de julgamento

Os manuscritos recebidos são examinados pelo Conselho Editorial, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. Aqueles que não estiverem de acordo com as normas abaixo serão devolvidos aos autores para revisão antes de serem submetidos à apreciação dos avaliadores.

Os textos enviados à Revista serão submetidos à apreciação de dois avaliadores, os quais trabalham de maneira independente e fazem parte da comunidade acadêmico-científica, sendo especialistas em suas respectivas áreas de conhecimento. Uma vez que aceitos para a publicação, poderão ser devolvidos aos autores para ajustes. Os avaliadores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores por recomendação expressa dos editores.

Os editores coordenam as informações entre os autores e os avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos são acompanhados por justificativa do editor.

Todo o processo de submissão, avaliação e publicação dos artigos será realizado pelo sistema de editoração eletrônica da *Movimenta* (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Para tanto, os autores deverão acessar o sistema e se cadastrar, atentando para todos os passos de submissão e acompanhamento do trabalho. Nenhum artigo ou documento deverá ser submetido à revista em via impressa ou por e-mail, apenas pelo sistema eletrônico.

## INSTRUÇÕES GERAIS AOS AUTORES

### **Responsabilidade e ética**

O conteúdo e as opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores. Estudos envolvendo sujeitos humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e indicar o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes, de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Estudos envolvendo animais devem estar de acordo com a Resolução 897/2008 do Conselho Federal de Medicina Veterinária. O estudo envolvendo seres humanos ou animais deve vir acompanhado pela carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável.

É também de responsabilidade dos autores o conteúdo e opinião emitido em seus artigos, assim como responsabilidade quanto a citações de referências de estudos já publicados. Por questões de ética editorial, a revista *Movimenta* reserva-se o direito de utilizar recursos de detecção de plágio nos textos recebidos antes do envio dos artigos para os avaliadores. Essa medida se torna importante tendo em vista inúmeras notícias e casos de plágio detectados no meio acadêmico e científico.

A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da indicação de permissão pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais do autor do manuscrito. Todas as informações contidas no artigo são de responsabilidade do(s) autor (es).

Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão escrita para uso e divulgação das imagens.

### **Autoria**

Deve ser feita explícita distinção entre autor/es e colaborador/es. O crédito de autoria deve ser atribuído a quem preencher os três requisitos: (1) deu contribuição substantiva à concepção, desenho ou coleta de dados da pesquisa, ou à análise e interpretação dos dados; (2) redigiu ou procedeu à revisão crítica do conteúdo intelectual; e 3) deu sua aprovação final à versão a ser publicada.

No caso de trabalho realizado por um grupo ou em vários centros, devem ser

identificados os indivíduos que assumem inteira responsabilidade pelo manuscrito (que devem preencher os três critérios acima e serão considerados autores). Os nomes dos demais integrantes do grupo serão listados como colaboradores ou listados nos agradecimentos. A ordem de indicação de autoria é decisão conjunta dos co-autores e deve estar correta no momento da submissão do manuscrito. Em qualquer caso, deve ser indicado o endereço para correspondência do autor principal. A carta que acompanha o envio dos manuscritos deve ser assinada por todos os autores, tal como acima definidos.

## FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

### Formato do Texto

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão *.doc* ou *.docx*) e deve ser digitados em espaço 1,5 entre linhas, tamanho 12, fonte *Times New Roman* com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). *Relatos de Caso ou de Experiência* não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

#### Página de rosto (1ª página)

Deve conter: a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês; b) nome completo dos autores com indicação da titulação acadêmica e inserção institucional, descrevendo o nome da instituição, departamento, curso e laboratório a que pertence dentro desta instituição, endereço da instituição, cidade, estado e país; c) título condensado do trabalho (máximo de 50 caracteres); d) endereços para correspondência e eletrônico do autor principal; e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o projeto de estudo, se for o caso.

#### Resumos (2ª página)

A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português e inglês. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, seguindo a estrutura formal do texto, ou seja, indicando objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. Quanto à redação, buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve". O resumo e o abstract devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde do LILACS (<http://decs.bvp.br>) para fins de padronização de palavras-chaves.

### Corpo do Texto

Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor (es) a empreender a pesquisa;

Materiais e Métodos - descrever de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Recomenda-se fortemente que estudos de intervenção

apresentem grupo controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

**Resultados** - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

**Discussão** - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (na Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

**Conclusão** – deve ser apresentada de forma objetiva a (as) conclusão (ões) do trabalho, sem necessidade de citação de referências bibliográficas.

Obs.: Quando se tratar de pesquisas originais com paradigma qualitativo não é obrigatório seguir rigidamente esta estrutura do corpo do texto. A revista recomenda manter os seguintes itens para este tipo de artigo: Introdução, Objeto de Estudo, Caminho Metodológico, Considerações Finais.

### **Tabelas e figuras**

Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras e tabelas devem ser digitados com fonte *Times New Roman*, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

**Tabelas.** Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela deve ser digitada em espaço simples e colocadas na ordem de seu aparecimento no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Os títulos devem ser colocados acima das tabelas.

As tabelas não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

**Figuras.** Todos os elementos que não são tabelas, tais como gráfico de colunas, linhas, ou qualquer outro tipo de gráfico ou ilustração é reconhecido pela denominação “Figura”. Portanto, os termos usados com denominação de Gráfico (ex: Gráfico 1, Gráfico 2) devem ser substituídos pelo termo Figura (ex: Figura 1, Figura 2).

Digitar todas as legendas das figuras em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Os títulos devem ser colocados abaixo das figuras.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes figuras em uma única página. Em caso de fotografias, recomenda-se o formato digital de alta definição (300 dpi ou pontos por polegadas).

Unidades. Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

### **Citações e referências bibliográficas**

A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals do Index Medicus* (<http://www.index-medicus.com>). As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito.

A revista recomenda que os autores realizem a conferência de todas as citações do texto e as referências listadas no final do artigo. Em caso de dificuldades para a formatação das referências de acordo com as normas de Vancouver sugere-se consultar o link: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (Como formatar referências bibliográficas no estilo Vancouver).

### **Agradecimentos**

Quando pertinentes, serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

### **Envio dos Artigos**

Os textos devem ser encaminhados à Revista na forma de acordo com formulário eletrônico no site <http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>.

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem enviar apenas dois arquivos no sistema da revista:

- 1) O arquivo do trabalho, em documento word;
- 2) Carta de encaminhamento do trabalho, segundo modelo adotado na revista, no item “documentos suplementares”. A carta deve ser preenchida, impressa, assinada, escaneada e salva em arquivo PDF. Na referida carta os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa;

Se o artigo for encaminhado aos autores para revisão e não retornar à *Revista Movimenta* dentro do prazo estabelecido, o processo de revisão será considerado encerrado. Caso o mesmo artigo seja reencaminhado, um novo processo será iniciado, com data atualizada. A data do aceite será registrada quando os autores retornarem o manuscrito, após a correção final aceita pelos Editores.

As provas finais serão enviadas por e-mail aos autores somente para correção de

possíveis erros de impressão, não sendo permitidas quaisquer outras alterações. Manuscritos em prova final não devolvidos no prazo solicitado terão sua publicação postergada para um próximo número da revista.

A versão corrigida, após o aceite dos editores, deve ser enviada usando o programa Word (arquivo doc ou docx.), padrão PC. As figuras, tabelas e anexos devem ser colocadas em folhas separadas no final do texto do arquivo do trabalho.

## REQUISITOS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

*Artigo de Pesquisa Original.* São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de investigação baseada em dados empíricos ou teóricos, utilizando metodologia científica, de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais da saúde humana, de característica clínica, bioquímica, fisiológica, psicológica e/ou social. Devem incluir análise descritiva e/ou inferências de dados próprios, com interpretação e discussão dos resultados. A estrutura dos artigos deverá compreender as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

*Registro de Ensaio Clínico.* A Movimenta apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. De acordo com essa recomendação, artigos de pesquisas clínicas devem ser registrados em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (por exemplo, [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), [www.ISRCTN.org](http://www.ISRCTN.org), [www.umin.ac.jp/ctr/index.htm](http://www.umin.ac.jp/ctr/index.htm) e [www.trialregister.nl](http://www.trialregister.nl)). No Brasil o registro poderá ser feito na página [www.ensaioclinico.gov.br](http://www.ensaioclinico.gov.br). Para tal, deve-se antes de mais nada obter um número de registro do trabalho, denominado UTN (Universal Trial Number), no link [http://www.who.int/ictrp/unambiguous\\_identification/utn/en/](http://www.who.int/ictrp/unambiguous_identification/utn/en/), e também importar arquivo xml do estudo protocolado na Plataforma Brasil. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. Todos os artigos resultantes de ensaios clínicos randomizados devem ter recebido um número de identificação nesses registros

*Artigos de Revisão.* são revisões da literatura, constituindo revisões integrativas ou sistemáticas, sobre assunto de interesse científico da área da Saúde e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução que justifique o tema de revisão incluindo o objetivo; Métodos quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada e critério de análise da qualidade dos artigos; Resultados com tabelas descritivas; Discussão dos achados encontrados na revisão; Conclusão e Referências.

*Relato de Caso.* Devem ser restritos a condições de saúde ou métodos/procedimentos incomuns, sobre os quais o desenvolvimento de artigo científico seja impraticável. Dessa forma, os relatos de casos clínicos não precisam necessariamente seguir a estrutura canônica dos artigos de pesquisa original, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Estes trabalhos apresentam as características principais do(s) indivíduo(s) estudado(s), com indicação de

sexo, idade etc. As pesquisas podem ter sido realizadas em humanos ou animais. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos de pesquisa original e devem seguir as normas estabelecidas pela revista *Movimenta*.

*Relato de Experiência.* São artigos que descrevem condições de implantação de serviços, experiência dos autores em determinado campo de atuação. Os relatos de experiência não necessitam seguir a estrutura dos artigos de pesquisa original. Deverão conter dados descritivos, análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, apoiados em evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos.

*Cartas ao Editor.* Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, consultas às situações clínicas e discussões de assuntos específicos da área da Saúde serão publicados a critério dos editores. Quando a carta se referir a comentários técnicos (réplicas) aos artigos publicados na Revista, esta será publicada junto com a tréplica dos autores do artigo objeto de análise e/ou crítica.

*Resumos de Dissertações e Teses.* Esta seção publica resumos de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado, defendidas e aprovadas em quaisquer Programas de Pós-Graduação reconhecidos pela CAPES, cujos temas estão relacionados ao escopo da *Movimenta*.

*Resumos de Eventos Científicos.* Esta seção publica resumos de Eventos Científicos da Área da Saúde. Para tanto, é necessário inicialmente o envio de uma carta de solicitação para publicação pelo e-mail da editora chefe da revista (Profa. Dra. Cibelle Formiga [cibellekayenne@gmail.com](mailto:cibellekayenne@gmail.com)). Após anuência, o organizador do evento deve submeter o arquivo conforme orientações do Conselho Editorial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a documentação referente ao artigo e documentos suplementares (declarações) deverá ser enviada pelo sistema de editoração eletrônica da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Não serão aceitos artigos e documentos enviados pelo correio.

É de responsabilidade do(s) autor (es) o acompanhamento de todo o processo de submissão do artigo até a decisão final da Revista.

Estas normas entram em vigor a partir de 01 de Fevereiro de 2020.

Os Editores.