



 <https://doi.org/10.71248/9786583818065-7>

DELIRIUM NA SALA DE EMERGÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E MANEJO

Resumo: Objetivou-se analisar quais estratégias de prevenção e manejo do delirium na sala de emergência são mais eficazes para reduzir incidência, duração e complicações clínicas. Realizou-se revisão integrativa orientada pelo PICO, com busca nas bases MEDLINE, LILACS, IBECs, WPRIM e BDENF, realizada entre julho e novembro de 2025, incluindo estudos com texto completo publicados entre 2020 e 2025. A síntese dos estudos indica melhor desempenho para bundles multifatoriais predominantemente não farmacológicos, iniciados precocemente em idosos e pacientes de maior risco, associados à triagem sistemática (ex.: 4AT/CAM), educação da equipe e suporte por protocolos/fluxos no prontuário eletrônico. Projetos de melhoria e caminhos digitais aumentaram substancialmente a adesão ao rastreio (até 92% em 10 semanas) e a documentação de instrumentos, enquanto ferramentas informatizadas e cuidado interdisciplinar mostraram tendência de melhora em desfechos assistenciais, ainda com heterogeneidade e necessidade de estudos mais robustos no cenário da emergência. Conclui-se que a abordagem mais promissora combina triagem repetida, bundle preventivo não farmacológico, manejo rápido de precipitantes e farmacoterapia restrita e de curta duração quando necessária.

Palavras-Chave: Delírio; Idoso; Prevenção de Doenças; Protocolos Clínicos; Serviço Hospitalar de Emergência.

Josefa Araujo Portela

Graduanda em Psicologia Uninassau Sobral(Ser educacional)

Guilherme Martins Santiago

Graduado em Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

Nayara Bayma Soares

Graduada em Enfermagem, Universidade estadual do Maranhão (UEMA)

Thamyres Cristina Oliveira Santos

Graduado em Enfermagem, Centro Universitário - UNA, Divinópolis – MG

Marcos Antônio Forte Júnior

Graduado em Medicina, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Valéria Paula Sassoli Fazan

Doutora em neurologia e Livre docente em Neuroanatomia. Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP

Izadora Sant'Ana Barrozo de Siqueira

Graduada em Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Jose Matheus Cabral Da Silva

Graduado em Enfermagem, Faculdade Holística

Ester Bianca Moreno de Araujo

Graduanda em Psicologia, Universidade Ceuma (Uniceuma)

Guilherme Silva Teles

Graduado em Medicina, Universidade federal de Jataí

João Pedro Duarte de Andrade

Graduado em Medicina, Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

Ana Luísa Caselli Parussulo

Graduada em Medicina, Faculdade Morgana Potrich - FAMP

Valéria Paula Sassoli Fazan

Doutora em Neurologia e Livre Docente em Neuroanatomia. Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP



DELIRIUM IN THE EMERGENCY ROOM: PREVENTION AND MANAGEMENT STRATEGIES

Abstract: This study aimed to analyze which delirium prevention and management strategies in the emergency department are most effective in reducing incidence, duration, and clinical complications. An integrative review guided by the PICO framework was conducted, searching MEDLINE, LILACS, IBECs, WPRIM, and BDENF between July and November 2025, and including full-text studies published from 2020 to 2025. The synthesis suggests that the most promising approaches are early, predominantly non-pharmacological multifactorial bundles targeted to older and high-risk patients, coupled with systematic screening (e.g., 4AT/CAM), staff education, and protocolized workflows supported by electronic health records. Quality-improvement initiatives and digital pathways markedly increased screening adherence (up to 92% within 10 weeks) and tool completion/documentation, while computerized tools and interdisciplinary care were associated with trends toward improved service outcomes (e.g., length of stay/costs), albeit with heterogeneous evidence and limited robust ED-specific trials. The findings support combining repeated screening, preventive non-pharmacological bundles, rapid management of precipitating causes, and cautious short-term pharmacotherapy only when required

Keywords: Aged; Clinical Protocols; Delirium; Disease Prevention; Emergency Service, Hospital.

INTRODUÇÃO

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda, caracterizada por início súbito e curso flutuante de alteração da atenção e da consciência, frequentemente associada a desorientação, agitação ou hipoatividade (Marcantonio, 2017). Na sala de emergência, esse evento é particularmente relevante em adultos mais velhos e em pacientes com fragilidades clínicas, pois pode ser precipitado por infecções, distúrbios metabólicos, dor, polifarmácia, abstinência, hipóxia e privação de sono, além de fatores ambientais típicos do pronto atendimento (ruído, iluminação intensa, interrupções frequentes e mudanças de equipe) (Dantas



et al., 2025).

Do ponto de vista assistencial, o delirium na emergência é um marcador de gravidade e vulnerabilidade, relacionado a maior risco de complicações clínicas, prolongamento da internação, declínio funcional, readmissões e aumento de custos. Entretanto, sua identificação tende a ser subótima nesse cenário por sobrecarga de demanda, tempo limitado para avaliação, apresentação clínica variável (incluindo o delirium hipoativo, muitas vezes silencioso) e baixa padronização de triagem e condutas. Assim, intervenções precoces e factíveis no fluxo do atendimento — especialmente as não farmacológicas e a estruturação de protocolos — podem representar oportunidade estratégica para reduzir a incidência e mitigar desfechos adversos (Billig *et al.*, 2022).

Diante dessas lacunas, torna-se justificável sistematizar as evidências disponíveis sobre estratégias que possam ser iniciadas ainda no departamento de emergência para prevenção e manejo do delirium. Objetivo principal foi analisar quais estratégias de prevenção e manejo do delirium em pacientes atendidos na sala de emergência são mais eficazes para reduzir sua incidência, duração e complicações clínicas.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar, reunir e sintetizar as evidências disponíveis em estudos acerca do tema. O processo metodológico seguiu as etapas: (i) definição da pergunta norteadora; (ii) realização da busca nas bases selecionadas; (iii) triagem e seleção dos estudos; (iv) avaliação crítica das publicações incluídas; (v) interpretação e discussão dos achados; e (vi) sistematização e apresentação dos resultados da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Para orientar a formulação da questão norteadora da pesquisa adotou-se os elementos PICO (População, Intervenção, Comparação e Desfechos). Assim, definiu-se como pergunta de pesquisa: Quais estratégias de prevenção e manejo do delirium em pacientes atendidos na sala de emergência são mais eficazes para reduzir sua incidência, duração e complicações clínicas?

Quadro 1 – Estrutura PICO



Elemento	Descrição operacional
P (População)	Adultos atendidos na emergência, com ênfase em idosos e/ou pacientes com maior risco de delirium (fragilidade, demência prévia, infecção, dor, polifarmácia, etc.).
I (Intervenção)	Implementação de protocolo integrado: bundle de prevenção + triagem sistemática (screening regular) + manejo padronizado (farmacológico e não farmacológico).
C (Comparação)	Cuidado habitual, sem protocolo estruturado (ou triagem não sistemática / condutas não padronizadas).
O (Desfechos)	Avaliação de impacto clínico e assistencial.

Fonte: Autores, 2025

A busca da produção científica foi conduzida nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) (4), Western Pacific Region Index Medicus (WPRIM) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A pesquisa foi realizada entre julho e novembro de 2025.

Para estratégia de busca utilizou-se os seguintes descritores (DeCS) em inglês e português: (mh:(Delírio) OR tw:(delirium OR "síndrome confusional agudo" OR delirio)) AND (mh:("Serviço Hospitalar de Emergência") OR mh:("Medicina de Emergência") OR tw:("sala de emergência" OR "pronto socorro" OR "pronto atendimento")) AND (mh:("Prevenção de Doenças") OR mh:("Protocolos Clínicos") OR mh:(Terapêutica) OR tw:(prevenção OR manejo OR tratamento OR protocolo)).

Como critérios de inclusão, foram considerados estudos com texto completo disponível, publicados entre 2020 e 2025, visando contemplar evidências recentes relacionadas à temática proposta. Como critérios de exclusão, foram retiradas as publicações sem acesso ao texto integral nas bases consultadas, bem como trabalhos acadêmicos (monografias, dissertações e teses).

A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas. Inicialmente, realizou-se a triagem dos registros a partir da leitura dos títulos e resumos. Em seguida, os artigos elegíveis foram submetidos à leitura na íntegra, permitindo verificar com maior rigor a pertinência ao objetivo do estudo e a conformidade com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de identificação, triagem e inclusão dos artigos na pesquisa.



As informações dos artigos selecionados foram registradas em tabelas no Microsoft® Excel, contendo dados sobre as características dos estudos (autores, ano de publicação, objetivos e métodos), principais resultados encontrados e o nível de evidência.

As publicações foram igualmente avaliadas conforme a hierarquia de níveis de evidência adotada na prática baseada em evidências (Evidence-Based Practice), organizada em sete categorias: Nível 1, evidências provenientes de revisões sistemáticas e/ou metanálises de ensaios clínicos randomizados controlados, ou de diretrizes clínicas fundamentadas nessas revisões; Nível 2, evidências oriundas de ao menos um ensaio clínico randomizado controlado com delineamento adequado; Nível 3, evidências de ensaios clínicos bem estruturados sem randomização; Nível 4, evidências derivadas de estudos observacionais bem delineados, como coorte e caso-controle; Nível 5, evidências resultantes de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6, evidências obtidas a partir de um único estudo descritivo ou qualitativo; e Nível 7, evidências baseadas em opinião de especialistas, consenso de autoridades e/ou relatórios de comitês técnicos.

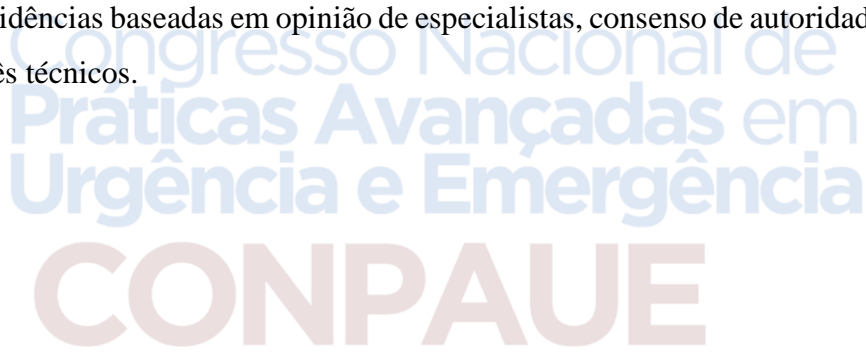
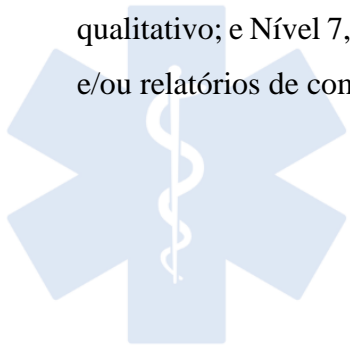
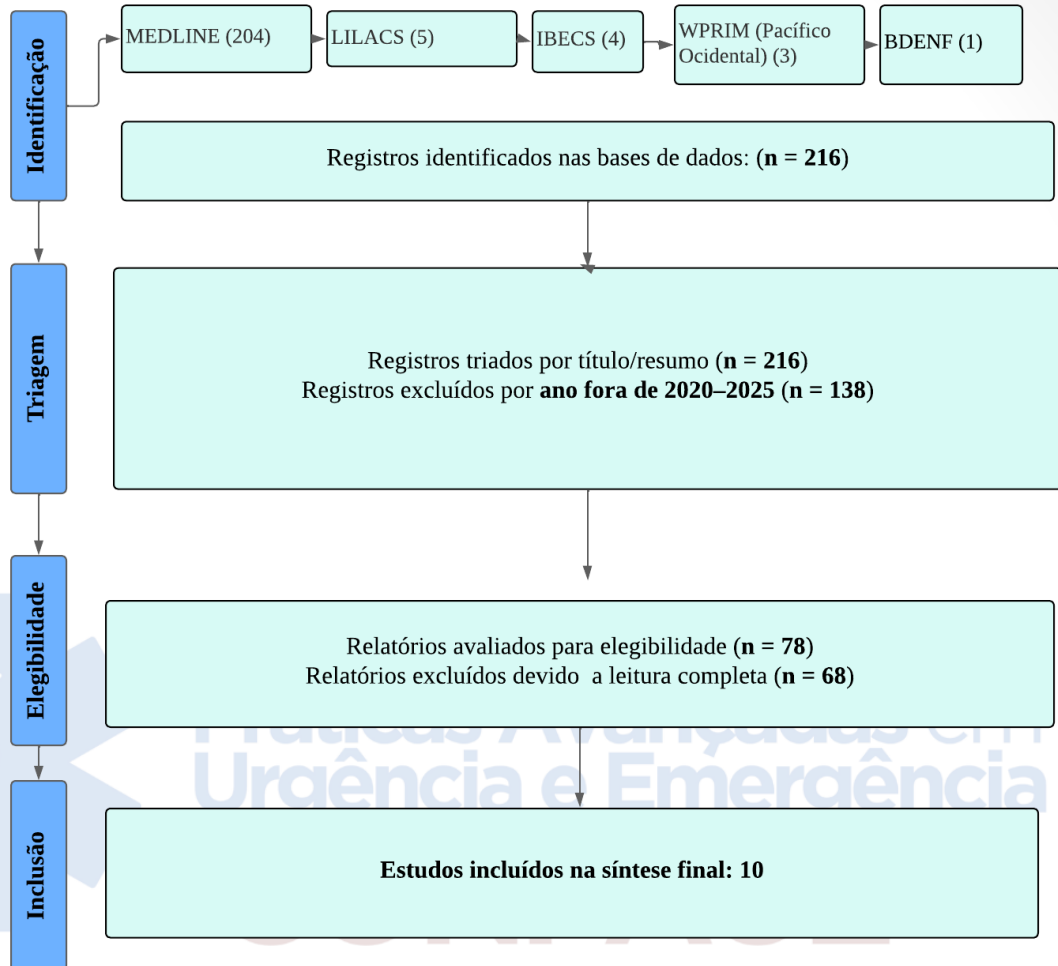




Figura 1 – Fluxograma PRISMA



Fonte: Autores, 2025



RESULTADOS

O Quadro sintetiza evidências recentes sobre estratégias de prevenção, detecção e manejo do delirium na sala de emergência, reunindo revisões, diretrizes, estudos de implementação e intervenções assistenciais.

Quadro 2 – Síntese dos estudos selecionados

Autores/Ano	Objetivos e métodos	Principais resultados encontrados	Nível de evidência*
(Lee <i>et al.</i> , 2022)	Avaliar intervenções iniciadas no departamento de emergência para prevenir e/ou tratar delirium em idosos; buscas eletrônicas estruturadas com triagem e síntese quantitativa quando possível.	Entre 11.900 registros, 10 estudos foram incluídos; a evidência foi limitada e heterogênea. Programas multifatoriais mostraram redução de delirium na metanálise, mas outras intervenções tiveram efeito inconsistente, apontando necessidade de mais estudos no cenário da emergência.	Nível 5
(Filiatreault <i>et al.</i> , 2023)	Reunir e avaliar diretrizes clínicas sobre cuidado ao delirium aplicáveis a idosos na emergência; avaliação metodológica (AGREE-II) e síntese das recomendações elegíveis.	Qualidade das diretrizes variou; a síntese enfatiza rastreio/diagnóstico precoce (incluindo o 4AT), estratificação de risco e medidas não farmacológicas, com uso de antipsicóticos apenas em situações urgentes e por curto prazo.	Nível 7
(Carpenter <i>et al.</i> , 2021)	Mapear evidências e prioridades para detecção, prevenção e manejo do delirium na emergência, combinando revisão de escopo com participação de stakeholders e definição de prioridades.	Identificou múltiplos instrumentos de detecção e poucos estudos centrados em prevenção/manejo diretamente na emergência; o consenso destaca lacunas e prioriza intervenções preventivas e implementação compatível com o fluxo do pronto atendimento.	Nível 7
(Martin <i>et al.</i> , 2022)	Implementar triagem de delirium no pronto-socorro via melhoria de processo (Lean Six Sigma), com educação, ajustes	A triagem aumentou para 81% em 5 semanas e para 92% em 10 semanas, sugerindo melhora	Nível 6



	de documentação e mudanças no fluxo assistencial.	sustentada de adesão ao rastreio após as intervenções.	
(Mailhot <i>et al.</i> , 2021)	Descrever desenvolvimento/refinamento de intervenção para apoiar enfermeiros da emergência na identificação e manejo do delirium, incluindo educação, triagem (SCREENED-ED) e registro no prontuário eletrônico.	Detalha estrutura do protocolo e o mnemônico ALTERED com elementos-chave do manejo, com foco em padronização e suporte à decisão no ambiente da emergência.	Nível 6
(Tan <i>et al.</i> , 2022)	Implementar ferramenta informatizada de triagem/avaliação integrada ao sistema hospitalar e cuidado interdisciplinar; comparação de desfechos entre períodos pré e pós-intervenção.	No pós-intervenção, houve tendência a menor tempo de internação e custo, maior chance de retorno ao domicílio e menor revisita à emergência, porém sem significância estatística reportada no resumo.	Nível 3
(Vardy <i>et al.</i> , 2020)	Implementar caminho clínico digital no prontuário eletrônico para aumentar detecção (ex.: CAM) e orientar manejo (TIME), com metodologia de melhoria e capacitação.	A conclusão do instrumento no EHR aumentou de 3% para 43% no período descrito, sugerindo que suporte digital + educação favorece implementação do protocolo.	Nível 6
(Skains; Lee; Han, 2025)	Atualização clínica sobre prevenção e manejo do delirium em idosos na emergência, com ênfase em reconhecimento precoce, busca de causa precipitante e intervenções não farmacológicas.	Reforça priorizar medidas não farmacológicas e tratar causa de base; quando necessário, indica uso criterioso da menor dose eficaz de fármacos para sintomas graves (p. ex., antipsicóticos atípicos).	Nível 7

Fonte: Autores, 2025

A síntese dos estudos incluídos indica que as estratégias mais eficazes para reduzir a incidência de delirium na sala de emergência são as intervenções multifatoriais não farmacológicas, estruturadas como bundles/protocolos aplicados precocemente a idosos e pacientes de maior risco. A revisão de Lee *et al.* (2022) encontrou evidência limitada, porém favorável para programas multifatoriais, com redução de delirium na metanálise, ainda que com heterogeneidade entre estudos e componentes das intervenções.

De forma consistente, as evidências convergem que o maior ganho “imediato” e mais factível no fluxo do pronto atendimento é a detecção precoce com triagem padronizada (ex.: 4AT, CAM e instrumentos correlatos), associada à educação da equipe e a mudanças de processo para garantir adesão. Intervenções de melhoria (Lean Six Sigma), capacitação e ajustes de documentação elevaram substancialmente as taxas de rastreio (Martin *et al.*, 2022; Vardy *et al.*, 2020), e o desenvolvimento de protocolos específicos para enfermagem reforçou padronização do reconhecimento e condução clínica (Mailhot *et al.*, 2021). Essas estratégias não medem, necessariamente, redução direta de incidência em todos os estudos, mas são



apontadas como pré-requisito operacional para prevenir progressão, reduzir tempo de delirium não identificado e mitigar desfechos adversos.

Quanto à duração e às complicações clínicas, os achados sugerem que ferramentas informatizadas integradas ao sistema hospitalar e o cuidado interdisciplinar podem melhorar desfechos relevantes (tempo de internação, custos, retorno ao domicílio e revisitas), embora com resultados ainda sem significância estatística no resumo e necessidade de estudos mais robustos no cenário de emergência (Tan *et al.*, 2022). Em paralelo, diretrizes clínicas avaliadas por qualidade metodológica reforçam que o manejo deve priorizar medidas não farmacológicas (reorientação, sono, mobilização, hidratação, correção de déficits sensoriais, manejo da dor e redução de iatrogenias), reservando antipsicóticos para situações urgentes de agitação grave/risco, em menor dose e menor tempo possível (Filiatreault *et al.*, 2023; Skains; Lee; Han, 2025).

Em conjunto, os dados respondem à questão norteadora indicando que, na sala de emergência, as estratégias com melhor desempenho potencial para reduzir incidência, duração e complicações são: (1) bundles multifatoriais não farmacológicos iniciados precocemente; (2) triagem sistemática e repetida com instrumentos validados, sustentada por educação e redesign do fluxo; (3) protocolos clínicos/digitais no prontuário eletrônico para padronizar avaliação etiológica e condutas; e (4) uso farmacológico restrito e criterioso, apenas quando necessário para segurança do paciente e da equipe. Ainda assim, as revisões e consensos destacam que a base de evidências diretamente conduzida “dentro” da emergência permanece heterogênea e insuficiente, exigindo ensaios pragmáticos e estudos de implementação focados nesse ambiente (Carpenter *et al.*, 2021; Lee *et al.*, 2022).

DISCUSSÃO

A síntese dos estudos selecionados indica que as estratégias com melhor desempenho para reduzir a incidência, encurtar a duração e mitigar complicações clínicas do delirium na sala de emergência são aquelas estruturadas como intervenções multifatoriais (bundles) iniciadas precocemente e integradas ao fluxo assistencial. Revisões e sínteses apontam que



programas combinando ações simultâneas (triagem sistemática, prevenção não farmacológica, manejo de precipitantes e padronização terapêutica) apresentam sinal mais consistente de benefício na redução de delirium, embora a literatura ainda seja heterogênea e com lacunas de ensaios robustos especificamente no ambiente do pronto-socorro (Carpenter *et al.*, 2021; Filiatreault *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2022).

No eixo de prevenção, os resultados convergem para a efetividade prática de um conjunto de medidas não farmacológicas aplicadas desde a admissão, com foco em reorientação frequente, adequação sensorial (óculos/aparelhos auditivos), redução de ruído e estímulos noturnos, promoção do sono, mobilização segura, hidratação e analgesia adequada, além da revisão de medicações potencialmente deliriogênicas. Intervenções de conforto e humanização (ex.: “comfort cart/menu”) e abordagens sensoriais como música aparecem como estratégias factíveis e potencialmente úteis, sobretudo para reduzir estresse, desorganização do sono e agitação; entretanto, em parte dos estudos, os desfechos clínicos ainda são exploratórios ou dependem de melhor desenho comparativo . (Ferreira, 2025; Hannon *et al.*, 2015). Adicionalmente, a identificação de fatores de risco (como comprometimento cognitivo prévio, fragilidade, infecção, déficits funcionais e sensoriais) sustenta a prevenção direcionada e a priorização de rastreio e vigilância clínica nos pacientes de maior risco

Quanto à redução da duração e da gravidade do delirium, os estudos reforçam que o componente central é o manejo rápido das causas precipitantes, associado à contenção ambiental e comportamental antes de qualquer sedação. Estruturas operacionais como vias de cuidado e algoritmos clínicos sustentam um manejo mais padronizado e precoce, com prioridade para intervenções de baixo risco e escalonamento terapêutico quando necessário (Mailhot *et al.*, 2021).

Um achado consistente é que a triagem sistemática acoplada a educação da equipe e suporte do prontuário eletrônico aumenta de forma expressiva as taxas de rastreio e reconhecimento do delirium, o que é essencial para antecipar intervenções preventivas e evitar atrasos no tratamento. Iniciativas de melhoria de qualidade mostraram elevação sustentada de triagem após intervenções, ainda que nem sempre tenham medido diretamente redução de incidência/duração como desfecho primário (Vardy *et al.*, 2019). Paralelamente, estudos



observacionais indicam que o delirium permanece sub-reconhecido no ED, com impacto clínico relevante quando não identificado (Lee *et al.*, 2022).

No manejo farmacológico, os resultados destacam que medicamentos devem ser reservados para situações de agitação grave com risco (auto/heteroagressão, risco de queda iminente, impossibilidade de tratamento da causa), e preferencialmente por curto prazo e com monitorização. Revisões sobre tranquilização rápida e segurança em idosos sugerem que, embora existam opções eficazes para controle agudo, a ocorrência de eventos adversos é significativa em populações geriátricas, reforçando a diretriz de “menor dose eficaz”, reavaliação frequente e prioridade para medidas não farmacológicas e correção de precipitantes (Kearns *et al.*, 2025). Evidências retrospectivas também relatam viabilidade e segurança relativa de protocolos específicos em contextos selecionados, mas sem substituir a necessidade de prevenção e manejo etiológico (Rocha *et al.*, 2023)

Por fim, em termos de complicações clínicas, a literatura aponta associação entre delirium no ED e piores desfechos, especialmente quando não reconhecido ou quando há alta sem critérios e suporte adequados. Estudos observacionais mostram que idosos com delirium liberados para casa apresentam maior risco de mortalidade e maior retorno ao pronto-socorro, reforçando que estratégias eficazes precisam incluir, além da prevenção e do manejo agudo, critérios de alta, comunicação estruturada e plano de seguimento/monitoramento pós-ED (Billig *et al.*, 2022; Pinheiro *et al.*, 2022). Em conjunto, os resultados sustentam que a abordagem mais eficaz no pronto-socorro é a combinação de triagem precoce + bundle não farmacológico + tratamento rápido dos precipitantes + uso farmacológico criterioso, operacionalizada por protocolos e intervenções organizacionais que garantam adesão e continuidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síntese das evidências indica que os melhores resultados tendem a ocorrer quando o cuidado é organizado em protocolos/bundles multifatoriais, predominantemente não farmacológicos, iniciados de forma precoce e direcionados, sobretudo, a idosos e pacientes de maior risco. Nessa lógica, destacam-se como componentes centrais: triagem sistemática e repetida com instrumentos validados, educação da equipe, redesenho do fluxo para garantir



adesão e manejo rápido de causas precipitantes, com suporte de ferramentas digitais e padronização de condutas. O uso farmacológico, por sua vez, deve permanecer restrito e criterioso, reservado a situações de risco e por curto período, sem substituir o tratamento etiológico e as medidas ambientais/comportamentais.

Do ponto de vista assistencial, esses achados são particularmente relevantes porque o delirium no pronto atendimento se associa a maior vulnerabilidade e piores desfechos, além de ser frequentemente sub-reconhecido no cenário de alta demanda. Assim, recomenda-se que serviços de emergência priorizem a implementação de linhas operacionais de cuidado que integrem: identificação precoce, bundle preventivo à beira-leito, algoritmos de investigação e tratamento dos precipitantes e critérios de alta/continuidade do cuidado, considerando que a efetividade depende não apenas do “o que fazer”, mas também de “como fazer” no fluxo real do setor

REFERÊNCIAS

BILLIG, Ariel Eduardo *et al.* Delirium in the elderly admitted to an emergency hospital service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. suppl 4, 2022.

CARPENTER, Christopher R. *et al.* Delirium Prevention, Detection, and Treatment in Emergency Medicine Settings: A Geriatric Emergency Care Applied Research (GEAR) Network Scoping Review and Consensus Statement. *Acad Emerg Med*, v. 28, n. 1, p. 19–35, 2021.

DANTAS, Antonio Tito de Araujo *et al.* Delirium agudo em pacientes pós-cirúrgicos no pronto-socorro: abordagem imediata e interdisciplinar na sala de emergência. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 8, p. 280–288, 8 ago. 2025.

FERREIRA, Paulo Sergio Altman. Managing operational resilience during the implementation of digital transformation in healthcare organisational practices. *Journal of Health Organization and Management*, v. 39, n. 3, p. 334–358, 10 abr. 2025.

FILIATREULT, Sarah *et al.* A critical appraisal and recommendation synthesis of delirium clinical practice guidelines relevant to the care of older adults in the emergency department: An umbrella review. *J Eval Clin Pract*, v. 29, n. 6, p. 1039–1053, 2023.





HANNON, Niamh *et al.* Antithrombotic treatment at onset of stroke with atrial fibrillation, functional outcome, and fatality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke*, v. 10, n. 6, p. 808–814, 2015.

KEARNS, Jaclyn C. *et al.* Written Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Symptoms and Suicide Risk: A Randomized Controlled Trial With High-Risk Patients Admitted to a Military Inpatient Psychiatric Unit. *Suicide Life Threat Behav*, v. 55, n. 2, p. e70008–e70008, 2025.

LEE, Sangil *et al.* Can we improve delirium prevention and treatment in the emergency department? A systematic review. *J Am Geriatr Soc*, v. 70, n. 6, p. 1838–1849, 2022.

MAILHOT, Tanya *et al.* An Emergency Department Delirium Screening and Management Initiative: The Development and Refinement of the SCREENED-ED Intervention. *J Gerontol Nurs*, v. 47, n. 12, p. 13–17, 2021.

MARCANTONIO, Edward R. Delirium in Hospitalized Older Adults. *New England Journal of Medicine*, v. 377, n. 15, p. 1456–1466, 12 out. 2017.

MARTIN, Louise *et al.* Implementing delirium screening in the emergency department: a quality improvement project. *BMJ Open Qual*, v. 11, n. 2, 2022.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008.

PINHEIRO, Fernanda Gomes de Magalhães Soares *et al.* Tempo de permanência prolongado na emergência associado à delirium em idosos: revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, p. e32511124966, 7 jan. 2022.

ROCHA, Melyne Serralha *et al.* Incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento: estudo retrospectivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, 24 abr. 2023.

SKAINS, Rachel M.; LEE, Sangil; HAN, Jin H. Delirium Prevention and Management in Older Adults in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*, v. 43, n. 2, p. 249–263, 2025.

TAN, Tian-Hoe *et al.* Computerized tool and interdisciplinary care for older patients with delirium in the emergency department: a novel model in Taiwan. *Aging Clin Exp Res*, v. 34, n. 12, p. 3137–3144, 2022.

VARDY, Emma *et al.* Use of a digital delirium pathway and quality improvement to improve delirium detection in the emergency department and outcomes in an acute hospital. *Age Ageing*, v. 49, n. 4, p. 672–678, 2020.



Congresso Nacional de
**Práticas Avançadas em
Urgência e Emergência**
CONPAUE



VARDY, Janette L. *et al.* Clinical Oncology Society of Australia position statement on cancer survivorship care. *Aust J Gen Pract*, v. 48, n. 12, p. 833–836, 2019.



Congresso Nacional de
**Práticas Avançadas em
Urgência e Emergência**
CONPAUE

