**Estratégias de manejo de casos de pacientes geriátricos e pediátricos com transtornos psiquiátricos em situações de emergência.**

Felipe Eduardo Fagundes Lopes

 felipelopes.med@gmail.com

 Faculdade de Medicina da UFMG

João Felipe Mahfus

JFCMahfus@ucs.br

Universidade de Caxias do Sul

Mariacelia Fernandes Rocha

 dramariaceliarocha@gmail.com

 Universidade São Judas Tadeu

ANNY SIBELLY DIAS CURY

annycury@gmail.com

UNINASSAU - Universidade Maurício de Nassau - Vilhena (RO)

RODRIGO CURY MACHADO

rodrigo.cury33@hotmail.com

UFG - Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO)

Isabela Beatriz Oliveira da Costa

Isabelabeatriz2003@hotmail.com

Fametro

Igor Henrique Silva Carlos

igorhsc01@gmail.com

Unirv - Goianésia

Renata Ferreira de Oliveira

 renata.f.oliveira95@gmail.com

 FAMETRO

Carlos Alberto Feitosa dos Santos.

 Mestrando em Psicologia

Instituição de Ensino Superior: Universidade Ibirapuera - UNIB.

 feitosa2006@yahoo.com.br

João Pedro de Lucena Bittencourt Barboza

jpdelucenabarboza18@gmail.com

Fametro (centro universitário fametro)

samela da Silva oliveira

samela.sso@gmail.com

 PucPr

Maria Aucilene Pereira Avelino Costa

alcilene.pereira@hotmail.com

UniRV-Formosa

Ana Claudia Barros Alves

anabarros321@gmail.com

Univerdad del Pacifico - revalidação pela UFG

Murilo Silva de saboya
 Murilo.saboya95@gmail.com
Unirv Goianésia

Lucas Nico Thom

lucasthomnico@gmail.com

UNIG itaperuna

**RESUMO**

Trata-se de uma revisão sistemática de abordagem qualitativa com o objetivo de conhecer a produção científica sobre particularidade de pacientes pediátricos com *delirium*. Essa condição é muito relacionada a pacientes internados em unidade de terapia intensiva e idosos, mas pode ocorrer em qualquer idade. O *delirium* pediátrico foi descrito pela primeira vez em 1923, sendo relacionado a quadros infecciosos. Nos últimos anos tem havido um crescente, porém lento, número de publicações acerca do assunto refletindo a preocupação sobre suas implicações clínicas, ferramentas diagnósticas não padronizadas, escassez epidemiológica e falta de diretrizes de tratamento que leve em consideração particularidades da população pediátrica.O atendimento de pacientes geriátricos e pediátricos com transtornos psiquiátricos em situações de emergência exige abordagens cuidadosas e diferenciadas, considerando as características e necessidades específicas de cada faixa etária. Este resumo abrangente apresenta estratégias essenciais para o manejo eficaz desses casos em ambientes de urgência e emergência.O processo de envelhecimento pode levar a alterações fisiológicas e cognitivas que influenciam a apresentação e o curso de transtornos psiquiátricos, dificultando o diagnóstico e o tratamento, porém nesse trabalho iremos focar na parte de pediatria, pois o aumento é significativo dentro das literaturas.

**Palavras-chave:**pediátrico, emergência, tratamento, geriatria.

* **INTRODUÇÃO**

O *delirium*, também conhecido como síndrome confusional aguda, é uma alteração cognitiva caracterizada por uma variação aguda, súbita e flutuante do estado mental, que inclui confusão, desorientação, comprometimento da atenção, alterações na cognição e por vezes quadros alucinatórios e delusionais (NETO, 2023). O significado da palavra delirium está atribuído ao latim “*delilare*”, que significa “estar fora do lugar” (GATI, 2017). É uma síndrome reconhecida como emergência geriátrica, todavia também pode ser evidenciada também em pacientes jovens e tem sido associado a um amplo espectro de desfechos deletérios em todas as idades (SCHIEVELD, 2020).

O *delirium* pediátrico foi inicialmente descrito por Leo Kanner no livro “*Child Psychiatry*“ em 1923, especificamente no capítulo intitulado “Infecções cerebrais transitórias”. Segundo Bleuler (1955) “Crianças se tornam delirantes com tanta frequência e rapidez que isso não é do nosso interesse”. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição (DSM-IV), a seção dedicada a crianças e adolescentes não menciona *delirium* pediátrico, mas há alguma menção na seção *delirium* em adultos, no entanto, na quinta edição (DSM-V) esse assunto não é citado. O termo *delirium* e delírio são terminologias parecidas, porém obtêm significado, quadro clínico e abordagem distintos. O delírio, diferente do *delirium*, é proveniente de um transtorno psiquiátrico primário (presente na esquizofrenia) ou secundário (em quadros de mania ou depressão grave com sintomas psicóticos), ocorrendo perda do contato com a realidade marcada pela distorção evidente das percepções e do mundo factual (SADOCK, 2017).

Com base na gravidade, o *delirium* pediátrico pode ser classificado como benigno ou não benigno. Existem dois subtipos de *delirium* pediátrico benigno: o *delirium* pós-anestésico (delirium emergente) e o *delirium* comum observado na prática geral (SHIEVELD et al, 2019). Os critérios diagnósticos para *delirium* são descritos pelo DSM-V. Os sintomas principais incluem um distúrbio agudo na atenção e na cognição que é uma alteração do funcionamento basal, flutua ao longo do curso da doença e não é atribuível a outro distúrbio neurocognitivo. Subdivide-se em 5 etiologias: intoxicação por substâncias, abstinência de substância, induzido por medicamento, devido à outra condição médica ou devido à múltiplas etiologias. Deve ser especificado se o quadro é agudo (duração de poucas horas a dias) ou persistente (duração de semanas ou meses). Além de especificar também o subtipo clínico: hiperativo (hiperatividade, labilidade emocional, agitação e recusa ao tratamento pode ser incluído), hipoativo (letargia, apatia e baixa reatividade a estímulos externos) ou nível misto de

atividade (alternâncias entre os dois primeiros).

Embora os critérios do DSM-V sejam o padrão-ouro para o diagnóstico de *delirium*, a avaliação pode ser onerosa e um psiquiatra precisa fazer o diagnóstico formal. O surgimento de outras ferramentas de triagem que podem ser utilizados à beira-leito facilitou o diagnóstico (LIVISKIE, 2021).

Apesar de falarem protocolos de triagem de *delirium* pediátrico na sala de emergência ou UTI, a *European Society for Pediatric and Neonatal Intensive Care* (ESPNIC) recomenda o rastreio pelo menos uma vez por turno de enfermagem para melhorar a identificação, dada a natureza aguda e flutuante do delírio (HARRIS, 2016).

Como o *delirium* é uma manifestação de outra doença fisiológica, de um efeito do tratamento da doença (e.g. medicações) ou do ambiente de internação, o tratamento inicial deve se concentrar na identificação e na reversão da causa subjacente, se possível (PATEL, 2017).

Nos últimos anos tem havido um crescente número de publicações acerca do assunto refletindo a preocupação sobre suas implicações clínicas, falta de evidências sistemáticas, escassez epidemiológica e falta de diretrizes de tratamento que leve em consideração particularidade da população pediátrica.

* **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo sistemática, a qual consiste em um processo de pesquisar, selecionar, avaliar, sintetizar e relatar as evidências clinica sobre uma determinada pergunta e/ou tópico. (ROEVER, 2020).

A primeira fase da revisão sistemática consiste na identificação do tema e da pergunta norteadora, no qual foi utilizado a seguinte pergunta norteadora: quais as peculiaridades do *delirium* pediátrico? Em seguida, na segunda fase, foi estabelecido os critérios de inclusão e exclusão e seleção das publicações, em que foram utilizadas publicações indexadas nas bases de dados SciELO (Scientific Library Online), PubMed/MEDLINE, Google Scholar, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) nos anos de 2013 e 2023. Para isso utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “*Delirium* pediátrico”, “Emergência”, “Revisão” e “AND” como operadores de busca. Os critérios de inclusão foram pautados no acesso a publicações online publicadas na íntegra, na língua portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídas as referências que não contemplavam o objeto de pesquisa, bem como duplicadas. Inicialmente, foram levantados 328 artigos nas quatro bases de dados, no qual encontrou-se 11 na LILACS, 6 na SciELO, 273 no PubMed e 38 no Google Scholar.

Utilizando-se os critérios de inclusão descritos acima, foram encontradas 328 publicações científicas nos periódicos e afins supracitados. Destas, 263 se tratavam de técnicas anestésicas envolvendo o *delirium* emergente, 11 se relacionava com transtornos psicóticos e não o *delirium* propriamente dito, 14 eram editoriais, comentários e resumos, 09 eram revisões do tipo narrativa e 13 era artigos duplicados.

Portanto, na terceira fase realizou-se identificação dos estudos selecionados e pré- selecionados e foram selecionadas 18 publicações, as quais responderam à questão norteadora. A quarta fase foi a categorização dos estudos selecionados, onde fez-se uma análise crítica dos estudos e síntese das informações, no qual foram lidos na íntegra, 3 estudos da LILACS, da SciELO e do PubMed

Em seguida, a quinta e última fase, foi elaborado um documento que descreveu detalhadamente a revisão integrativa realizada. Para melhor entendimento, elaborou-se um fluxograma da construção do estudo, descrito na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados coletados.

* **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Há relatos de prevalência de *delirium* nas UTIs, que varia de 70-87% em todos os pacientes admitidos e 5-13% nas salas de emergência. (MORAES JUNIOR et al, 2019; GARCEZ et al, 2017). Tal variação pode ser atrelada à heterogeneidade da população que pode ser tanto de pacientes clínicos, cirúrgicos, pacientes com diferentes comorbidades e de faixas etárias distintas, e até mesmo pelo instrumento diagnóstico escolhido, que de alguma forma, pode refletir nos dados epidemiológicos da doença (ROSSO et al, 2020).

Dados da literatura indicam que a incidência exata de *delirium* em pacientes pediátricos ainda é desconhecida e carece de estudos epidemiológicos, apresentando uma amplitude que pode variar entre 0,84-66%. Da mesma forma, a prevalência também pode ser notadamente

variável, situando-se entre 13-66% e tem sido melhor caracterizada após a instituição de ferramentas válidas de triagem especificas para *delirium* em contextos pediátricos (DRS – *Delirium Rating Scale* –, PAED – *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium* –, pCAM – *Pediatric Confusion Assesment Method* –*, SOS-PD* – *Sophia Observational Withdrawal Symptoms-pediatric delirium*). Taxas mais elevadas de prevalência, variando aproximadamente entre 50-70%, foram documentadas em crianças gravemente doentes com menos de 5 anos de idade, assim como em pacientes submetidos à ventilação pulmonar mecânica (VPM), no pós- operatório imediato e após procedimentos com anestesia geral. No entanto, é importante destacar que o subdiagnóstico ou diagnóstico incorreto pode ser uma realidade quando se baseia apenas na experiência clínica da equipe, sem a utilização de uma ferramenta padronizada válida e confiável, dadas as diferenças de desenvolvimentos entre pacientes pediátricos e adultos (BARNES et al, 2020; CASTRO, 2020. SMITH, 2020). Apesar de nenhuma ferramenta diagnóstica se destacar, a escolha atualmente é uma questão de contexto, conhecimento do avaliador e preferência local (LIVISKIE, 2021).

Frequentemente, o *delirium* é desencadeado por uma combinação de fatores de risco. A manifestação do *delirium* resulta de uma intricada interação entre os fatores de vulnerabilidade e os fatores precipitantes (INOUYE, 1996; DA SILVA et al, 2023). Importantes fatores predisponentes para o desenvolvimento do *delirium* em crianças incluem uma idade inferior a 2 anos e história prévia de atraso no desenvolvimento neurológico. Cérebros imaturos ou com anomalias apresentam maior propensão ao desenvolvimento de *delirium*, da mesma forma que idosos e pacientes com demência subjacente (PATEL, 2017). Outros fatores predisponentes (inerentes ao paciente) incluem gravidade da doença de base, desnutrição (especialmente quando associada a um nível sérico de albumina inferior a 3,0g/dL) comorbidades prévias, a necessidade de VPM, e hipóxia (VAZQUEZ, 2020). Por outro lado, os fatores precipitantes mais comuns em pediatria abrangem o uso de benzodiazepínicos e medicamentos anticolinérgicos, cirurgias cardíacas com *by-pass*, imobilização no leito, tempo prolongado de internação, privação de sono em ambiente de UTI, uso de contenções físicas, dor e síndrome de abstinência. (PATEL, 2017; HARRIS, 2016; LAHUE, 2020).

A etiologia do *delirium* é considerada multifatorial e os mecanismos fisiopatológicos ainda não estão totalmente esclarecidos. Embora diversas teorias tenham sido propostas, nenhuma delas, isoladamente, consegue abranger completamente a multiplicidade de causas e manifestações associadas ao estado confusional agudo (NETO, 2023).

Postula-se que o *delirium* inevitavelmente envolve o comprometimento do sistema ativador reticular ascendente ocorrendo uma deterioração global da função cortical cerebral. Estudos de neuroimagem e eletrofisiologia indicam o acometimento de estruturas corticais, especialmente nos lobos frontais. Além disso, acredita-se que neurotransmissores desempenham um papel significativo nesses pacientes, destacando-se a acetilcolina. Por fim, a presença de uma resposta inflamatória sistêmica, desencadeada por fatores precipitantes, resulta no aumento da quantidade circulante de citocinas inflamatórias e na ativação endotelial. Esses processos impactam no fluxo sanguíneo cerebral e na atividade neuronal, levando a danos na barreira hematoencefálica e ativação da micróglia, retroalimentando uma alça inflamatória que leva a mais danos e à morte celular, modulando o controle da função cognitiva, comportamento e humor (MALDONADO, 2013).

O *delirium* benigno ou pós-anestésico (*delirium* emergente), também conhecido como agitação pós-operatória, é um fenômeno bem documentado que ocorre em adultos, mas principalmente em crianças no pós-operatório imediato, logo após a cessação dos efeitos das drogas anestésicas (PEREIRA et al, 2022). Este quadro é frequentemente observado em crianças saudáveis, mesmo após pequenas cirurgias ou procedimentos. Embora, preencha todos os critérios para o diagnóstico de *delirium* pediátrico, esse tipo tem um curso benigno, autolimitado e muitas vezes sem necessidade de qualquer intervenção (SHIEVELD et al, 2019). O *delirium* pediátrico da prática geral, muitas vezes, está associado a uma condição infecciosa (*delirium* febril). Apesar de poder ser dramático, na maioria dos casos, a resolução da infecção subjacente culmina coma na remissão do *delirium* (SHIEVELD et al, 2019).

Existem importantes razões clínicas para avaliar o *delirium* pediátrico e levá-lo a sério: O delirium é uma insuficiência cerebral aguda e as consequências de tal insuficiência podem ser graves; É estressante para o paciente, que pode experimentar alucinações ou delírios que podem levar a um Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); O estresse neurometabólico do *delirium* pode ter um impacto negativo no desfecho e na recuperação de uma doença crítica; Um *delirium* hiperativo é acompanhado por vários riscos, como a retirada de cateteres intravenosos, auto-extubação, quedas etc (SCHIEVELD et al, 2019; COLVILLE, 2012).

Quando a causa base responsável pelo *delirium* é identificada, a abordagem terapêutica mais apropriada consiste em direcionar o tratamento especificamente para essa condição. O uso de contenção mecânica deve ser considerado como último recurso, visando à proteção do paciente, uma vez que frequentemente está associado ao aumento da agitação e a complicações adicionais, como perda de mobilidade, úlcera por pressão, broncoaspiração, prolongamento do *delirium* e até caracterização de má prática médica (NETO, 2023).

O emprego de tratamento farmacológico pode ser uma opção para atenuar os sintomas. Vale destacar que a farmacocinética em crianças apresenta diferenças em relação aos adultos.

Antes de iniciar qualquer intervenção medicamentosa, é crucial avaliar cuidadosamente o risco potencial de efeitos colaterais, possíveis interações com outros medicamentos e a via de administração. Esses fatores devem ser ponderados em relação aos benefícios esperados. É importante ressaltar que antipsicóticos (tantos os típicos, como o haloperidol, quanto os atípicos, como a risperidona), são utilizados tanto em crianças quanto em adultos. Contudo, a prescrição desses medicamentos em crianças exige uma abordagem cautelosa, mantendo-a em monitorização e observação contínua (SHIEVELD et al, 2019).

Apesar de todos essas abordagens, o *delirium* é uma condição prevenível na grande maioria das vezes, quando adotadas medidas simples na rotina de cuidado, por todos da equipe profissional, como manter o ambiente calmo, controle da dor e outros sintomas, permitir visitas e o envolvimento familiar, estimular deambulação etc. No entanto, a prevenção por meios farmacológicos não é recomendada em crianças pela falta de estudos que assegurem sua eficácia, embora às vezes seja recomendada em adultos, principalmente naqueles que já tenham tido um quadro prévio (SHIEVELD et al, 2019).

* **CONCLUSÃO**

Ao longo desse estudo foi possível concluir que, o *delirium* pediátrico é uma patologia ainda pouco estudada e diagnosticada pelos profissionais da saúde, acredita-se que esse fato seja decorrente da forma difusa da qual essa síndrome manifesta-se no cérebro, incluindo os fatores predisponentes. E embora extremamente relevante, o reconhecimento do *delirium* é frequentemente deixado de lado, sendo evidenciado pela escassez de produção científica e *guidelines* para a população pediátrica. O primeiro passo para intervir nessa situação é prevenir, principalmente naquelas crianças com fatores predisponentes e precipitantes, criando protocolos de prevenção de *delirium* baseado nos fatores de risco. Um dos recursos disponíveis mais eficientes é o uso adequado de ferramentas para triagem de *delirium* em crianças graves (SCHIEVELD, 2020). No entanto, são necessários mais estudos para verificação, aprimoramento e validação de tais ferramentas no atendimento emergencial do *delirium*, além de estudos acerca da terapia farmacológica bem como determinar melhores critérios diagnósticos para a população pediátrica nos manuais diagnósticos.

**REFERÊNCIAS**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-IV. Porto Alegre: Artmed, 2002. Acesso em: 24 dez. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014. Acesso em: 24 dez. 2023.

BARNES, S. S.; GABOR, C; KUDCHADKAR, S. R. **Epidemiology of Delirium in Children**: Prevalence, Risk Factors, and Outcomes. In: Hughes C, Pandharipande P, Ely EW (eds) Delirium. Cham: Springer; 2020. p. 93-102. Acesso em: 24 dez. 2023.

CASTRO, R. E.; MAGALHÃES-BARBOSA, M. C.; CUNHA, A. J.; CHENIAUX, E.;

PRATA-BARBOSA, A. **Delirium detection based on the clinical experience of pediatric intensivists**. Pediatr Crit Care Med. 2020;21(9):e869-73. Acesso em: 26 dez. 2023.

CASTRO, R. E. V.; RODRÍGUEZ-RUBIO, M.; MAGALHÃES-BARBOSA, M. C;, PRATA-

BARBOSA, A. **Delirium pediátrico em tempos da COVID-19**. Revista Brasileira De Terapia Intensiva, 33(4), 483–486. 2021. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210070>. Acesso em: 28

dez. 2023.

COLVILLE, G.; PIERCE, C. **Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care**. Intensive Care Medicine, 38:1523-1531. 2012. doi: 10.1007/ s00134-012-2612-2. Acesso em: 30 dez. 2023.

DA SILVA, M. A. C. P.; TEIXEIRA, J. M. F.; DURAO, M. C. R. da C. P. P. **Delirium**

**management in critically ill patients**: an integrative review. Brazilian Journal of Health Review, *[S. l.]*, v. 6, n. 1, p. 3993–4009, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n1-309. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/57461>. Acesso em: 24 dez. 2023.

GARCEZ, F. B. **Delirium em idosos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.15, p. 1-12, dezembro. 2021. Acesso em: 26 dez. 2023.

GATI, J. P. S. **Aspectos Linguísticos Do Discurso Delirante**. Instituto de estudo da linguagem da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2017. Acesso em: 26 dez. 2023.

HARRIS, J; RAMELET, A. S; VAN DIJK, M.; POKORNA, P.; WIELENGA, J.; TUME, L.

et al. **Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children**: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. Intensive Care Med. 2016;42(6):972-86. Acesso em: 28 dez. 2023.

INOUYE, S. K.; CHARPENTIER, P. A. **Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons**: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA. 1996;275(11):852-7. Acesso em: 29 dez. 2023.

LAHUE, S. C.; JAMES, T. C.; NEWMAN, J. C.; ESMAILI, A. M.; ORMSETH, C. H.; ELY,

E. W. **Collaborative delirium prevention in the age of COVID-1**9. J Am Geriatr Soc. 2020;68(5):947-9. Acesso em: 30 dez. 2023.

LIVISKIE, C.; MCPHERSON, C.; LUECKE, C. **Assessment and Management of Delirium in the Pediatric Intensive Care Unit**: A Review. J Pediatr Intensive Care. 2021 Jun 8;12(2):94-105. doi: 10.1055/s-0041-1730918. PMID: 37082469; PMCID: PMC10113017.

Acesso em: 29 dez. 2023.

MALDONADO, J. R. **Neuropathogenesis of delirium**: review of current etiologic theories and common pathways. Am J Geriatr Psychiatry. 2013;21(12):1190-222. Acesso em: 24 dez. 2023.

MORAES JUNIOR, R. F. et al. **Principais fatores de risco para delirium encontrados nos pacientes idosos internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital da Amazônia**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 17, p. e272-e272, 2019. Acesso em: 29 dez. 2023.

NETO, R. A. B. et al. **Medicina de emergência: abordagem prática**. Santana de Parnaíba: Manole. *E-book.* ISBN 9788520464380. 2023. Acesso em: 23 dez. 2023.

PATEL, A. K., BELL, M. J., TRAUBE, C. **Delirium in pediatric critical care**. Pediatr Clin North Am. 2017;64(5):1117-32. Acesso em: 24 dez. 2023.

PEREIRA, C. M.; DE MELO, S. R.; GONÇALVES, S. S.; ANTUNES, F. S. **A influência da**

**dor no diagnóstico de em delirium em em população pediátrica**: The influence of pain on delirium diagnosis in a pediatric population. Brazilian Journal of Health Review, *[S. l.]*, v. 5, n. 6, p. 23584–23591, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n6-139. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/54926>. Acesso em: 20 dez. 2023.

ROEVER, L. **Guia Prático de Revisão Sistemática e Metanálise**. Rio de Janeiro: Thieme Brazil, 2020. *E-book.* ISBN 9788554652203. Acesso em: 20 dez. 2023.

ROSSO, L. H. et al. **Delirium em idosos internados em unidades de emergência**: um estudo prospectivo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio Grande do Sul, v. 1, n.69, p.28-43, março. 2020. Acesso em: 24 dez. 2023.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artemed; 2017. Acesso em: 20 dez. 2023.

SCHIEVELD, J. N.; ISTA, E. R. N.; KNOESTER, H.; MOLAG, M. L. **Pediatric Delirium**: a

practical approach. In REY, J. M.; MARTIN, A. (eds.). JM Reys’s IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health (edição em português; DIAS SILVA, F., ed.). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2019. 1- 17 p, cap 15. Acesso em: 22 dez. 2023.

SCHIEVELD, J. N.; JANSSEN, N. J.; STRIK, J. J. **On the importance of addressing pediatric delirium phenotypes and neurocognitive functioning: pediatric critical illness brain injury in COVID times**. Crit Care Med. 2020;48(12):1911-3. Acesso em: 26 dez. 2023.

SMITH, H. A.; WILLIAMS S. R. **Pediatric delirium assessment, prevention, and management**. In: Hughes C, Pandharipande P, Ely EW, editors. Delirium. Acute brain

dysfunction in the critically ill. Cham, Switzerland: Springer; 2020. p. 73-92. Acesso em: 27 dez. 2023.

VÁZQUEZ, J. C.; REDOLAR-RIPOLI, D. **Delirium in severe acute respiratory syndrome**

**- coronavirus-2 infection**: a point of view. J Clin Immunol Immunother. 2020;6(4):039. Acesso em: 29 dez. 2023.