



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

MEDICINA

**QUADROS DE DELÍRIUM EM PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA E A
ASSOCIAÇÃO COM SEDOANALGESIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Giullia Braga Linhares Monteiro

Manhuaçu / MG

2023

GIULLIA BRAGA LINHARES MONTEIRO

**QUADROS DE DELÍRIUM EM PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA E A
ASSOCIAÇÃO COM SEDOANALGESIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso de Superior de Medicina do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Juliana Santiago da Silva

Manhuaçu / MG

2023

GIULLIA BRAGA LINHARES MONTEIRO

QUADROS DE DELÍRIUM EM PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA E A ASSOCIAÇÃO COM SEDOANALGESIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Juliana Santiago da Silva

Banca Examinadora: Hugo Fabri, Emanuelle Gama Dutra Costa.

Data da Aprovação: 08.12.2023

Juliana Santiago da Silva – UNIFACIG (Orientador)

Hugo Fabri – UNIFACIG

Emanuele Gama Dutra Costa– UNIFACIG

RESUMO

O delírium é uma alteração do estado cognitivo e mental, de início súbito e usualmente reversível. Os sintomas característicos são alucinações, confusão mental e agitação. São diversos os fatores desencadeantes deste quadro, dentre eles, infecções, idade, abstinência de álcool e drogas, interações medicamentosas e até mesmo a internação em ambiente hospitalar. Existem 2 tipos de delírium, o hipoativo, que é encontrado na maioria dos casos, o paciente se encontra letárgico, prostrado, associado principalmente ao idoso, difícil de ser diagnosticado, cursando assim, com um pior prognóstico. O outro tipo de delírium é o hiperativo, associado na grande maioria das vezes em pacientes que se encontram em abstinência de álcool e drogas, o mesmo se encontrará hipervigilante e agressivo, terá um diagnóstico bem explícito, o que contribuirá para a agilidade da introdução do tratamento.

O objetivo deste estudo é estabelecer a relação do delirium em pacientes de terapia intensiva com o uso de sedoanalgesia e sugerir meios não farmacológicos que possuem um resultado significativo e não invasivo para o tratamento dos pacientes que se encontram com delírium na terapia intensiva. Neste sentido, foi realizada uma revisão de literatura disponível nas bases de dados LILACS, PubMed, Scielo, sem restrição de data de publicação. Foi encontrado que o delirium é uma condição muito comum entre os pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de forma que o uso de sedoanalgesia mostrou-se bastante associado à ocorrência de delírium, tendo as medidas não farmacológicas um melhor impacto no tratamento. Por fim, é recomendável que sejam conduzidas pesquisas adicionais no futuro, com o intuito de aprofundar nossa compreensão desse problema.

Palavras-chave: Hospitalar. Mental. Geriatria. Neurologia.

SUMÁRIO

1. 5
2. Error! Bookmark not defined.
3. 9
4. 144
5. 16

1 INTRODUÇÃO

Delírium é descrito como um estado confuso resultante de uma disfunção cerebral aguda, potencialmente reversível, que pode se manifestar no momento da admissão do paciente no hospital ou surgir durante o período de internação, persistindo mesmo após a alta hospitalar. É uma alteração do estado cognitivo e mental, de início súbito e transitório. O quadro pode ser desencadeado por inúmeros fatores, dentre eles, interações medicamentosas, principalmente os que possuem efeitos anticolinérgicos ou psicoativos, abstinência de álcool e drogas, infecções, como a sepse, idade e outros (MACIEL, et al., 2021).

Existem 2 tipos de delírium, o hipoativo, que é encontrado na maioria dos casos, o paciente se encontra letárgico, prostrado, associado principalmente ao idoso, difícil de ser diagnosticado, cursando assim, com um pior prognóstico. O outro tipo de delírium é o hiperativo, associado na grande maioria das vezes em pacientes que se encontram em abstinência de álcool e drogas, o mesmo se encontrará hipervigilante e agressivo, terá um diagnóstico bem explícito, o que contribuirá para a agilidade da introdução do tratamento (MACIEL, et al., 2021).

Outro fator desencadeante pouco falado é o delírium principalmente em pacientes idosos, decorrente de internação em ambiente hospitalar, como em CTI's, causando agitação em pacientes críticos e consequentemente uma piora do quadro, devido as tentativas de auto extubação, remoção de acessos, lesões e quedas, além da desestabilização fisiológica, como alterações dos sinais vitais, hipertensão e taquicardia. Em um levantamento epidemiológico realizado pela USP de Ribeirão Preto, foi constatado entre 70-87% dos casos de pacientes internados em unidade de terapia intensiva que desenvolveram a condição (BURTON JK, et al., 2021).

É conhecido que o delírium contribui para um aumento do tempo de permanência tanto na UTI quanto no hospital, prolonga o uso de ventilação mecânica, aumenta a taxa de mortalidade, afeta a avaliação e o tratamento da dor e de outros sintomas, eleva os custos hospitalares, reduz a funcionalidade e a qualidade de vida do paciente após a alta, e impacta negativamente os mesmos, seus familiares e os profissionais de saúde. Portanto, é essencial identificá-lo prontamente e agir de maneira assertiva para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do paciente (MACIEL, et al., 2021).

Assim, os profissionais de saúde devem planejar os cuidados de enfermagem de forma individualizada e específica, utilizando escalas para o diagnóstico do delirium e implementando protocolos institucionais que facilitem a identificação de seus sinais, a fim de aprimorar a assistência prestada aos pacientes críticos (BURTON JK, et al., 2021). Outra medida importante ideal seria primeiramente o manejo não farmacológico sobreposto às medidas farmacológicas, visando evitar efeitos colaterais das medicações.

As diretrizes estabelecidas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) ou pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), juntamente com as escalas de *Richmond* (RASS) e escala de *Cam ICU* (*Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit*), são consideradas o padrão-ouro para o diagnóstico de delirium. Através dos sinais e sintomas do paciente e a aplicação dessas escalas e diretrizes, o delírium será identificado a fim de providenciar um tratamento mais prévio possível, impedindo assim, o agravamento do quadro.

Atualmente, a teoria mais aceita em relação à fisiopatologia do delirium sugere uma diminuição na atividade colinérgica combinada com um aumento na atividade dopaminérgica, possivelmente exacerbada pelo efeito de medicações anticolinérgicas, que resultam nos sintomas observados, que são alucinações, alteração do nível de consciência como desorientação em tempo e espaço, agitação e irritabilidade, distúrbios do sono e outros. Sob uma perspectiva neurocientífica, acredita-se que o delírium está associado a um desequilíbrio na síntese, liberação e inativação de neurotransmissores, afetando o controle da função cognitiva, comportamento e humor. A própria condição de hospitalização provoca um distanciamento do cotidiano e dos ambientes com os quais o paciente se identifica. O ambiente hostil da UTI é um fator de risco para delírium e o uso de sedação de forma indiscriminada pode colaborar para o seu aparecimento. (RODRIGUES, et al., 2021).

Rodrigues et al. (2021) aponta que o tratamento preferencial para o delirium é não farmacológico e inclui estratégias como mobilização precoce do paciente, presença de familiares, manutenção de um ciclo sono-vigília adequado, reorientação temporal e espacial, e o uso de ajudas visuais, como relógios, calendários e objetos pessoais e familiares do paciente.

A fim de proporcionar conforto, diminuir o estresse e a ansiedade do paciente ventilado mecanicamente, utiliza-se sedativos para fins bem esclarecidos e por um

tempo determinado. Entretanto, será que esses fármacos utilizados para este fim serão a melhor forma para manejar estes pacientes? É possível outros meios que se justifiquem por melhorar a qualidade de vida do paciente sem prejudicar seu quadro clínico atual?

É de suma importância evitar ao máximo a introdução do tratamento medicamentoso, entretanto há situações em que o tratamento não farmacológico não é suficiente, havendo a necessidade de intervenção medicamentosa. Algumas intervenções medicamentosas não trazem o resultado satisfatório que esperamos pois são feitas de forma inadequada, como o uso de benzodiazepínicos, que ao invés de melhorar o quadro do paciente, não há mudança significativa e pode até mesmo agravar o quadro de agitação. As medicações de escolha seriam antipsicóticos de primeira geração, um exemplo seria o Haldol na menor dose possível, uma vez que o melhor tratamento para esse paciente com delírium será a alta hospitalar e sua retomada a rotina.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é estabelecer a relação do delirium em pacientes de terapia intensiva com o uso de sedoanalgesia e sugerir meios não farmacológicos que possuem um resultado significativo e não invasivo para o tratamento dos pacientes que se encontram com delírium na terapia intensiva.

2 MATERIAIS E MÉTODOS OU RELATO DE CASO

Trata-se de uma revisão de literatura para analisar as diferentes publicações sobre a associação da sedoanalgesia com quadros de delirium durante a internação de pacientes em terapia intensiva, incorporando dados da literatura com o intuito de descrever, discutir e analisar os achados sobre o tema proposto.

Para a revisão, visando ao estudo qualitativo, foi realizado um levantamento bibliográfico, dos últimos 10 anos, para seleção e revisão dos artigos publicados nas línguas inglês, português e espanhol, que foram encontrados em bancos de dados como Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *National Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), sem restrição de data de publicação.

Como descritores foram considerados Terapia Intensiva *AND* Delirium *AND* Sedoanalgesia, que foram adaptados para o inglês e espanhol conforme necessidade da base de dados utilizada.

Ademais, foi utilizado como complemento de literatura os descritores Delirium *AND* Fatores Associados e Delirium *AND* Tratamento nas mesmas bases de dados acima, também com o intuito de promover uma discussão mais abrangente com os dados encontrados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca e seleção de bibliografia nas três bases de dados escolhidas (LILACS, SciELO, PubMed), foi encontrado e utilizado 1 artigo. O estudo selecionado, foi realizado no Hospital de Base de São José do Rio Preto, e caracterizou-se por ser descritivo, quantitativo e transversal. Foi feita avaliação de 157 pacientes, selecionados a partir da pontuação -2 e +4 da Escala de Agitação-Sedação de *Richmond* (RASS), sendo a maioria do sexo masculino (65%), com uma idade média de 53,2 anos, além disso 47% tiveram diagnósticos relacionados à neurocirurgia, mas não houve diferenças significativas entre o diagnóstico de hospitalização e os sintomas do delírio (BASTOS, A.S et al., 2020). Em relação à prevalência de delírio na população de 157 paciente, neste estudo, foi de 22,3% e de delírio subsindrômico, 49,7%, sendo a associação com uso de sedoanalgesia significativa para o delírium e delírium subsindrômico. Em relação a medicação de sedoanalgesia utilizada com associação significativa, foi encontrado a droga midazolam para os dois delírios, clonidina com delírium e fentanil com o subsindrômico (BASTOS, et al., 2020).

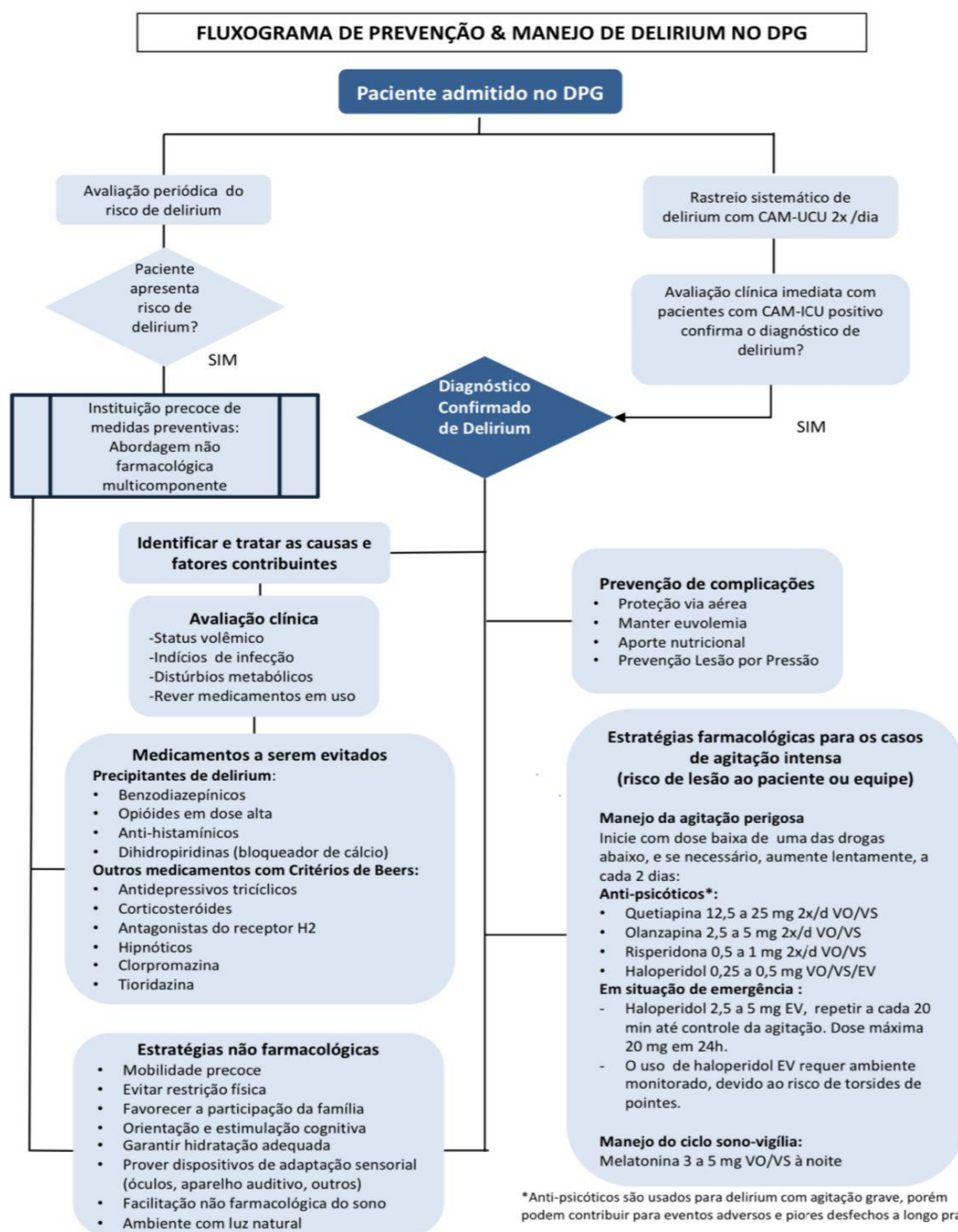
Inicialmente, é preciso lembrar que o delírium é compreendido como um estado confuso resultante de uma disfunção cerebral aguda, geralmente reversível, que pode ser evidenciado no momento da admissão de um paciente no hospital ou surgir durante o período de internação e persistir após a alta. Essa condição pode ser desencadeada por condições clínicas ou cirúrgicas do paciente, influência de medicamentos, exposição a substâncias tóxicas ou pela combinação de todos esses fatores. O delírium se manifesta por meio de declínio cognitivo, diminuição do nível de consciência e da atenção, alterações comportamentais e de humor, variações na atividade psicomotora e perturbação do ciclo sono-vigília. A detecção precoce e a prevenção representam as melhores estratégias para minimizar e tratar o delirium (PINHEIRO, et al., 2022).

É reconhecido que o delirium prolonga o tempo de internação em unidades de terapia intensiva e no hospital, aumenta a duração da ventilação mecânica, eleva a taxa de mortalidade, interfere na avaliação e no tratamento da dor e de outros sintomas, acarreta custos adicionais para o sistema de saúde, reduz a capacidade funcional e a qualidade de vida após a alta hospitalar, e exerce um impacto negativo sobre os pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde. Portanto, é essencial identificar o delirium de maneira rápida e implementar intervenções assertivas para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do paciente. Os critérios diagnósticos determinados pelo DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) para delirium são os seguintes: (1) Distúrbio na atenção e vigília, (2) mudança na cognição, não explicado por patologia prévia ou demência, (3) início subagudo (horas a dias) e tendência a flutuar durante o dia, (4) evidência a partir da história, do exame físico ou dos achados laboratoriais indicando que as alterações são causadas por uma condição médica geral (SILVA, et al., 2018).

Atualmente, a explicação mais amplamente aceita para a fisiopatologia do delirium é que os sintomas estão ligados a uma diminuição na atividade do sistema colinérgico (relacionado à acetilcolina) em conjunto com um aumento na atividade do sistema dopaminérgico (envolvendo a dopamina). Essa teoria é reforçada pelo fato de que a falta de atenção causada por medicamentos anticolinérgicos pode induzir esses sintomas. A partir de uma perspectiva da neurociência, acredita-se que o delirium esteja associado a um desequilíbrio na síntese, liberação e eliminação de neurotransmissores, o que afeta o controle das funções cognitivas, do comportamento e do estado de humor (KOTFIS et al., 2018).

Sabe-se que há associação entre o uso de medicação, como sedativos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares, e a ocorrência de delirium, de forma que tornam-se fatores predisponentes para que esse evento ocorra (LÔBO et al., 2010). Enquanto que há diversas medidas não farmacológicas que previnem o delirium, sendo elas: oferecer relógios aos pacientes, introduzir atividades cognitivamente estimulantes, garantir uma comunicação clara evitando linguagem médica, promover a movimentação precoce, reduzir ruídos no ambiente, disponibilizar dispositivos visuais e auditivos conforme necessário, expor os pacientes à luz durante o dia juntamente com estímulos sensoriais, como luz natural e música, e manter um ambiente tranquilo e escuro à noite. Além disso, é crucial controlar a dor e outros sintomas desconfortáveis para o paciente. Flexibilidade na política de visita dos familiares na UTI é essencial. Permitir horários flexíveis de visitas na UTI pode ajudar a prevenir o delírium, reduzir o estresse dos pacientes e melhorar a satisfação das famílias (KOTFIS et al., 2018; ROSA et al., 2019; BURTON et al., 2021).



Albert Einstein - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira

No fluxograma acima demonstra o preferencial manejo de pacientes com delírium, medicações que devem ser evitadas, medicações de escolha quando necessário, e reforça mais uma vez medidas não farmacológicas para abordarmos com o paciente em todos os casos de delírium.

O delírium, especialmente quando hiperativo e associado à agitação e agressividade, pode criar situações perigosas tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde. Embora os antipsicóticos sejam comumente usados como

primeira opção para reduzir o delírium agitado, ainda não foi comprovado que eles previnam, diminuam a gravidade ou resolvam os sintomas em pacientes internados na UTI. O tratamento não medicamentoso procura agir sobre os fatores de risco que podem ser alterados. Alguns passos gerais reconhecidos incluem: garantir que o paciente esteja bem hidratado e nutrido, priorizando a alimentação oral sempre que possível, encorajar a mobilização precoce sem recorrer a restrições físicas ou cateteres, assegurar um funcionamento intestinal adequado, administrar analgésicos quando necessário, promover um sono de qualidade e reduzir a necessidade de procedimentos invasivos (KOTFIS K, et al., 2018; ROSA RG, et al., 2019; BURTON JK, et al., 2021).

Um aspecto crucial no tratamento de pacientes com delírium são as condições ambientais. É fundamental que a enfermaria hospitalar tenha iluminação apropriada durante o dia e um ambiente escuro e silencioso à noite. Além disso, é recomendado o uso de estratégias para melhorar a percepção sensorial do paciente, como a presença de relógios e calendários visíveis. Se o paciente tiver alguma deficiência visual ou auditiva, é importante estimular o uso de óculos e aparelhos auditivos. A presença da família durante as visitas também é muito valiosa, proporcionando orientação e segurança ao paciente (EBERLE, et al., 2019).

O Programa Hospitalar para a Vida dos Idosos (HELP) é um conjunto de estratégias que aborda vários aspectos para prevenir o delirium, de acordo com a Secretaria de Saúde, é um programa que tem por objetivo garantir atenção integral ao idoso, mantendo sua capacidade funcional e autonomia . Ele se concentra em questões como problemas de visão e audição, falta de movimentação, confusão mental, dificuldades para dormir (sem uso de medicamentos) e desidratação. Esse programa é implementado por uma equipe diversificada, composta por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros treinados, médicos e voluntários (WILSON et al, 2020).

A musicoterapia é uma abordagem terapêutica que estimula atividades cerebrais relacionadas à atenção, memória, função cognitiva e emoção, contribuindo para o envolvimento cortical e processamento cognitivo. Especialmente em idosos, pode auxiliar na preservação da função cognitiva ao reduzir disfunções cerebrais e aumentar a atividade nessas áreas. Um estudo realizado entre dezembro de 2016 e outubro de 2017 em uma UTI de um hospital em Indiana explorou o efeito de músicas personalizadas, com ritmos lentos e músicas para controlar a atenção, em pacientes

com delírium. Os resultados mostraram que os pacientes que ouviram músicas em ritmo lento apresentaram menor gravidade média de delírium e necessitaram de doses menores de medicamentos como haloperidol, opioides, propofol e quetiapina. Concluiu-se que disponibilizar cerca de 120 minutos diários de musicoterapia pode indicar uma tendência para melhores resultados no tratamento do delírium (RODRIGUES, et al., 2021).

Para o paciente, uma internação pode tornar-se menos estressante a depender do local e da equipe que cuida dele. Além das diversas terapias mencionadas acima, tem-se que a humanização nos serviços prestados mostra-se satisfatória no acolhimento, alívio e amenização do sofrimento (DALARMI, et al., 2023).

Pensando na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), esta é destinada ao cuidado de pacientes em estado grave, oferecendo atenção constante. A admissão na UTI é frequentemente resultado de uma condição crítica, tornando esse momento desafiador para os pacientes. As UTIs são percebidas como ambientes invasivos e estressantes pelos pacientes. Essa situação, combinada com a fragilidade física dos indivíduos e a complexidade das situações e eventos que ocorrem nesse ambiente, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de delirium. Esse distúrbio pode ocorrer devido a uma variedade de fatores associados à permanência na UTI.

4 CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sintomas de delírium são frequentes entre os pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e merecem uma investigação minuciosa, visto que este problema não possui um tratamento farmacológico claramente estabelecido, o que pode afetar o prognóstico.

É evidente que o delirium é uma condição muito comum entre os pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pode ter um impacto significativo no prognóstico e na qualidade de vida desses indivíduos.

A primeira medida para lidar com essa situação é a prevenção, que envolve a criação de protocolos de prevenção do delírium, com base nos fatores de risco identificados. Esses protocolos têm o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para os pacientes que apresentam resultados positivos para esses fatores de risco.

Além disso, é crucial que o delírium seja tratado como uma emergência na UTI, e é de extrema importância educar os profissionais de saúde sobre essa questão. Isso os capacita a manter uma vigilância constante sobre os aspectos neurológicos, permitindo uma abordagem precisa no diagnóstico e tratamento do delirium.

Essas mudanças relacionadas ao desenvolvimento do conhecimento da equipe de saúde são fundamentais para uma reflexão sobre as práticas diárias. Elas visam preparar os profissionais não apenas do ponto de vista teórico e técnico em relação ao delírium, mas também para uma transformação na prestação de cuidados, com uma abordagem mais humanizada.

Os principais fatores identificados incluem idade igual ou superior a 60 anos, o uso de sedativos e analgésicos, ventilação mecânica invasiva, restrição física, infecções, desidratação, desnutrição e o ambiente típico de uma UTI, juntamente com distúrbios do sono.

Ainda há uma escassez de informações disponíveis sobre esse assunto. Portanto, é recomendável que sejam conduzidas pesquisas adicionais no futuro, com o intuito de aprofundar nossa compreensão desse problema. Estas pesquisas poderiam incluir a investigação do perfil dos pacientes que são diagnosticados com delirium enquanto estão internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), bem como a exploração da possibilidade de o delírium ocorrer exclusivamente dentro do ambiente da UTI. Além disso, seria valioso examinar os mecanismos fisiopatológicos

subjacentes a essa condição, já que existem poucos estudos disponíveis sobre o assunto até o momento.

5 REFERÊNCIAS

BASTOS, Alessandra Soler; BECCARIA, Lúcia Marinilza; SILVA, Daniele Cristiny da; *et al.* Prevalência de delirium em pacientes de terapia intensiva e associação com sedoanalgesia, gravidade e mortalidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. e20190068, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/G3NvgqBC5DM5tFFS8LSp9ht/?lang=pt>

EBERLE, C. C.; SANTOS, A.A. dos; MACEDO JÚNIOR, LJJ de; MARTINS, J.B. O manejo não farmacológico do delirium sob a ótica de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 1242–1249, 2019.

LÔBO, Rômulo Rebouças; FILHO, Silvio R. B. Silva; LIMA, Nereida K. C.; *et al.* Delirium. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 3, p. 249–257, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/182>>.

MACIEL, M. DE C; NIWA, L.M.S.; CIOSAK, S.I.; NAJAS, M.S. Fatores Precipitantes de Delirium em Pacientes Idosos Hospitalizados. **REVISA (Online)**, p. 117–126, 2021.

PINHEIRO, F. G. DE M. S.; SANTOS, E. S.; BARRETO, Í. D. de C.; WEISS, C.; OLIVEIRA, J. C.; VAEZ, A. C.; SILVA, F. A. da. Prevalência e fatores de risco associados ao *delirium* em uma unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE00646, 29 ago. 2022.

RODRIGUES, G. G.; VITORIO, I.R.; CARVALHO, P.N. de; CARVALHAES, I.R.M.; FURTUNATO, G.F.; MIURA, J.M. Manejo do delirium em pacientes com internação prolongada em UTI / Delirium management in patients with prolonged ICU stay. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 20586–20598, 4 out. 2021.

SILVA, M. H. O. DA *et al.* DELIRIUM NA TERAPIA INTENSIVA: FATORES PREDISPONENTES E PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 19 set. 2018.

DALARMI, F.R., SIMIONI, D.E., MOULIN, F.S., GUIOTTI, J., MELO, M.R., SILVA, P.H.S., PISSAIA, T.B., MENEZES, P.H.T. Prevenção e manejo do delírium pós operatório em pacientes idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, w, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 6951-6961, mar./apr., 2023.