

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM *DELIRIUM*: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH DELIRIUM: SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DELIRIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Mariana Rena Cortese*, Lígia Márcia Contrin**, Ana Maria Rodrigues Silveira***, Natalia Sperli Gerales***, Marin dos Santos Sasaki****, Lúcia Marinilza Beccaria*****

Resumo

Introdução: *Delirium* é um problema comum em pacientes hospitalizados, especialmente em idosos. Uma condição associada ao aumento de mortalidade, a declínio cognitivo e funcional, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva. **Objetivo:** Identificar as ações da equipe de enfermagem em pacientes adultos internados em UTI com quadros de delirium, após o uso de sedoanalgésicos. **Método:** Estudo de Revisão Sistemática da literatura, realizado com base nas recomendações PRISMA. Os artigos foram escolhidos com base nos descritores "Delirium", "Unidade de Terapia Intensiva", "Jovem", "Adulto", "Sedação", "Enfermagem", publicados no período de janeiro de 2020 e março de 2024. Foram localizados 122 artigos, dos quais 12 provinham da Biblioteca Virtual em Saúde (9,83%), e os 110 restantes do Google Acadêmico (90,16%). Ao final, selecionaram-se 18 artigos (14,75%) para o desenvolvimento do estudo. **Resultados:** Dentre os artigos, houve divergências acerca do fator sedação e o desenvolvimento do *delirium*, porém, todos aqueles que debatiam sobre as estratégias de prevenção tinham foco nas ações da equipe multiprofissional, especialmente da enfermagem. Se observou que o *delirium* ainda é subdiagnosticado e pouco descrito nos prontuários e que os enfermeiros devem ter treinamentos específicos para atualizações sobre sinais, sintomas, métodos preventivos e escalas avaliatórias, específicas para *delirium*, pois é uma situação crítica e que influencia em maior tempo de internação e no comprometimento cognitivo crônico. **Conclusão:** A abordagem multifatorial, essencial, assegura o reconhecimento precoce dos fatores de risco. Assim, compete à enfermagem também, discutir sobre a aplicação de escalas específicas de avaliação, a fim de propiciar maior segurança ao paciente.

Palavras-chave: Delirium. Unidade de terapia intensiva. Sedação profunda. Enfermagem.

Abstract

Introduction: Delirium is a common problem in hospitalized patients, especially in the elderly. A condition associated with increased mortality, cognitive and functional decline, especially in Intensive Care Units. **Objective:** To identify the actions of the nursing team in adult patients admitted to the ICU with delirium, after the use of sedatives. **Method:** Systematic review of the literature, carried out based on the PRISMA recommendations. The articles were selected based on the descriptors "Delirium", "Intensive Care Unit", "Young", "Adult", "Sedation", "Nursing", published between January 2020 and March 2024. A total of 122 articles were found, of which 12 came from the Virtual Health Library (9.83%), and the remaining 110 from Google Scholar (90.16%). In the end, 18 articles (14.75%) were selected for the development of the study. **Results:** Among the articles, there were divergences regarding the sedation factor and the development of delirium, however, all those that discussed prevention strategies focused on the actions of the multidisciplinary team, especially nursing. It was observed that delirium is still underdiagnosed and little described in medical records and that nurses should have specific training for updates on signs, symptoms, preventive methods and evaluation scales, specific for delirium, as it is a critical situation that influences longer hospital stays and chronic cognitive impairment. **Conclusion:** The multifactorial approach, which is essential, ensures early recognition of risk factors. Therefore, it is also up to nursing to discuss the application of specific assessment scales in order to provide greater patient safety.

Keywords: Delirium. Intensive care unit. Deep sedation. Nursing.

* Enfermeira formada pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

**Enfermeira graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Especialização em Saúde Pública. Especialização em CTI para Enfermeiros. Mestrado em Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

***Mestrado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Enfermeira da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

****Especialização em Enfermagem na Atenção Básica com Ênfase na Saúde da Família e no Gerenciamento e Enfermagem Obstétrica pela FAMERP, Preceptoria no SUS pelo Hospital Sírio Libanês e Gestão e Economia em Saúde pela FAMERP. Doutorado em ciências da saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP (FAMERP).

*****Graduação em Enfermagem e Obstetrícia. Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (USC-Bauru). Especialização em Unidade de Terapia Intensiva. Mestrado em Enfermagem pela EERP-USP e Doutorado em Enfermagem pela EERP-USP. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto-SP.

Resumen

Introducción: El delirio es un problema común en pacientes hospitalizados, especialmente en los ancianos. Es una condición asociada con mayor mortalidad, deterioro cognitivo y funcional, principalmente en Unidades de Cuidados Intensivos. **Objetivo:** Identificar las acciones del equipo de enfermería en pacientes adultos ingresados en UCI con delirio, después del uso de sedantes. **Método:** Estudio de revisión sistemática de la literatura, realizado con base en las recomendaciones PRISMA. Los artículos se seleccionaron con base en los descriptores "Delirio", "Unidad de Cuidados Intensivos"; "Jóvenes", "Adultos", "Sedación", "Enfermería", publicados entre enero de 2020 y marzo de 2024. Se encontraron 122 artículos, de los cuales 12 provenían de la Biblioteca Virtual en Salud (9,83%) y los 110 restantes de Google Académico (90,16%). Finalmente, se seleccionaron 18 artículos (14,75%) para el desarrollo del estudio. **Resultados:** Entre los artículos, hubo divergencias con respecto al factor sedación y el desarrollo del delirio; sin embargo, todos los que abordaron estrategias de prevención se centraron en las acciones del equipo multidisciplinario, especialmente enfermería. Se observó que el delirio aún está infradiagnosticado y poco descrito en las historias clínicas, y que las enfermeras deben tener capacitación específica para actualizaciones sobre signos, síntomas, métodos preventivos y escalas de evaluación, específicas para el delirio, ya que es una situación crítica e influye en estancias hospitalarias más prolongadas y deterioro cognitivo crónico. **Conclusión:** El multifactorial Este enfoque, que es esencial, garantiza el reconocimiento temprano de los factores de riesgo. Por ello, también corresponde a enfermería discutir la aplicación de escalas de valoración específicas con el fin de proporcionar una mayor seguridad al paciente.

Palabras clave: Delirio. Unidad de cuidados intensivos. Sedación profunda. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Classificadas por médicos gregos e romanos em três categorias, as doenças mentais dividiam-se em frenites, melancolias e manias, sendo a primeira a descrição de transtornos mentais agudos, usualmente associados com estados febris, na qual os pacientes acometidos apresentavam alterações cognitivas e comportamentais, conturbação do ciclo sono-vigília e agitação psicomotora, características semelhantes ao que hoje é descrito como *delirium*¹.

Posteriormente no século XX, Romano e Engel (1944) aventuraram-se nos estudos eletroencefalográficos, psicológicos e clínicos de pacientes portadores do *delirium* secundário às doenças sistêmicas para possibilitar a correlação de fatores, alocando-se como pioneiros em estudos acerca de sua fisiopatologia. Logo, foi possível perceber que, devido a uma lentificação generalizada em traçados do EEG, a síndrome baseava-se em uma quebra da homeostase cerebral, acarretando em precários resultados de testes cognitivos e, conseqüentemente, gerando transtornos do nível de consciência¹.

Tal achado se fez presente anos depois em estudos da Associação Americana de Psiquiatria, DSM-IV, acrescentando-se que, além da lentificação, os achados laboratoriais, também poderiam demonstrar a exacerbação da atividade cerebral². Sua fisiopatologia mantém-se parcialmente entendida até os dias de hoje, podendo correlacionar fatores para toxicidade de

drogas, resposta aguda ao estresse e inflamações como agentes contribuintes, direta ou indiretamente, para o desequilíbrio energético e a liberação de neurotransmissores, acarretando o acometimento do *delirium*³.

Existem algumas definições mais específicas para o tema abordado, podendo-se citar a descrição atualizada do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V)*⁴ que define assim, os seguintes critérios diagnósticos: a) distúrbio de atenção (redução da habilidade de direcionar/focar/manter a atenção) e de consciência (p. ex. distúrbios espaciais) quando relacionados ao basal; b) desenvolve-se em um curto período (horas a dias) e pode apresentar flutuação de severidade ao longo do dia; c) distúrbio adicional de cognição como perda da memória ou déficit de linguagem/percepção/visual; d) alteração aguda do estado basal não explicada pela história pregressa e/ou diagnóstico primário; e) evidências clínicas da história patológica, exame físico ou achados laboratoriais que se enquadrem como consequência direta de algumas das seguintes condições: *Delirium* secundário à outra condição médica; *Delirium* secundário à intoxicação exógena ou abstinência (p. ex. álcool, opioide, sedativo, hipnótico, ansiolíticos); *Delirium* secundário à múltiplas etiologias⁴.

Em alguns casos se observa a presença de alucinações, ilusões ou más interpretações, evidenciando as perturbações sensoriais que levam o indivíduo a corresponder aos estímulos de acordo com seu conteúdo vivenciado, exibindo respostas emocionais e comportamentais dissociadas da realidade².

Associadas à sintomatologia clínica, pode-se descrever três tipos de *delirium*: I) hiperativo caracterizado pela agitação psicomotora anormal, tentativas de remoção dos dispositivos e alucinações, representando a mais passível de diagnóstico e tratamento, mas por vezes confundida com episódios psicóticos ou esquizofrênicos; II) hipoativo com estados de lentificação psicomotora, apatia e pouca ou total ausência de respostas aos estímulos externos, podendo ser equivocadamente diagnosticada como condições depressivas; III) misto, apresentando flutuações imprevisíveis dos sinais citados anteriormente de maneira alternante ou sobreposta^{2,5,6}. Alguns ainda tendem a classificar uma quarta forma na qual exista a presença de um a três sintomas da disfunção, sem necessariamente cumprir o quadro clínico completo de critérios diagnósticos, sendo conhecido como *delirium* subsindrômico^{5,7}.

Em vista das informações descritas, mostrou-se necessária o desenvolvimento de escalas de triagem validadas e funcionais para detecção do transtorno que abrangessem o manejo multidisciplinar, visto que, em ambientes como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é de rotina a realização de procedimentos invasivos e dolorosos em pacientes, justificando o manejo farmacológico para propiciar o controle da dor, bem-estar, diminuição de estresse e ansiedade, assim como a facilitação da assistência prestada e, a adaptação individual durante o uso da ventilação mecânica (VM)⁸.

Quando o paciente está em VM é necessária a avaliação constante dos níveis de agitação e sedação, por meio da ferramenta proposta na *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), cujas pontuações variam de +4 para pacientes combativos, até o extremo de -5 em um estado de incapacidade de acordar ou responder a estímulos, podendo ser útil na avaliação da profundidade de sedação ou apenas na classificação da resposta individual daqueles que não

estejam recebendo medicamentos sedoanalgésicos^{8,9}.

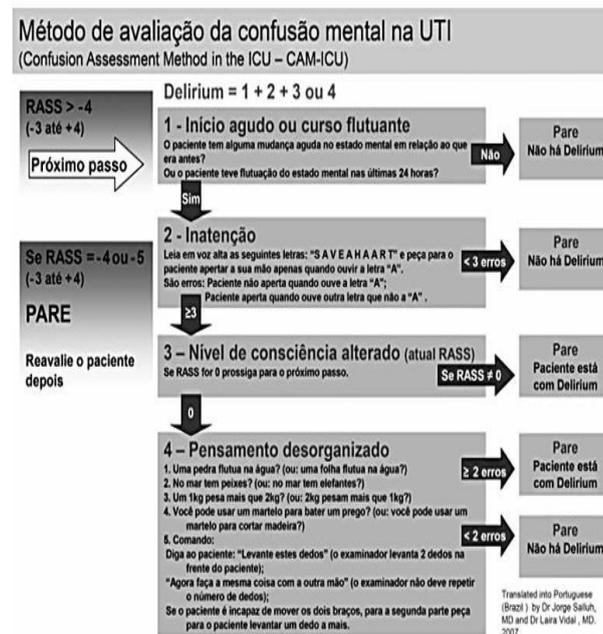
Quadro 1 - Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Ponto	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, representando risco para a equipe
3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
-1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Fonte: Bastos AS⁷.

A escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) é uma ferramenta padrão-ouro que permite o diagnóstico de *Delirium* em pacientes que apresentem alterações em seu estado mental basal com pontuações RASS entre +4 e -3, tendo como diferencial a possibilidade de aplicação em situações que, por algum motivo, impedem a comunicação verbal do paciente^{1,5}.

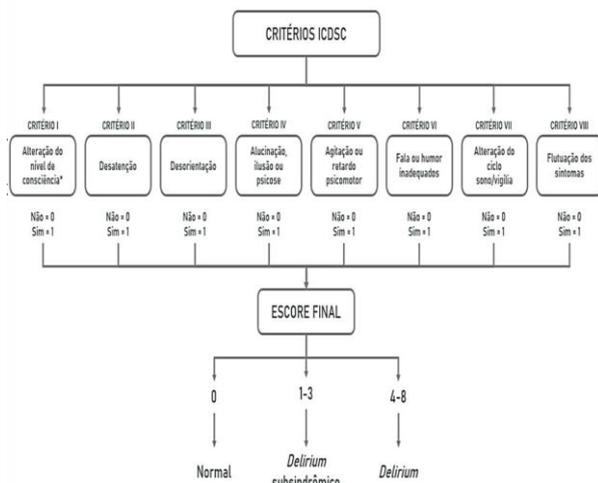
Figura 1 - Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)



Fonte: Silva PH et al¹⁰

Também o *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) é de fácil e rápida utilização, pois permite a sua implementação na rotina do setor para minimizar o subdiagnóstico³.

Figura 2 - *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC)



Fonte: Cunha BASB³

Diante do exposto, este estudo objetivou identificar as ações da equipe de enfermagem em pacientes adultos internados em UTI com quadros de *delirium*, após uso de sedoanalgésicos.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, seguindo as orientações PRISMA, com a intenção de coletar dados e informações acerca do *delirium* no paciente internado em UTI após a sedação, e as ações tanto da equipe multiprofissional e em especial da enfermagem que podem ser empregadas para evitar esse quadro, como reduzir sua duração ou criticidade. Neste sentido, o estudo de revisão baseia-se em organizar, analisar e discutir dados sobre as principais obras existentes em determinados períodos, para que haja melhor entendimento do tópico abordado.

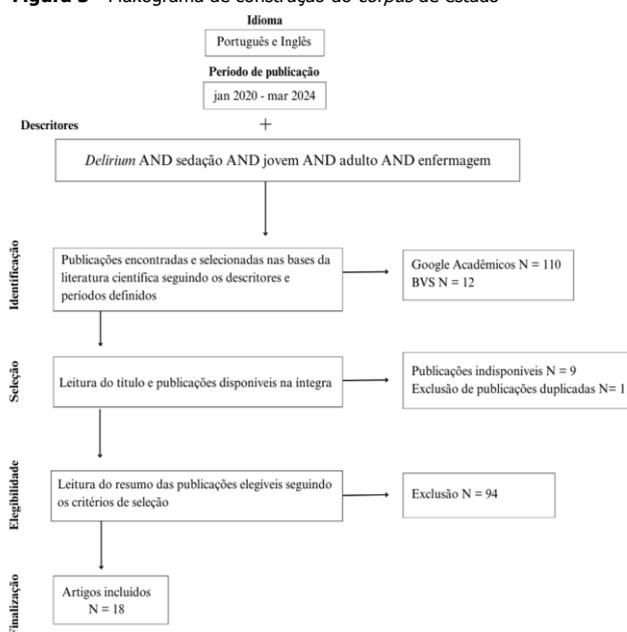
Sendo assim, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: abordagem dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) "*Delirium*", "Unidade de

Terapia Intensiva", "Jovem", "Adulto", "Sedação" e "Enfermagem"; artigos científicos publicados nos períodos de janeiro/2020 a março/2024; idioma português ou inglês; disponibilidade na íntegra e de modo gratuito nos portais eletrônicos. Dentre os critérios de exclusão encontram-se fuga do tema, período de publicação diferente da estipulada acima e/ou visualização do texto completo não disponível, seja ele por erro ou necessidade de pagamento prévio.

Durante a busca *online*, foram identificados um total de 122 artigos, sendo 12 deles na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e 110 na plataforma *Google Acadêmico*. Após a leitura do título e resumo das publicações com a implementação dos critérios de seleção e exclusão, dos 12 artigos encontrados na BVS, somente 5 foram selecionados (41,66%), dos quais os restantes foram excluídos, 2 por não se adequarem ao tema (16% dos achados que se associavam unicamente com a sedação intra ou pós cirúrgicas) e 5 por não estarem disponíveis gratuitamente (41,66%). Já no *Google Acadêmico*, dos 110 textos, somente 13 foram incluídos (11,81%), sendo que, dos demais, 92 não preenchiam os critérios de inclusão do tema abordado (83,63%), dentre eles, artigos que focavam em pacientes com idades inferiores a 18 anos ou superiores a 65 anos, cuidados pós cirúrgicos, desmame da VM, ou não haviam debates com enfoque no tema "*delirium*", 4 estavam indisponíveis (3,63%) e 1 em duplicidade, já sendo contabilizado anteriormente (0,90%).

Logo, finalizou-se a busca na literatura com um total de 18 artigos que serão, posteriormente, analisados e discutidos (Figura 3).

Figura 3 - Fluxograma de construção do *corpus* de estudo



Fonte: os autores.

RESULTADOS

O Tabela 1 descreve as principais características das 18 publicações selecionadas durante a coleta de dados que irão auxiliar na formação e desenvolvimento deste artigo.

Tabela 1 – Publicações selecionadas para o estudo referentes ao período de janeiro de 2020 a março de 2024

Autor principal; Ano; Publicação	Título	Objetivos Principais	Conclusão
Moreira ARFS; 2023; Trabalho de Conclusão de Curso – UniSãoJosé ¹	Abordagem e intervenções ao paciente com <i>delirium</i> em CTI	Identificar as intervenções e abordagens em pacientes com <i>delirium</i> em Unidade de Terapia Intensiva a partir de publicações nas bases de dados. Além de ampliar o entendimento dos aspectos fisiológicos e/ou farmacológicos desta síndrome, contribui para o melhor manejo e discussão por parte da equipe multiprofissional atuante nas Unidades de Terapia Intensiva; elaborar subsídios que possam contribuir para a capacitação de profissionais que compõem a equipe multiprofissional.	Embora não tenha buscado provar ou refutar uma hipótese específica, a pesquisa confirmou uma questão crítica e frequentemente negligenciada: o <i>delirium</i> é uma condição clinicamente significativa que é subdiagnosticada. Isso destaca a importância de aumentar a conscientização e implementar estratégias para a identificação precoce do <i>delirium</i> em pacientes de UTI.
Cunha BASB et al; 2023; Trabalho de Conclusão de Curso – UniEvangélica ³	Análise do perfil clínico e epidemiológico dos casos de <i>delirium</i> durante a internação pela COVID-19	Verificar se há uma maior prevalência de <i>delirium</i> e <i>delirium</i> subsindrômico entre os pacientes internados por Covid-19, quando comparada aos internados por outras condições.	Casos compatíveis com <i>delirium</i> e <i>delirium</i> subsindrômico foram mais frequentes na população internada na UTI por outras causas, em relação aos internados por Covid-19. A população com maior prevalência nos casos de <i>delirium</i> e <i>delirium</i> subsindrômico associados à Covid-19 foram pacientes do sexo masculino com idade > 70 anos, características as quais são condizentes com os fatores predisponentes de <i>delirium</i> , descritos na literatura. Entretanto, quando analisados especificamente os casos de <i>delirium</i> na população internada por outras causas, a faixa etária que apresentou maior prevalência foi de 51 a 60 anos, além disso, também nos casos de internação por outras causas, o grupo com maior número de casos de <i>delirium</i> foi do sexo feminino
Silva PH; 2023; Research, Society and Development journal ¹⁰	Prevalência de <i>delirium</i> na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um hospital público de Minas Gerais	Identificar a prevalência de <i>delirium</i> na UTI adultos e disponibilizar os dados à instituição, com o intuito de fornecer informações para agregar à assistência e ao manejo	A prevalência de <i>delirium</i> na UTI estudada é alta, pois 47,42% da amostra apresentou diagnóstico positivo em ao menos uma avaliação, através da escala CAM-ICU.

		clínico desses pacientes.	Entretanto, essa realidade é subdiagnosticada, uma vez que não foi encontrado nos prontuários desses pacientes a descrição do diagnóstico de <i>delirium</i> . O estudo também aponta para a necessidade de melhores práticas de sedação, baseadas em protocolos, e utilização de drogas com menor predisposição ao <i>delirium</i> .
Pascoal MM; 2022; Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciência e Educação ⁶	<i>Delirium</i> : Intervenções apresentadas ao paciente em UTI	Abordar pontos relevantes sobre o <i>delirium</i> com base na exposição dos estudos realizados e casos reais ocorridos em agravo da doença.	O tratamento para o paciente com <i>delirium</i> pode ser realizado através de intervenções que estimulem a mobilidade, autocuidado e independência, uso de calendários, relógios e esquema de horários, evitando mudança de ambientes e permitindo sono tranquilo, sendo a utilização de fármacos indicada somente para pacientes agitados e com risco de segurança.
Souza-Dantas, VC; 2022; Revista Brasileira de Terapia Intensiva ¹¹	Percepções e práticas sobre sedação superficial em pacientes sob ventilação mecânica: um inquérito sobre as atitudes de médicos intensivistas, brasileiros.	Caracterizar o conhecimento e atitudes em relação às intervenções farmacológicas para sedação superficial em pacientes sob Ventilação Mecânica (VM) e entender as lacunas atuais, comparando a prática com as recomendações das Diretrizes de Prática Clínica para a Prevenção e Tratamento da Dor, Agitação/Sedação, <i>Delirium</i> , Imobilidade e Interrupção do Sono em Pacientes Adultos na Unidade de Terapia Intensiva.	Embora a interrupção diária da sedação fosse um conceito bem conhecido e as escalas de sedação fossem frequentemente utilizadas pelos entrevistados, foi colocado esforço insuficiente no monitoramento, uso de protocolos e implementação de estratégias de sedação.
Souza RCS; 2022; Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro ¹²	Enfermeiros e as práticas recomendadas no manejo de <i>delirium</i> : estudo transversal	Descrever a concordância dos enfermeiros quanto à avaliação, diagnóstico e prevenção de <i>delirium</i> em uma Unidade de Terapia Intensiva e verificar a associação da concordância ao perfil sociodemográfico dos profissionais.	A maioria dos enfermeiros apresentou baixa concordância às práticas recomendadas no manejo do <i>delirium</i> e não foi observada associação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros e a alta concordância às melhores práticas.
Farias AAS; 2022; Global Academic Nursing Journal ¹³	<i>Delirium</i> em pacientes sob ventilação mecânica em terapia intensiva: coorte prospectiva	Identificar a incidência e os fatores de proteção e de risco para <i>delirium</i> em pacientes sob ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva.	A incidência de <i>delirium</i> identificada está elevada e os fatores de risco merecem intervenção imediata, assim como sugere-se o uso do <i>bundle</i> ABCDEF para a diminuição da incidência de <i>delirium</i> na unidade. No entanto, são fundamentais o treinamento e capacitação da equipe multi para a avaliação e diagnóstico precoce, assim como para a avaliação do despertar diário, tipo de sedativo utilizado, diminuição diária da sedação, tempo de VM e permanência dos pacientes em UTIs.
Trabuco BJR. Prevenção do; 2022; Dissertação, Universidade de Évora ¹⁴	Prevenção do <i>delirium</i> no doente crítico em Unidade de Cuidados Intensivos	Analisar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas durante o estágio final e o seu contributo para o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.	O <i>delirium</i> é uma complicação comum no doente crítico, com impacto negativo nos doentes, familiares, profissionais de saúde e instituições de saúde, sendo a sua identificação, prevenção e tratamento fundamental para reduzir a sua incidência e duração
Santos JP; 2021; Trabalho de Conclusão de Curso - IESF/MA ⁵	Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos que predis põem ao <i>delirium</i> em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva:	Baseados nas pesquisas existentes, a pesquisa buscou responder a seguinte pergunta norteadora: quais os fatores de riscos intrínsecos extrínsecos que predispõe o <i>delirium</i> em pacientes internados	Diante deste estudo, pode-se afirmar que o <i>delirium</i> é um problema muito comum em pacientes internados em UTI, com influência no prognóstico e na qualidade de vida do paciente. Um primeiro passo para intervir

	revisão integrativa	na UTI?	nessa situação é a prevenção, criando protocolos de prevenção de <i>delirium</i> baseados nos fatores de risco. Além disso, o <i>delirium</i> deve ser considerado uma emergência na UTI, e os profissionais educados quanto a isso, pois é de fundamental importância a avaliação das condições gerais e neurológicas do paciente e para que os mesmos estejam vigilantes, agindo de forma assertiva no diagnóstico e tratamento.
Ribeiro AS; 2021; Editora Científica ⁸	Dor, agitação e sedoanalgesia em pacientes críticos internados em Unidade de Terapia Intensiva	Identificar a ocorrência de dor, agitação e sedoanalgesia, por meio de um estudo transversal realizado nas UTIs de dois hospitais públicos.	Estudo que versam sobre a ocorrência da dor e a agitação, associadas ao uso da sedoanalgesia em UTI são escassos no nosso país. Além disso, é necessário melhorar os protocolos assistenciais quanto a padronização medicamentosa, que certamente melhoram resultados e reforçam e colaboram com estratégias para segurança do paciente.
Oliveira MCS, 2021; Revista Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida ¹⁵	O <i>delirium</i> em Unidades de Terapia Intensiva: considerações acerca do manejo	Conhecer as causas e fatores de risco para o <i>delirium</i> em pacientes internados em UTI; Evidenciar os fatores diagnósticos para o <i>delirium</i> em pacientes internados em UTI; Apontar as ações de assistência de enfermagem para pacientes de UTI com <i>delirium</i> .	Observou-se que existem inúmeros fatores que podem levar à ocorrência de <i>delirium</i> , tanto predisponentes, quanto precipitantes. No ambiente de UTI existem condições específicas que favorecem ao surgimento dessa condição, com destaque para o nível de sedação e de ventilação mecânica. Observou-se que o tratamento para o <i>delirium</i> em pacientes de UTI acontece principalmente com medicamentos para tratamento dos sintomas. Além da medicação, alguns autores reportam o uso de estratégias para prevenção ou minimização, envolvendo aspectos referentes ao ambiente ou, da assistência ao paciente. Nesse último caso, as ações estão mais voltadas para a enfermagem, pois podem ser um diferencial no diagnóstico precoce e no tratamento dispensado.
Dan Longrois; 2021; Revista Brasileira de Terapia Intensiva ¹⁶	Como a dexmedetomidina e a clonidina devem ser prescritas no ambiente de terapia intensiva?	Este artigo foi preparado para ajudar os médicos que não têm familiaridade com agonistas alfa-2.	Sugere-se uma abordagem "começar lento, prosseguir devagar". Deve ser feita suplementação dos agonistas alfa-2 com neurolépticos se necessária, sem benzodiazepínicos ou propofol. É recomendada analgesia sem opióides. Para evitar a mudança de sedação convencional para cooperativa, os agonistas alfa-2 devem ser utilizados como sedativos de primeira linha.
Pearson SD; 2020; National Library of Medicine ¹⁷	Metas em evolução para sedação durante ventilação mecânica	A presente revisão concentra-se nas evidências atuais para o manejo da sedação durante a ventilação mecânica, incluindo a escolha de sedativos, estratégias de sedação e considerações especiais para a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).	Analgesia e sedação adequadas são aspectos críticos do manejo de pacientes sob ventilação mecânica na UTI. Após a analgesia adequada ser garantida, um sedativo não benzodiazepínico deve ser usado se a sedação for necessária, embora a analgesia isolada possa ser adequada. Quando a sedação é administrada, um nível leve de sedação deve ser direcionado, utilizando-se interrupções diárias da sedação ou protocolos de enfermagem com escalas de sedação validadas. Evitar benzodiazepínicos e sedação profunda resulta em menos <i>delirium</i> , menor duração da ventilação mecânica e melhora na mortalidade.

Cardoso BCR; 2020; Trabalho de Conclusão de Curso - UNESC ¹⁸	Avaliação da sedação e do despertar diário em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).	Analisar como ocorre a avaliação da sedação e do despertar diário em Unidades de Terapia Intensiva.	No controle de sedativos, houve dificuldade para compreender as doses diárias de sedativos, o tempo de uso e as alterações. Constatou-se que, na instituição onde se realizou a pesquisa, não havia padrão para interrupções diárias de sedação, bem como, a utilização do método de despertar diário pela equipe multiprofissional. Havia divergências em dados gerais como, ausência de prescrições, repetições de evoluções, além de um acompanhamento neurológico insuficiente.
George BP; 2020; National Library of Medicine ¹⁹	A profundidade da sedação está associada ao aumento do tempo de permanência hospitalar em pacientes transportados por via aérea com ventilação mecânica: um estudo de coorte	Avaliar as práticas atuais de sedação no ambiente pré-hospitalar e determinar o impacto nos resultados clínicos.	A sedação pré-hospitalar moderada e profunda, bem como a administração de benzodiazepínicos, estão associadas ao aumento do tempo de permanência hospitalar. Os resultados apontam que a sedação deve ser um fator de risco modificável e sugerem a realização de mais pesquisas sobre práticas de sedação no ambiente pré-hospitalar.
Olsen HT; 2020; The New England Journal of Medicine ²⁰	Não sedação ou sedação leve em pacientes gravemente enfermos e ventilados mecanicamente	Investigar se um plano sem sedação em pacientes recebendo ventilação mecânica resultaria em um melhor resultado de sobrevivência do que um plano de sedação leve com interrupção diária.	Entre adultos gravemente enfermos que receberam ventilação mecânica na UTI, a mortalidade em 90 dias não diferiu significativamente daqueles atribuídos a um plano sem sedação e os atribuídos ao plano de sedação leve com interrupção diária. O plano de não sedação não resultou em diferenças importantes no número de dias sem ventilador ou no tempo de internação na UTI ou no hospital.
Menez EF; 2020; Revista Brasileira de Saúde Funcional ²¹	Avaliação da escala <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> (CAM-ICU) por enfermeiros intensivistas de um hospital privado	Avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a Escala <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> (CAM-ICU) nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado.	Evidenciou-se que a percepção dos enfermeiros em relação ao <i>delirium</i> apresenta lacunas que podem ser preenchidas com a atualização do conhecimento para a identificação precoce do <i>delirium</i> e no manejo do paciente. Além de ser uma condição de difícil diagnóstico, o <i>delirium</i> permanece subdiagnosticado. Para modificar esse quadro, a síndrome deve ser monitorada pelo enfermeiro através da aplicação da escala CAM-ICU como parte da sua rotina de trabalho na UTI, reconhecendo precocemente os sinais e sintomas. Contudo, os resultados sugerem que os enfermeiros tinham o conhecimento teórico sobre o <i>delirium</i> , mas não identificavam a importância da aplicação de escalas.
Camargo MM; 2020; Revista Brasileira de Enfermagem ²²	Mapeamento cruzado entre indicadores clínicos para a assistência em terapia intensiva e intervenções de enfermagem	Identificar os principais indicadores clínicos para a assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e mapeá-los nas intervenções de enfermagem, descritas pela <i>Nursing Interventions Classification</i> (NIC).	Indicadores clínicos para a assistência em UTI são dados concretos que auxiliam na identificação do perfil assistencial da clientela e na elaboração de um plano de intervenções apropriado. Assim, concluiu-se que a NIC é uma taxonomia ampla capaz de auxiliar o enfermeiro intensivista na sua prática clínica.

DISCUSSÃO

No estudo, foi possível encontrar divergências entre os autores dos 18 estudos, entretanto, esteve

bastante presente no debate o uso exagerado de benzodiazepínicos como drogas de primeira escolha e, a não utilização de protocolos de segurança na rotina

das UTI. A partir disso, dividiu-se a discussão em três tópicos, sendo eles: 1. estratégias medicamentosas e o desenvolvimento do *delirium*; 2. ferramentas de avaliação; 3. assistência multiprofissional.

Em um estudo realizado por meio de ensaios clínicos, foi evidenciado que a utilização de benzodiazepínicos como agentes sedativos estavam relacionados a um maior tempo de VM e a sedação excessiva, quando comparados ao uso de medicações alternativas como propofol ou dexmedetomidina, fato esse que pode ser justificado pelo risco de desenvolvimento da agitação paradoxal, agressividade e confusão, potencialmente causadas por drogas como midazolam, lorazepam e diazepam^{10,17}.

Comercialmente conhecido como Precedex, a dexmedetomidina permite que os pacientes fiquem sedados em níveis satisfatórios, ou seja, calmos, interativos e razoavelmente alertas ($-2 \leq \text{RASS} \leq 0$), algo que influencia diretamente na redução dos dias no ventilador mecânico, na incidência de *delirium* e no prolongamento desnecessário da internação, tornando-se uma opção benéfica não somente para o paciente, mas à todas as instâncias envolvidas em sua assistência^{17,23}.

Sendo assim, recomenda-se associar a administração de sedativos à estratégias para minimizar os eventos adversos (EA), como garantir o nível correto de sedação, preferencialmente não benzodiazepínicos, indicados principalmente para o tratamento de curto prazo. Fármacos não benzodiazepínicos tendem a provocar menos episódios de *delirium*, menor tempo da utilização do ventilador mecânico e ainda, os pacientes a permanecerem menor tempo sob cuidados intensivos. É importante promover avaliação, segundo escalas apropriadas na monitorização do paciente.

Outro estudo destaca a associação positiva entre VM e sedação, uma vez que 86,95% da amostra havia sido submetida a esses fatores de risco, diante do uso de midazolam e fentanil em 100% das prescrições observadas. Em relação à permanência na unidade, 50% dos pacientes teve uma taxa de 6 a 9 dias e 15,21% permaneceram por 10 dias ou mais, superando a média de 5,92 dias do total de pacientes internados na UTI. Acrescenta-se ainda como fator atenuante, a

má disponibilização de relógios e janelas fora do campo de visão dos pacientes, fator agravante para desorientação temporal e espacial¹⁰.

Para situações extra hospitalares, foi observado que o transporte aéreo de 327 pacientes mecanicamente ventilados, tiveram aumentos de 14%, 78% e 51% no tempo de permanência hospitalar em relação àqueles sob sedação leve, moderada e profunda, respectivamente, quando comparados aos pacientes que não receberam sedação, havendo uma associação direta entre o uso de benzodiazepínicos e o aumento de 2,6 dias de internação. Acerca do desenvolvimento de *delirium*, obteve-se uma taxa de 25,7% do total de pacientes, sendo que 81% foram expostos a algum nível de sedação, não havendo diferenciação entre grau de profundidade ou tipo de sedativo¹⁹.

Em contrapartida, com valores distintos aos descritos em literaturas anteriormente citadas, um estudo obteve uma associação inferior a 12%, quando relacionado o uso de medicamentos e o desenvolvimento do *delirium*, tanto em pacientes internados por Covid-19 como para outras patologias³. Assim, outra pesquisa envolvendo 710 pacientes submetidos à planos sem sedação e com sedação leve, concluiu que não houve significativas mudanças entre a média de dias sem *delirium*, finalizando a pesquisa com uma média de 27 dias para o grupo sem sedação *versus* 26 dias no grupo sedação leve²⁰.

Num estudo de coorte transversal com 303 profissionais entrevistados, 34,2% prescreviam midazolam como primeira escolha para pacientes em VM e 48% concordaram com a afirmativa de que há sedação excessiva de pacientes, tendo, concomitante a isso, 90,1% de correlações entre a sedação profunda com o aumento significativo do risco de *delirium*, embora não se tenha obtido relação entre esse fator e o tipo de sedativo utilizado. Apesar dos dados, 31,8% acreditavam que uma estratégia de sedação superficial aumentava o risco de agitação e EA associados¹¹.

Por fim, por mais que não tenha se aprofundado na relação entre sedoanalgesia e exacerbação do *delirium*, um estudo final obteve uma associação direta entre piores níveis de RASS e mortalidade, explicitando a necessidade de padronizações medicamentosas, avaliação de sedação

e melhoria de protocolos assistenciais para garantir a segurança do paciente⁸.

É importante que haja uma coerente avaliação neurológica e clínica dos pacientes visto a impossibilidade de diagnósticos laboratoriais para o *delirium*, sendo os exames complementares um instrumento de apoio e exclusão dos fatores de confusão. Logo, dentre as diversas ferramentas disponíveis, há especial enfoque para aplicação da RASS na classificação rotineira de alterações basais do estado de agitação ou sedação, com uma pontuação entre -3 e +4 e, o profissional habilitado deverá após, aplicar o CAM-ICU, com posterior registro em prontuário^{1,15}.

Apesar de sua alta incidência, pode-se concluir que a disfunção pelo *delirium* permanece subdiagnosticada uma vez que estudos indicaram, respectivamente, a) aplicação de RASS somente durante o primeiro dia de internação do paciente e sem padrões de utilização; b) ausência de registro do diagnóstico em 47,42% dos pacientes com CAM-ICU positivo; c) ausência de registro do diagnóstico em todos os 83,3% dos casos de pacientes internados por Covid-19 com quadro de *delirium* subsindrômico^{3,10,18}. Alguns profissionais ainda consideraram desnecessário o emprego de tais ferramentas, pois julgavam suficiente seguir suas percepções e experiências individuais¹².

As lacunas existentes na percepção dos enfermeiros quanto à aplicação das escalas poderiam facilmente ser preenchidas com um treinamento de atualização frente ao desenvolvimento do *delirium* no setor, tal qual seus sinais, sintomas, métodos de prevenção e ferramentas avaliadoras²¹.

A partir da entrada do paciente crítico na UTI, torna-se responsabilidade da equipe multiprofissional a detecção precoce de quaisquer sinais sugestivos de *delirium*, por isso é fundamental que haja um olhar diferencial para aquele que apresentar maiores fatores predisponentes e precipitantes. Nesse sentido, o treinamento da equipe para a aplicação das escalas específicas a cada plantão ou frente a quaisquer alterações do estado mental basal, é essencial¹³.

Ferramentas como o *bundle* ABCDEF em unidades críticas podem facilitar a comunicação, visto

que seus componentes compreendem as ações voltadas à equipe médica durante o controle da dor, escolha da analgesia e teste do despertar espontâneo; enfermagem para a avaliação da dor e avaliação, prevenção e controle do *delirium*; fisioterapia com a mobilização precoce e teste de respiração espontânea, psicologia e assistência social para proporcionar o envolvimento e empoderamento familiar, controlando os fatores de risco nas diversas frentes, possibilitando a prevenção ou minimização do quadro^{1,24}.

Com enfoque no papel do enfermeiro, suas intervenções devem ter predomínio em ações que visem a regulação fisiológica e comportamental, garantindo desde o suporte respiratório com a permeabilidade de vias aéreas, até um plano individualizado que garanta uma comunicação eficaz, padronização do ciclo sono-vigília e estímulo ao autocuidado e a independência^{6,22}. Desse modo, estratégias simples como o uso de calendários, relógios podem garantir que os pacientes tenham acesso aos respectivos óculos e aparelhos auditivos, necessários à manutenção sensorial e cognitiva¹³.

A presença dos familiares, por mais desafiadora que seja para a equipe da UTI, deve ser incentivada a fim de possibilitar a uma maior interação do paciente, estimulando a memória, comunicação, percepção espacial e temporal, reduzindo o isolamento, ou seja, ações que minimizem o desenvolvimento ou o agravamento do quadro, pois também contribuem para reduzir as variáveis relacionadas¹⁵.

CONCLUSÃO

Os estudos apontaram que o *delirium* é uma situação crítica em UTI, exigindo conscientização dos profissionais, quanto aos cuidados e recursos utilizados no tratamento e manejo clínico, especialmente da equipe de enfermagem, quanto as consequências que geram nos pacientes acometidos por esse problema, já que podem influenciar em um maior tempo de internação e comprometimento cognitivo crônico. O reconhecimento precoce dos fatores de risco para o *delirium* é importante para o desenvolvimento de um plano terapêutico individualizado que contenha uma abordagem multifatorial, assim como o proposto no *bundle* ABCDEF.

Compete à enfermagem suscitar discussões entre os profissionais sobre o *delirium*, de pacientes em uso de medicações sedoanalérgicas, visando melhorar a assistência, por meio da aplicação de escalas específicas de avaliação, a fim de propiciar maior segurança ao paciente.

REFERÊNCIAS

- Moreira ARFS, Floriano CC, Lima OB, Kele R. Abordagem e intervenções ao paciente com delirium em CTI [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: UniSãoJosé; 2023 [Internet]. [citado em 31 jul. 2024]. Disponível em: <https://saojose.br/wp-content/uploads/2023/12/TCC-II-Andressa-Roberta-Flores-de-Souza-Claudia-da-Costa-Floriano-e-Ozani-Bezerra-Lima.pdf>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Press Inc.; 1994.
- Cunha BASB, Jesus DB, Barbosa EC, Oliveira JR, Estrela MCA, Falcão RMO. Análise do perfil clínico e epidemiológico dos casos de delirium durante a internação pela COVID-19 [trabalho de conclusão de curso]. Anápolis, GO: UniEVANGÉLICA; 2023. [Internet] [citado em 12 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.rincon061.org/bitstream/aee/20539/1/IC%205%20Análise%20do%20perfil%20clínico%20e%20epidemiológicos%20dos%20casos%20de%20delirium%20durante%20a%20internação.pdf>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.
- Santos JP, Sousa NMP, Santos JP, Pires CMS, Bayma LCMP, Reis DRA, et al. Intrinsic and extrinsic risk factors that predispose to delirium in patients hospitalized in Intensive Care Unit: integrative review. Res Soc Dev [Internet]. 2021 Out [citado em 31 jul. 2024]; 10(13):e166101321072. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21072/18782>
- Pascoal MM, Lima AC, Rabito LBF, Tashiro SRB. Delirium: intervenções apresentadas ao paciente em UTI. Rev Iberoam Humanidades Ciê Educ [Internet]. 2022 [citado em 23 jun. 2024]; 8(1):510-7. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3829/1485>
- Bastos AS. Sedação, gravidade, mortalidade, delirium subsindromático e delirium em pacientes de terapia intensiva [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2017.
- Ribeiro AS, Pinheiro FGMS, Santos JPN, Araújo DC, Santos ES, Magalhães FB, et al. Dor, agitação e sedoanalgesia em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva. In: Siqueira SMC, organizadora. Farmacologia aplicada à enfermagem: aspectos teóricos e práticos [livro na Internet]. São Paulo: Editora Científica; 2021 [citado em 23 jun. 2024]. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210203359.pdf>
- Massaud-Ribeiro L, Barbosa MCM, Panisset AG, Robaina JR, Lima-Setta F, Prata-Barbosa A, et al. Cross-cultural adaptation of the Richmond Agitation-Sedation Scale to Brazilian Portuguese for the evaluation of sedation in pediatric intensive care. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2021 [citado em 30 jun. 2024]; 33(1):102-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbti/a/yrJwkHMYG3S5NLF7YSSVvQ?format=pdf&lang=en>
- Silva PH, Vieira FA, Silva Filho HB, Amâncio NFG. Prevalência de delirium na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital público de Minas Gerais. Res Soc Dev [Internet]. 2023 [citado em 12 abr. 2024]; 12(1):e17612138812. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38812/32503>
- Souza-Dantas VC, Tanaka LMS, Serafim RB, Salluh JIF. Perceptions and practices regarding light sedation in mechanically ventilated patients: a survey on the attitudes of Brazilian critical care physicians. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2022 [citado em 30 jun. 2024]; 34(4):426-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbti/a/WVz5N57mTYSQMyFRBMWvRxp?format=pdf&lang=en>
- Souza RC, Miranda Moura EI, Ribeiro Bersaneti MD. Enfermeiros e as práticas recomendadas no manejo de delirium: estudo transversal. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]. 2022 [citado em 12 jul. 2024]; 12. Disponível em: <http://periodicos.ufsj.edu.br/recom/article/view/4553>
- Farias AAS, Lopes WF, Silva SAF, Amaral TLM, Prado PR. Delirium in mechanically ventilated intensive care patients: prospective cohort. Glob Acad Nurs J [Internet]. 2022 [citado em 23 jun. 2024]; 3(2):1-8. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/368/511>
- Trabuco BJR. Prevenção do Delirium no doente crítico em Unidade de Cuidados Intensivos. [dissertação]. Évora, Portugal: Universidade de Évora; 2022. [Internet]. [citado em 23 jun. 2024]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/32754>
- Oliveira MCS, Lourenço BS, Silva JRL, Silva EAR, Silva MCMP, Botelho AC. O delirium em unidades de terapia intensiva: considerações acerca do manejo. Rev CPAQV [Internet] 2021 [citado em 23 jun. 2024]; 13(2):[aproximadamente 9 p]. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/791>
- Longrois D, Petitjeans F, Simonet O, Kock M, Belliveau M, Pichot C, et al. How should dexmedetomidine and clonidine be prescribed in the critical care setting? Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2021 [citado em 30 jun. 2024]; 33(4):600-15. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8889603/pdf/rbti-33-04-0600.pdf>
- Pearson SD, Patel BK. Evolving targets for sedation during mechanical ventilation. Curr Opin Crit Care [periódico na Internet]. 2020 [citado em 23 jul. 2024]; 26(1):47-52. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8086012/pdf/nihms-1693342.pdf>
- Cardoso BCR, Souza TB. Avaliação da sedação e do despertar diário em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) [trabalho de conclusão de curso. Criciúma, SC: Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC; 2020 [Internet]. [citado em 12 jul. 2024]. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/8650/1/Beatriz%20Cristini%20Ribeiro%20Cardoso%20e%20Tainara%20Bueno%20de%20Souza.pdf>
- George BP, Vakkalanka JP, Harland KK, Faine B, Rewitzer S, Zepeski A, et al. Sedation Depth is Associated with Increased Hospital Length of Stay in Mechanically Ventilated Air Medical Transport Patients: A Cohort Study. Prehosp Emerg Care [Internet]. 2020 [citado em 12 abr. 2024]; 24(6):783-92. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7375898/pdf/nihms-1550218.pdf>
- Olsen HT, Nedergaard HK, Strøm T, Oxlund J, Wian KA, Ytrebø LM, et al. Nonsedation or light sedation in critically ill, mechanically ventilated patients. N Engl J Med [Internet]. 2020 [citado em 12 abr. 2024]; 382(12):1103-11. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1906759>
- Menez EF, Jesus NF, Silva MAP. Avaliação da escala confusão assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) por enfermeiros intensivistas de um hospital privado. Rev Bras Saúde Func [Internet]. 2020 [citado em 12 abr. 2024]; 12(1):30-43. Disponível em: <https://adventista.edu.br/default/public/uploads/fadba/noticiasfadba/20201223-16724.pdf#page=30>
- Camargo MM, Furieri LB, Lima EFA, Lucena AF, Fioresi M, Romero WG. Cross mapping between clinical indicators for assistance in intensive care and nursing interventions. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado em 23 jun. 2024]; 73(6):e20190728. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v73n6/0034-7167-reben-73-06-e20190728.pdf>
- Longrois D, Petitjeans F, Simonet O, Kock M, Belliveau M, Pichot C, et al. How should dexmedetomidine and clonidine be prescribed in the critical care setting? Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2021 [citado em 30 jun. 2024]; 33(4):600-15. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8889603/pdf/rbti-33-04-0600.pdf>
- Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. Crit Care Clin [Internet]. 2017 [citado em 23 jun. 2024]; 33(2):225-43. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5351776/pdf/nihms834685.pdf>

Envio: 19/07/2024

Aceite: 13/09/2024