



# APLICABILIDADE DE ESCALA DE DELIRIUM E ABSTINÊNCIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL


Delirium and withdrawal scale: applicability in a Pediatric Intensive Care Unit in the Federal District.


 DOI: 10.55892/jrg.v7i13.000

 ARK: 57118/JRG.v7i13.000


Recebido: 00/00/2024 | Aceito: 00/00/2024 | Publicado on-line: 00/00/2024


## Marília Vilela Veado

 <https://orcid.org/0000-0002-0545-9262>

 <http://lattes.cnpq.br/0416255417709481>  
Secretaria de Estado de Saúde, DF, Brasil  
E-mail: marivilelav@gmail.com


## Ana Paula de Almeida Plácido Lima<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0009-0007-40933605>


 <http://lattes.cnpq.br/3223736730374325>  
Secretaria de Estado de Saúde, DF, Brasil  
E-mail: anapaplima@gmail.com


## Adriana de Rezende Dias<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-000181984483>

 <http://lattes.cnpq.br/2600572734191227>  
Secretaria de Estado de Saúde, DF, Brasil  
E-mail: psiadriana@proton.me

## Lucieny Silva Martins Serra<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8113-7222>

 <http://lattes.cnpq.br/2086630535041472>  
Secretaria de Estado de Saúde, DF, Brasil  
E-mail: lucienyserra@gmail.com



## Resumo

**Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade da escala SOS-PD (Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium) para triagem simultânea de delirium e síndrome de abstinência em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e compará-la com as ferramentas tradicionais Cornell e WAT-1.

<sup>1</sup> Graduado(a) em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central (2019), Pediatra pelo Hospital Materno Infantil de Brasília (2023) e Intensivista Pediátrica pelo Hospital Materno Infantil de Brasília (2025)

<sup>2</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas(1997), Intensivista pediátrica pelo Hospital Materno Infantil de Brasília (2000). Atualmente é servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, atuando no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) e Preceptora do Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica do HMIB. .

<sup>3</sup> Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília (1994) e Mestrado em Psicologia pela Universidade de Brasília (1999). Possui formação em Psicanálise com atuação em clínica e hospitalar. Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS. Atualmente é psicóloga hospitalar intensivista na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antonio Lisboa - HMIB. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança.

<sup>4</sup> Doutorado em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília. Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UNB); Especialização em Motricidade Orofacial pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC). Especialização em Habilitação e Reabilitação auditiva pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP) e Graduação em Fonoaudiologia pela Faculdade Santa Terezinha (CEST). Atualmente é servidora da Universidade de Brasília-UNB, onde exerce o cargo de Fonoaudióloga no Laboratório de Ensino e Pesquisa em Otorrinolaringologia na Faculdade de Medicina. É servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, atuando no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB).

**Introdução:** Crianças internadas em UTIPs frequentemente necessitam de sedativos e analgésicos para controlar a dor e a ansiedade. No entanto, o uso prolongado dessas substâncias pode levar ao desenvolvimento de delirium e síndrome de abstinência. O delirium é uma condição de disfunção cerebral aguda com flutuação na gravidade dos sintomas, enquanto a síndrome de abstinência se caracteriza por sinais físicos de dependência ao medicamento. As escalas Cornell e WAT-1 são utilizadas para diagnóstico dessas condições, mas não consideram a sobreposição dos sintomas, o que pode levar a diagnósticos imprecisos. A escala SOS-PD foi desenvolvida para avaliar ambos os sintomas simultaneamente e pode melhorar a precisão do diagnóstico e otimizar o tempo dos profissionais de saúde.

**Metodologia:** Este é um estudo prospectivo, comparativo e transversal realizado na UTIP do Hospital Materno Infantil de Brasília. A amostra será composta por crianças em uso de analgo-sedação por 48 horas ou mais. A pesquisa incluirá a aplicação diária das escalas Cornell<sup>10</sup>, WAT-1<sup>11</sup> e SOS-PD<sup>8</sup> durante três meses. A confiabilidade e a concordância das escalas serão analisadas estatisticamente.

**Resultados:** Os achados demonstram que a escala SOS-PD pode ser útil para rastrear a síndrome de abstinência, mas sua aplicação simultânea para delirium e abstinência ainda enfrenta desafios. A implementação de escalas padronizadas e a conscientização sobre a necessidade de triagem são fundamentais para melhorar o diagnóstico e o manejo dessas condições na UTIP.

**Palavras-chave:** Delirium agudo. Síndrome de abstinência. Pediatria.

## Abstract

**Objective:** To evaluate the applicability of the SOS-PD scale (Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium) for the simultaneous screening of delirium and withdrawal syndrome in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) and compare it with the traditional tools Cornell and WAT-1.

**Introduction:** Children admitted to PICUs often require sedatives and analgesics to manage pain and anxiety. However, prolonged use of these substances can lead to the development of delirium and withdrawal syndrome. Delirium is a condition of acute brain dysfunction with fluctuating symptom severity, while withdrawal syndrome is characterized by physical signs of drug dependence. The Cornell and WAT-1 scales are used to diagnose these conditions, but they do not consider symptom overlap, which may lead to inaccurate diagnoses. The SOS-PD scale was developed to assess both symptoms simultaneously, potentially improving diagnostic accuracy and optimizing healthcare professionals' time.

**Methodology:** This is a prospective, comparative, and cross-sectional study conducted in the PICU of Hospital Materno Infantil de Brasília. The sample consists of children who have been under analgosedation for 48 hours or more. The study includes the daily application of the Cornell, WAT-1, and SOS-PD scales for three months. The reliability and agreement between the scales will be statistically analyzed.

**Results:** The findings suggest that the SOS-PD scale may be useful for screening withdrawal syndrome, but its simultaneous application for both delirium and withdrawal still presents challenges. The implementation of standardized scales and increased awareness of the need for systematic screening are essential for improving the diagnosis and management of these conditions in the PICU.

**Keywords:** Acute delirium. Withdrawal syndrome. Pediatrics.

## 1. Introdução

Durante a internação em unidade de terapia intensiva as crianças vivenciam diversas experiências dolorosas, invasivas e traumáticas, sendo necessário o uso de medicações para redução ou alívio do estresse físico e psíquico causados.

Para a redução da ansiedade e agitação promovidas pelo ambiente adverso são utilizados sedativos, e para dor, os analgésicos. As drogas mais utilizadas são os opióides e benzodiazepínicos (Ista, 2018a). Contudo, o uso dessas substâncias também trazem consequências, dentre elas a ocorrência de delirium e abstinência.

A prevalência de delirium em crianças gravemente enfermas varia entre 4 – 47% podendo chegar até 56% em crianças com menos de 2 anos de idade, conforme demonstrado em estudo recente (Ista, 2018b). A síndrome de abstinência tem prevalência estimada em um quinto das admissões em UTIP. Quando infusões contínuas de medicamentos como midazolam e fentanil são administradas por mais de 48 horas, 50% dos pacientes desenvolvem sintomas de abstinência, podendo atingir até 80% quando as infusões permanecem por mais de 5 dias (Klein, 2024).

O delirium caracteriza-se como uma disfunção cerebral aguda com perturbação da atenção, consciência e cognição desenvolvido durante um curto período de tempo e tende a flutuar em gravidade ao longo do dia (Traube, 2017).

A Síndrome de Abstinência (SA) é um conjunto de sinais e sintomas de natureza física decorrente da dependência a determinado medicamento ou substância, e fica evidenciada na ocasião da interrupção na infusão ou redução da droga. Os principais sintomas incluem tremores, agitação, choro inconsolável e insônia (Ista, 2018a; Bicudo, 1999).

A sintomatologia na população pediátrica é variada, pois depende de fatores, como idade, estado cognitivo e condições médicas associadas (Ista, 2013). A identificação adequada e precoce da síndrome de abstinência (SA) e do delirium pediátrico (DP) tem sido fundamental para guiar os intensivistas a ofertar o melhor tratamento possível para as crianças com estas condições. Muitos dos sintomas se sobrepõem a outros frequentemente relacionados a cuidados intensivos, como dor, angústia e deterioração neurológica. A identificação e distinção entre SA e DP, muitas vezes, se torna um desafio, porém, muito importante, pois são tratadas de formas diferentes e podem resultar em desfechos distintos, sendo imprescindível a utilização de ferramentas de rastreamento adequadas (STENKJAER, 2022).

Existem diversas escalas que se propõem e foram validadas para a identificação de DP e SA, atualmente, como exemplo de escalas amplamente utilizadas nos serviços de saúde como a “*Cornell Assessment of Pediatric Delirium (Cornell)*” e a “*Withdrawal Assessment Tool (WAT-1)*”. Embora sejam escalas amplamente utilizadas e validadas, nenhuma delas leva em conta a sobreposição de sintomas entre as duas condições. Se essa sobreposição não for considerada, as estimativas da prevalência de qualquer uma das síndromes, quando pontuadas com uma única ferramenta serão provavelmente imprecisas (Ista, 2009).

Um grupo de pesquisadores de Rotterdam criou e validou a ferramenta chamada “*Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale and Delirium*” – SOS-PD (Ista, 2018a e Ista, 2009) cujo objetivo é obter em um mesmo momento o risco do paciente frente aos dois diagnósticos e levando em consideração a sobreposição dos sintomas, facilitando sua identificação e o tratamento, de forma longitudinal, uma vez que se baseia na observação do paciente por pelo menos 4 horas, e não de

forma pontual como as demais. O SOS-PD consiste em 22 itens comportamentais, sendo 10 dos sintomas incluídos concomitantes na avaliação de abstinência (SOS) e de delirium (PD). O quadro 1 – confeccionado pela pesquisadora a partir das escalas Cornell (Barbosa, 2018), WATT-1 (Frank, 2008) e SOS-PD (Ista, 2009) traz um resumo dos itens avaliados na escala SOS-PD, em comparação a outras escalas atualmente utilizadas e demonstra, teoricamente, que a escala SOS-PD é capaz de aglutinar itens presentes tanto na escala de *Cornell* (Barbosa, 2018) quanto na *WATT-1* (Frank, 2008).

1. Tabela comparativa das ferramentas de triagem de delirium/abstinência pediátricos\*

	CORNELL	SOS-PD	WATT-1
Contato visual	x	x	
Ações propositadas	x	x	
Consciência do ambiente	x	x	
Comunicação verbal	x	x	
Agitação	x	x	
Consolabilidade	x	x	
Hipoatividade	x		
Tempo de resposta-interação	x		
Fezes amolecidas		x	x
Vômitos/náuseas		x	x
Temperatura corporal		x	x
Estado neurológico		x	x
Tremores		x	x
Sudorese		x	x
Movimentos descoordenados		x	x
Bocejos/espirros			x
Reação ao toque			x
Tônus muscular		x	x
Tempo para se acalmar			x
Taquicardia		x	
Taquipneia		x	
Insônia		x	
Início agudo/ Flutuação		x	
Alucinações		x	
Restrição para o uso	Não há	BNM contínuo, midazolam por EME ou padrão de alteração comportamental grave por doença neurológica de base	Não há
Opção de resposta	Nunca/ raramente/ as vezes/ frequentemente/ sempre	Sim/não	sim/não ou adormecido/acordado/c almo ou ausente /leve/ moderado/ intenso ou faixa de tempo

\*Adaptado de: Frank (2008), Frank (2018) e Ista (2009).

A síndrome de abstinência e o delirium pediátrico são duas afecções de grande relevância no contexto da internação em UTIP. As crianças que experimentaram estes sintomas durante a internação apresentam aumento do estresse pós traumático além de culminar com maior tempo de internação e risco à vida destes pacientes (Colville, 2008).

Desta forma, ter uma ferramenta que possa identificar precocemente a presença destas duas entidades de forma mais simples e com provável maior adesão pela redução da carga de trabalho da equipe mostra-se benéfica para o melhor cuidado e desfecho das crianças gravemente enfermas. O presente estudo buscou avaliar a aplicabilidade de escala para triagem simultânea de delirium e síndrome de abstinência em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e compará-la com as ferramentas tradicionais Cornell e WAT-1.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal envolvendo pacientes pediátricos internados em UTIP de hospital terciário materno infantil do Distrito Federal. Foi utilizado desenho descritivo, por meio dos instrumentos de triagem "SOS-PD", WATT-1 e Cornell, associado a diagnóstico clínico dado por médico especialista que realizou a avaliação previamente à aplicação das escalas. A pesquisadora aplicou as escalas sem conhecimento prévio da avaliação do médico especialista.

Participaram deste estudo pacientes na faixa etária de 28 dias de vida a 13 anos internados da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antonio Lisboa. As escalas aplicadas foram "SOS-PD", WATT-1 e Cornell nos pacientes que utilizaram analgo-sedação por um período mínimo de 48 horas

Avaliações com as escalas de triagem e a opinião do especialista eram realizadas 1 vez ao dia, após cerca de 4 horas do início do plantão para que a aplicação da escala SOS-PD fosse mais adequada uma vez que sugere a observação dos sinais e sintomas nas últimas 4 horas. As escalas foram aplicadas pela pesquisadora, na presença ou não dos responsáveis. O examinador se colocava ao lado do leito, iniciava o cronômetro e realizava a avaliação. Em horário próximo a este momento era solicitado ao especialista responsável pelo paciente que fosse na beira do leito e preenchesse formulário com sua opinião subjetiva quanto ao estado do paciente, sem aplicação de escalas. Tanto pesquisadora quanto especialista desconheciam o resultado um do outro. Os responsáveis legais eram consultados e o TCLE explicado e assinado em momento prévio a este.

Os resultados da aplicação das escalas foram submetidos ao teste de QUI-Quadrado de Independência, sendo considerado um nível de significância padrão de 0,05%. Os valores de  $p \leq 0,050$  demonstraram uma diferença significativa entre os grupos.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o CAAE 84000524.5.0000.5553, sendo as escalas aplicadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### 3. Resultados e Discussão

Foram realizadas 96 avaliações utilizando simultaneamente as escalas Cornell, WATT-1 e SOS-PD, sendo avaliado também a escala de RASS nestes momentos.

Analgesia e sedação são elementos-chave fundamentais para o cuidado de pacientes críticos, seja para controle e manejo da dor, ansiedade e agitação como para melhor sincronia ao ventilador mecânico ou evitar perdas de dispositivos. Porém, em algumas situações há dificuldade em se encontrar o equilíbrio entre excesso e subdose. A situação ideal é que a criança esteja consciente, com respiração espontânea e confortável na ventilação mecânica, tolerando outras intervenções. Hughes et al. demonstraram que o uso de sedação leve promove diminuição do tempo de suporte ventilatório em aproximadamente 2,6 dias ( $p=0,02$ ), redução da permanência na UTI em 3 dias ( $p=0,03$ ), sem aumento de extubação traqueal acidental e necessidade de reintubação (Hughes CG, 2013).

Portanto, o ideal é que na avaliação da “Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)” o resultado seja “0”. Na nossa unidade de UTIP houve maior frequência no achado “0” (42,7%), no qual demonstrou que a maioria dos pacientes estavam alertas e calmos.

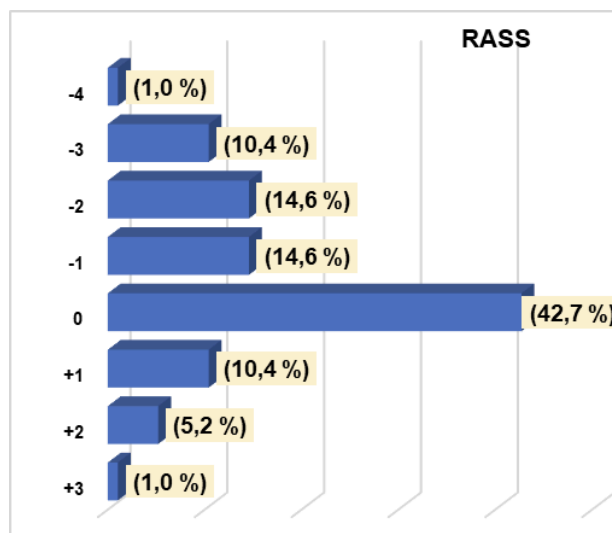


Figura 1: Achados referentes ao Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Nos pacientes diagnosticados com delirium pela escala Cornell o RASS foi mais frequentes em “-2” (24,1%) e na escala PD 33% dessa amostra encontravam-se com RASS “-2”, demonstrando que quase um quarto dos pacientes avaliados como delirium na Cornell estavam em sedação leve.

A incidência exata da DP é desconhecida, variando de 0,84% a 66% (Castro REV, 2020), essa grande variação pode indicar que a DP continua subdiagnosticada em muitos cenários.

Durante nossa avaliação, com a escala de Cornell cerca de 56,3% dos pacientes foram diagnosticados com delirium, na escala PD esse resultado corresponde a 28,1% e na avaliação subjetiva dos especialistas o achado foi de 24,1%.

Há uma sobreposição de sintomas entre DP e SA que dificulta o diagnóstico destas condições, e que escalas mais amplamente utilizadas não conseguem distingui-las. Pensando nisso, foi criada a escala SOS-PD que propõe a avaliação simultânea das duas entidades.

Em comparação com a escala PD com a Cornell, observou-se baixa concordância ( $Kappa = 0,11$ ), indicando que a escala PD não classifica os casos de delirium da mesma forma que a Cornell. A escala PD demonstrou pouca concordância com Cornell, o que pode indicar que os critérios de diagnóstico de delirium diferem entre as duas escalas. Isso pode significar que a escala PD está capturando outros aspectos do delirium que a Cornell não considera, como por exemplos os aspectos do delirium hipoativo.

Cabe ressaltar que foi baixa a frequência de pacientes portadores de delirium na escala Cornell também identificados pelos especialistas, sendo a taxa de acerto de 24,1%.

Em um estudo de de Castro REV e cols evidenciou que o diagnóstico de Delirium baseado apenas na experiência clínica ocorreu em uma frequência muito baixa, enquanto dados da literatura sugerem uma prevalência de delirium (0,84–4%) enquanto neste estudo foram achados 0,4%. Chamando a atenção à possibilidade de subdiagnóstico e erro no diagnóstico do delirium.

Um inquerito realizado no Brasil, com pediatras de vários estados, evidenciou que 48,2% dos médicos que responderam ao questionário não utilizavam escores de rastreamento de *delirium*, e dos profissionais que utilizavam, o Cornell Assessment of Pediatric Delirium (23,2%) foi o mais utilizado (Colleti Junior, 2020).

Kudchadkar et al., em estudo internacional, mostraram que 71% dos entrevistados não realiza triagem de delirium de rotina, e apenas 2% relataram que a triagem de delirium é realizada em todas as crianças pelo menos uma vez por turno (Flaigle MC, 2016).

O estudo da World Delirium Awareness Day destacou a baixa participação dos países sul-americanos na pesquisa sobre o delirium, levantando questões sobre os meios pelos quais a conscientização sobre o delirium pode ser melhorada na região (Nawa, R. K, 2024). É urgente implementar protocolos adicionais, aumentar o conhecimento sobre o transtorno e fornecer melhores ferramentas para a prática.

Em relação a análise estatística da escala WATT-1 com as demais variáveis, observou-se forte associação estatística dos pacientes com abstinência com a escala SOS (p-valor 0,001), desfechos dos especialistas (p-valor 0,003). Em comparação com a escala SOS com a WATT-1, observou-se concordância moderada ( $Kappa = 0,43$ ), indicando que a escala SOS tem desempenho razoável na detecção da síndrome de abstinência em relação à WAT-1, sugerindo que essa pode ser utilizada como ferramenta de rastreamento para abstinência.

O diagnóstico da síndrome de abstinência pode ser complicado também pela sobreposição de sinais de dor, agitação e desconforto. A prevalência estimada é de 34-70%, e traz consigo consequências como aumento da morbidade, tempo de internação e alterações psicológicas. Para melhorar sua avaliação, o uso de escalas de avaliação, como a escala WAT-1 (Assessment Tool Version-1) ou a escala SOS.

No nosso estudo, quando aplicado a escala WATT-1, cerca de 30,2% foram diagnosticados com abstinência, enquanto na SOS cerca de 26% foram classificados positivamente e em relação ao desfecho dos especialistas, cerca de 27,6% dos pacientes foram apontados como abstinentes. A taxa de acerto dos

especialistas dos pacientes diagnosticados como abstinentes pela escala WATT foi de 27,6%.

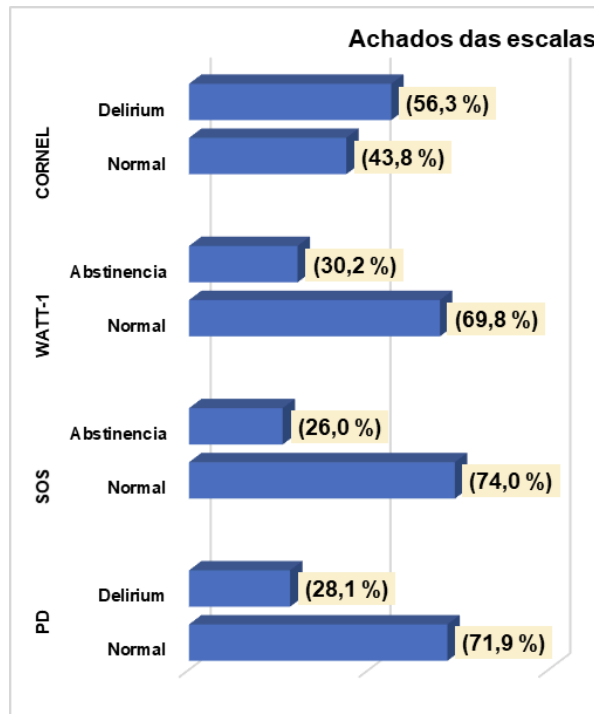
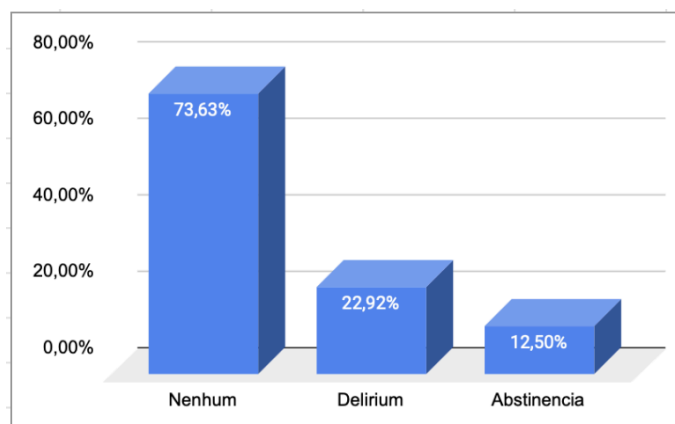


Figura 2: Achados das escalas

Em relação a avaliação clínica dos especialistas, em todos os casos, a taxa de acerto foi menor que 35%, e em nenhum dos casos houve associação estatisticamente significativa. A baixa frequência dos pacientes classificados pelos especialistas com abstinência e delirium quando comparados com os achados das escalas de triagem reforça os achados da literatura. Para melhor manejo desses pacientes, o uso de escalas e protocolos de analgesia e sedação, associados à sedação leve, está associado a menor uso e menor duração de sedação, ventilação mecânica e tempo de internação hospitalar e na UTI (Motta, 2016).



Em relação ao tempo gasto na aplicação das escalas, o tempo médio de avaliação na escala Cornell foi de 0:01:12 e para WATT-1 foi de 0:01:04, tendo sido o tempo médio de avaliação das duas escalas de 0:02:16. Comparado com 0:02:114 para SOS-PD. Não tendo portando diferença no tempo da aplicação entre as escalas para avaliação.

Em relação ao suporte da nossa amostra, cerca de 87,5% estavam em VM. E fármacos utilizados pelos pacientes, cerca de 78,1% dos pacientes utilizaram Precedex (média de  $38,7 \pm 35,8$  dias); 64,6% Morfina (média de  $32,3 \pm 38,9$  dias); e 40,6% Midazolam (média de  $27,7 \pm 19,6$  dias).

#### 4. Conclusão

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a aplicabilidade da escala SOS-PD (Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium) na triagem simultânea de delirium e síndrome de abstinência em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), comparando-a com as ferramentas Cornell, WAT-1 e avaliação subjetiva dos especialistas. Os achados evidenciaram a relevância da identificação precoce dessas condições e a importância da utilização de instrumentos de rastreio eficazes.

Ao longo da pesquisa, foram realizadas 96 avaliações, onde a escala Cornell diagnosticou 56,3% dos pacientes com delirium, enquanto a escala PD identificou 28,1%, e a avaliação subjetiva dos especialistas apontou 24,1%. Isso pode sugerir que a Cornell é uma ferramenta muito sensível e que poderia estar superestimando o delirium, especialmente em pacientes sedados. Além disso, a baixa concordância (Kappa = 0,11) entre as escalas PD e Cornell indica que os critérios de diagnóstico diferem, o que pode comprometer a precisão da triagem.

Em relação à viabilidade da aplicação da escala SOS-PD, não houve diferença significativa no tempo de aplicação em comparação com as demais escalas, indicando que a adoção dessa ferramenta não traria impacto negativo na rotina da equipe. Porém com a baixa concordância na nossa amostra, em que a maioria dos pacientes estavam em ventilação mecânica e sedados, não pode se afirmar sobre a confiabilidade da porção PD em detrimento da CORNELL, sendo, a aplicabilidade da SOS-PD na nossa UTI comprometida, uma vez que esbarra na impossibilidade de usá-la para avaliação simultânea de Delirium e Abstinência pediátricos, uma vez que há concordância somente entre porção SOS e a escala WATT.

Os dados coletados evidenciaram que a escala WAT-1 diagnosticou 30,2% dos pacientes, enquanto a SOS-PD apontou 26% e os especialistas classificaram 27,6% dos casos como positivos. A concordância entre a escala SOS-PD e WAT-1 foi moderada (Kappa = 0,43), sugerindo que a ferramenta pode ser uma alternativa viável para rastreamento da abstinência.

Outro achado relevante foi o baixo índice de acerto dos especialistas na identificação de delirium e abstinência, com taxa de acerto inferior a 35%. Isso reforça a necessidade da implementação de protocolos de rastreio sistemático para evitar diagnósticos subestimados e aprimorar a detecção e manejo do delirium e síndrome de abstinência, contribuindo para a redução do tempo de internação e para melhores desfechos clínicos das crianças internadas. O estudo reforça a

necessidade de maior adesão a escalas padronizadas para triagem em UTIP, visto que o diagnóstico baseado apenas na avaliação clínica pode ser falho.

Estudos futuros podem explorar a aplicabilidade da SOS-PD em diferentes cenários clínicos, além de avaliar seus impactos a longo prazo na evolução dos pacientes.

## Referências

BARBOSA, M. S. R. et al. Tradução e adaptação transcultural dos pontos âncoras da escala Cornell Assessment of Pediatric Delirium para língua portuguesa. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 30, n. 2, p. 195–200, abr. 2018.

BICUDO, J. N. et al. Síndrome de abstinência associada à interrupção da infusão de fentanil e midazolam em pediatria. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 45, p. 15–18, mar. 1999.

CASTRO, R. E. V. de; MAGALHÃES-BARBOSA, M. C. de; CUNHA, A. J. L. A. D.; CHENIAUX, E.; PRATA-BARBOSA, A. Delirium detection based on the clinical experience of pediatric intensivists. *Pediatric Critical Care Medicine*, v. 21, n. 9, p. e869-e873, set. 2020.

COLLETI JUNIOR, J.; ARAÚJO, O. R.; ANDRADE, A. B.; CARVALHO, W. B. Practices related to assessment of sedation, analgesia and delirium among critical care pediatricians in Brazil. *Einstein (São Paulo)*, v. 18, eAO5168, 2020.

COLVILLE, G.; TIGHE, H.; PIERCE, C. Children's factual and delusional memories of paediatric intensive care. *Critical Care Medicine*, v. 34, p. A20, dez. 2006.

FLAIGLE, M. C.; ASCENZI, J.; KUDCHADKAR, S. R. Identifying barriers to delirium screening and prevention in the pediatric ICU: evaluation of PICU staff knowledge. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 31, n. 1, p. 81-84, 2016.

FRANCK, L. S. et al. The Withdrawal Assessment Tool–1 (WAT–1): an assessment instrument for monitoring opioid and benzodiazepine withdrawal symptoms in pediatric patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, v. 9, n. 6, p. 573–580, nov. 2008.

HUGHES, C. G.; GIRARD, T. D.; PANDHARIPANDE, P. P. Daily sedation interruption versus targeted light sedation strategies in ICU patients. *Critical Care Medicine*, v. 41, n. 9, p. S39–45, 2013.

ISTA, E. et al. Construction of the Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Scale (SOS) for critically ill children. *Intensive Care Medicine*, v. 35, n. 6, p. 1075–1081, abr. 2009.

ISTA, E. et al. Psychometric evaluation of the Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale in critically ill children. *Pediatric Critical Care Medicine*, v. 14, n. 8, p. 761–769, out. 2013.

ISTA, E. et al. Sophia Observational Withdrawal Symptoms-Paediatric Delirium Scale: a tool for early screening of delirium in the PICU. *Australian Critical Care*, v. 31, n. 5, p. 266–273, set. 2018a.

ISTA, E. et al. Validation of the SOS-PD scale for assessment of pediatric delirium: a multicenter study. *Critical Care*, v. 22, n. 1, 20 nov. 2018b.

KLEIN, K. et al. Síndrome de abstinência em unidade de tratamento intensivo pediátrico: protocolo de revisão sistemática. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 23, n. Protocolos, 29 jan. 2024.

MOTTA, E.; LUGLIO, M.; DELGADO, A. F.; CARVALHO, W. B. de. Importance of the use of protocols for the management of analgesia and sedation in pediatric intensive care unit. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 62, n. 6, p. 602–609, set. 2016.

NAWA, R. K. et al. Enhancing delirium awareness in South America: current insights and future perspectives for research and practice. *Einstein (São Paulo)*, v. 22, eCE1332, 2024.

STENKJAER, R. L. et al. Clinical application of "Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Paediatric Delirium" screening tool in Danish version: a feasibility study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 36, n. 4, p. 1027–1036, mar. 2022.

TRAUBE, C. et al. Delirium and mortality in critically ill children. *Critical Care Medicine*, v. 45, n. 5, p. 891–898, maio 2017.

## Anexos a. SOS-PD

### Comfort assessment Escala SOS-PD

Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale and Delirium

Avaliação 1 Data/hora 1	Avaliação 2 Data/hora 2
Observador	Observador

Etiqueta com o nome do paciente

Passo 1a - Abstinência	1	2	Esclarecimento
Frequência cardíaca	..... /min	..... /min	Insira a maior frequência registrada nas últimas 4 horas; caso não disponível, leia o monitor ou sinta o pulso.
Frequência respiratória	..... /min	..... /min	Insira a maior frequência registrada nas últimas 4 horas; caso não disponível, leia o monitor ou conte a respiração.
Frequência cardíaca basal	..... /min	..... /min	O valor basal é o valor médio das últimas 24 horas.
Frequência respiratória basal	..... /min	..... /min	O valor basal é o valor médio das últimas 24 horas.

Passo 1b - Delirium*	1	2	Marque se a resposta for verdadeira
Os pais não reconhecem o comportamento do filho	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *	Os pais percebem o comportamento da criança como muito diferente ou irreconhecível em comparação ao que eles estão acostumados quando a criança está doente ou internada; "este não é meu filho".

Passo 2	Abstinência		Delirium		
	1	2	1	2	
Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A frequência cardíaca excede o valor basal em $\geq 15\%$ .
Taquipneia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A frequência respiratória excede o valor basal em $\geq 15\%$ .
Febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A temperatura excede 37,8°C no momento ou nas últimas 4 horas.
Sudorese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sem razão aparente.
Agitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ex.: irritado, inquieto, agitado, tateando arrancar cateteres, acessos venosos, sondas gástricas etc.
Ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança apresenta expressão facial de ansiedade (olhos arregalados, sobrancelhas tensas e levantadas). O comportamento varia do pânico à apatia.
Tremores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremendo, movimentos rítmicos sustentados e involuntários das mãos e/ou dos pés.
Distúrbio motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimentos involuntários de braços e/ou pernas, pequenas contrações musculares.
Tensão muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Punhos e dedos dos pés cerrados e/ou ombros curvados. Ou: posição anormal da cabeça dos braços ou das pernas causada por tensão muscular.
Atenção			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se você (profissional de saúde) ou os pais não conseguem atrair nem manter a atenção da criança. A criança está alheia ao ambiente, vivendo em "seu próprio mundo". Apática.
Ações propositadas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se a criança tem dificuldade em fazer coisas que, normalmente, não seria um problema; ex.: não consegue pegar a chupeta ou um brinquedo.
Sem contato visual			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouco ou nenhum contato visual com os pais ou responsáveis..
Choro inconsolável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsolável (recusa alimentos, chupeta ou não está querendo brincar). Pontue fáciis de choro em crianças ventiladas como choro inconsolável.
Caretas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sobrancelhas contraídas e rebaixadas. Sulco nasolabial evidente.
Insônia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança não consegue estender o sono por mais de 1 hora por vez; períodos de sono de curta duração.
Alucinações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	A criança parece ver, ouvir ou sentir coisas que não estão presentes.
Desorientação			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apenas para crianças >5 anos. A criança não sabe se é manhã, tarde ou noite, não tem consciência de onde está, não reconhece a família ou os amigos.
Fala			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se a fala é incompreensível, sem clareza ou se a criança não consegue contar uma estória coerente (não apropriada para a idade).
Início agudo dos sintomas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança aguda de sintomas em comparação ao período anterior à admissão hospitalar.
Flutuações			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A ocorrência dos sintomas varia profundamente nas últimas 24 horas.
Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pelo menos 1 episódio nas últimas 4 horas.
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pelo menos 1 episódio nas últimas 4 horas.

Escore total

Escore SOS   
Escore PD\*

Escore de abstinência (a pontuação máxima é 15). Conte os itens marcados.  
Escore de delirium (a pontuação máxima é 16/17). Conte os itens marcados.

\* Consulte um psiquiatra infantil se o passo 1 for positivo E/OU a pontuação do passo 2 é  $\geq 4$  ou o sintoma alucinação \* for positivo.

Por favor, veja mais instruções no verso.

Comfort assessment  
 Escala SOS-PD

## Instruções

Instruções para a avaliação de síndrome de abstinência (SOS):

## População-alvo:

Crianças de até 16 anos de idade que receberam benzodiazepínicos e/ou opioides por mais de quatro dias; a observação começa a partir do 5º dia.

## Critérios de exclusão:

- Uso de bloqueadores neuromusculares em infusão contínua;
  - Estado de mal epilético pelo qual recebem midazolam;
  - Padrão de alteração comportamental grave devido à doença neurológica de base.
- Para a avaliação de abstinência em lactentes filhos de mães dependentes de drogas, recomenda-se a utilização do Escore de Abstinência Neonatal (Neonatal Abstinence Score – NAS) de L. P. Finnegan (1975).

## Procedimentos:

- Aplique a escala:
  - No mínimo 1 vez a cada plantão
  - Na suspeita de síndrome de abstinência;
  - Duas horas após uma intervenção para o tratamento dos sintomas de abstinência.
- Preencha o formulário cuidadosamente após observar o paciente;
- Marque, para cada item, o pior valor/momento do paciente durante as últimas 4 horas;
- Verifique, em esclarecimentos, a explicação de cada item em particular caso não esteja claro.

## Passo 1a: Calcular as frequências cardíaca e respiratória:

Valor basal é a média dos valores durante as últimas 24 horas. Dependendo do tipo de sistema de armazenamento de dados dos pacientes, ele pode ser gerado automaticamente ou calculado manualmente.

## Passo 2: Avaliação de taquicardia e taquipneia:

Calcule se as frequências cardíaca e respiratória excedem em 15% o valor basal. Por exemplo, se a frequência cardíaca basal é 100, então:  $100 \times 1,15 = 115$ . Se a frequência mais alta observada nos

Instruções para a avaliação de delirium (PD):

## População-alvo:

Crianças de até 16 anos de idade e admitidas há 48 horas ou mais estão em risco para o desenvolvimento de **delirium**. A escala SOS-PD pode ser usada para o rastreamento precoce de delirium. Comece a observar depois de 48 horas.

## Critérios de exclusão:

- Estar em uso de bloqueadores neuromusculares em infusão contínua;
  - Pacientes comatosos ou com sedação muito profunda e que não respondem a estímulos (COMFORT Behavior < 11 ou RASS -4 ou -5).
- Se possível, reduza os sedativos e reavalie após 4 horas ou no próximo plantão.

## Procedimentos:

- Observe a criança:
  - No mínimo uma vez a cada plantão;
  - Na suspeita de **delirium**;
  - 2 – 4 horas após uma intervenção para o tratamento de **delirium**.
- Preencha o formulário cuidadosamente após a observação;
- Utilize, para cada item, o pior momento do paciente durante as últimas 4 horas;
- Verifique a explicação ao lado de cada item em particular em caso de dúvida.

Para esclarecimentos e perguntas, por favor envie e-mail para [w.ista@erasmusmc.nl](mailto:w.ista@erasmusmc.nl)

Fonte: ISTA, Eline; VAN DIJK, M.; DE HOOG, Maarten; TIBBOEL, Dick; DUIVENVOORDEN, H. J. Construction of the Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale (SOS) for critically ill children. Intensive Care Medicine, v. 35, n. 6, p. 1075-1081, jun. 2009. DOI: 10.1007/s00134-009-1487-3



## b. Cornell Assessment of Pediatric Delirium

Pontuação RASS \_\_\_\_\_ (se -4 ou -5, não ir adiante)

Favor responder as seguintes perguntas, com base em suas interações com o paciente durante seu plantão:

	Nunca 4	Raramente 3	Às vezes 2	Frequentemente 1	Sempre 0	Pontuação
1. A criança faz contato visual com o cuidador?						
2. As ações da criança são propositais?						
3. A criança está consciente do que a cerca?						
4. A criança comunica necessidades e desejos?						
	Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Frequentemente 3	Sempre 4	Pontuação
5. A criança está agitada/inquieta?						
6. A criança está inconsolável?						
7. A criança está hipoativa - muito pouco movimento durante a vigília?						
8. A criança leva muito tempo para responder às interações?						
<b>Total:</b>						

RASS - Escala de Agitação e Sedação de Richmond.

Fonte: Barbosa M dos SR, Duarte M do CMB, Bastos VC de S, Andrade LB de. Tradução e adaptação transcultural da escala *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* para língua portuguesa. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2018Apr;30(2):195–200

c. WAT-1

**FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA VERSÃO 1 (WAT – 1)**

<b>Identificador do paciente:</b>											
	<b>Data:</b>										
	<b>Hora:</b>										
<b>Informações das últimas 12 horas</b>											
Algum episódio de fezes amolecidas / líquidas	Não = 0 Sim = 1										
Algum vômito/alguma náusea/regurgitações	Não = 0 Sim = 1										
Temperatura > 37,8°C	Não = 0 Sim = 1										
<b>Observação por 2 minutos antes do estímulo</b>											
Estado comportamental:	SBS <sup>1</sup> ≤ 0 ou adormecido/acordado calmo=0 SBS <sup>1</sup> ≥ +1 ou acordado agitado=1										
Tremor:	Nenhum/leve = 0 Moderado/intenso = 1										
Alguma sudorese:	Não = 0 Sim = 1										
Movimentos descoordenados/repetitivos:	Nenhum/leves = 0 Moderados/graves = 1										
Bocejos ou espirros:	Nenhum ou 1=0 > 2=1										
<b>Observação de 1 minuto durante estímulo</b>											
Reação ao estímulo tátil:	Nenhuma/leve = 0 Moderada/intensa = 1										
Tônus muscular:	Normal = 0 Aumentado = 1										
<b>Recuperação após estímulo</b>											
Tempo para retornar a tranquilidade: (SBS <sup>1</sup> ≤ 0)	< 2 minutos = 0 2-5 minutos = 1 > 5 minutos										
<b>Pontuação Total (0-12)</b>											

**FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA VERSÃO 1 (WAT – 1) INSTRUÇÕES**

- Inicie a aplicação da escala WAT-1 no primeiro dia de desmame, nos pacientes que tenham recebido opióides e/ou benzodiazepínicos por infusão ou em bolus regularmente por um período prolongado (p.ex., > 5 dias). Avalie a pontuação duas vezes ao dia até 72 h após a última dose dos medicamentos.
- A Ferramenta de Avaliação de Sintomas de Abstinência (WAT-1) deve ser preenchida junto com a SBS<sup>1</sup> pelo menos uma vez a cada 12 horas (p. ex., às 8:00 e às 20:00 ± 2 horas). O estímulo progressivo usado na avaliação da SBS<sup>1</sup> fornece um estímulo padrão para observar os sinais de abstinência.

**Obtenha as informações do prontuário do participante da pesquisa (isso pode ser feito antes ou depois da observação.):**

- ✓ **Algum episódio de fezes amolecidas / líquidas:** Pontuar 1 se nas últimas 12 horas houver documentação de ao menos 1 episódio de fezes amolecidas / líquidas; se não, pontuar 0.
- ✓ **Algum vômito/alguma náusea/regurgitações:** Pontuar 1 se nas últimas 12 horas houver documentação de ao menos 1 episódio de vômito/náuseas/regurgitações; se não, pontuar 0.
- ✓ **Temperatura > 37,8°C:** Pontuar 1 se a moda (valor mais frequente) da temperatura documentada nas últimas 12 horas for superior a 37,8 °C; se não, pontuar 0.

**Observação de 2 minutos pré-estímulo:**

- ✓ **Estado comportamental:** Pontuar 1 se acordado e agitado (SBS<sup>1</sup>: ≥ +1) durante os 2 minutos antes do estímulo; 0 se adormecido ou acordado e calmo/cooperativo (SBS<sup>1</sup> ≤ 0).
- ✓ **Tremor:** Pontuar 1 se tremor moderado ou intenso durante os 2 minutos antes do estímulo; 0 se ausente ou leve/intermitente.
- ✓ **Sudorese:** Pontuar 1 se alguma presente durante os 2 minutos antes do estímulo; 0 se ausente.
- ✓ **Movimentos descoordenados/repetitivos:** Pontuar 1 se estiverem presentes movimentos descoordenados ou repetitivos, de moderados a severos, tipo virar a cabeça, agitação dos braços ou pernas, arqueamento do tronco observados durante os 2 minutos antes do estímulo; 0 se não estiverem presentes movimentos descoordenados/repetitivos ou se forem leves.
- ✓ **Bocejos/espirros:** Pontuar 1 se presentes em número ≥2 no período de observação; 0 se ausente ou somente 1.

**Observação de 1 minuto durante o estímulo:**

- ✓ **Reação ao estímulo tátil:** Pontuar 1 se sobressalto moderado ou intenso ocorrer quando tocado durante o estímulo; 0 se ausente ou leve.
- ✓ **Tônus muscular:** Pontuar 1 se tônus aumentado durante o estímulo; 0 se normal.

**Recuperação após estímulo:**

- ✓ **Tempo para retornar a tranquilidade (SBS<sup>1</sup> ≤ 0):** Pontuar 2 se maior que 5 minutos após o estímulo; 1 se obtido entre 2 a 5 minutos; 0 se obtido em menos de 2 minutos.

**Somar os 11 números das colunas para obter a pontuação total WAT-1 (0-12).**

<sup>1</sup>Curley et al. State behavioral scale: A sedation assessment instrument for infants and young children supported on mechanical ventilation. *Pediatr Crit Care Med* 2006;7(2):107-114.

Fonte: Franck LS, Harris SK, Soetenga DJ, Amling JK, Curley MA. The Withdrawal Assessment Tool-1 (WAT-1): an assessment instrument for monitoring opioid and benzodiazepine withdrawal symptoms in pediatric patients. *Pediatr Crit Care Med*. 2008 Nov;9(6):573-80. doi: 10.1097/PCC.0b013e31818c8328.

## Apêndice

### a. Formulário de identificação

#### PROJETO DE PESQUISA

#### “APLICABILIDADE DE ESCALA DE DELIRIUM E ABSTINENCIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA NO DISTRITO FEDERAL”

Favor preencher os dados abaixo durante internação do paciente na unidade.

Iniciais: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Hipótese diagnóstica: \_\_\_\_\_

Tempo em Ventilação Mecânica: \_\_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_\_\_

Data de alta: \_\_\_\_\_

PIM III: \_\_\_\_\_

Fez uso contínuo de:

MORFINA por \_\_\_\_\_ dias

FENTANIL por \_\_\_\_\_ dias

CETAMINA por \_\_\_\_\_ dias

DEXMEDETOMIDINA por \_\_\_\_\_ dias

MIDAZOLAM por \_\_\_\_\_ dias

Outro \_\_\_\_\_



## d. TCLE

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Responsável**

O (A) seu (sua) dependente  
está sendo

convidado(a) a participar do projeto APLICABILIDADE DE ESCALA DE DELIRIUM E ABSTINENCIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA NO DISTRITO FEDERAL, sob a responsabilidade do pesquisador Marília Vilela Veado - Médica Pediatra e residente em Medicina Intensiva Pediátrica.

O nosso objetivo é o de comparar as diferentes ferramentas para triagem de síndrome de abstinência e *delirium* pediátrico como objetivo avaliar a aplicabilidade de uma nova escala no serviço que possa otimizar o trabalho da equipe e consequentemente melhorar o diagnóstico destas comorbidades.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A participação da criança se dará por meio da observação do examinador frente aos sinais e sintomas apresentados durante a internação e preenchimento destes dados em formulário adequado. Além disto haverá também consulta a informações do prontuário eletrônico do paciente.

Os dados referentes a esta pesquisa serão armazenados em planilhas do Excel, identificados apenas pelas iniciais e data de nascimento. Apenas o pesquisador responsável terá acesso por intermédio de login com senha individual. Os dados poderão ser armazenados por tempo indefinido para outras análises dentro, exclusivamente, do escopo definido por este projeto, exclusivamente, do escopo definido por este projeto.

Os riscos decorrentes da participação da criança na pesquisa são associados a quebra do sigilo, o qual será minimizado pelo uso das iniciais do nome ao invés do nome completo, e restrição ao acesso dos dados apenas ao pesquisador.

O (a) Senhor (a) pode recusar a participação e realização de qualquer procedimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a) ou para a criança. O (A) Senhor (a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não autorizar a participação nesta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir.

As despesas relacionadas com a participação (ressarcimento) serão absorvidas integralmente pelo orçamento da pesquisa.

O (a) Senhor (a) tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Fundação Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS – SES/DF) podendo ser publicados posteriormente.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Marília Vilela, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Materno



Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa (UTIP/HMIB) ou pelo telefone 61.34497685 pelo e-mail: marivilelav@gmail.com

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: cep@fepecs.edu.br ou pelo telefone 34497895.

Caso concorde em participar, pedimos que concorde assinalando na caixa e assine este documento. Uma cópia será destinada ao senhor(a) e outra cópia ficará em posse do pesquisador.

Eu \_\_\_\_\_ responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_ ( ) Autorizo a participação ( ) Não autorizo a participação, do paciente acima neste projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_

Pesquisador

\_\_\_\_\_

Responsável

Data: \_\_\_\_\_,

Brasília - DF