

Artigo científico

**Protocolos assistenciais baseados em evidências para o cuidado intensivo: revisão das diretrizes clínicas contemporâneas e sua aplicabilidade na prática da UTI**

*Evidence-based care protocols for intensive care: a review of contemporary clinical guidelines and their applicability in ICU practice*

*Protocolos de atención basados en la evidencia para cuidados intensivos: una revisión de las guías clínicas contemporáneas y su aplicabilidad en la práctica de la UCI*

Amanda Cavalcante de Albuquerque<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residência em Clínica Médica e Medicina Intensiva pelo Hospital de Base Ary Pinheiro, Porto Velho, Rondônia. ORCID: 0000-0001-5891-8074. E-mail: [amandacavalcantealbuquerque@outlook.com](mailto:amandacavalcantealbuquerque@outlook.com).

**RESUMO:** O presente artigo parte da ideia de que a UTI exige decisões encadeadas e linguagem comum, mas ainda convive com distância entre o que a evidência recomenda e o que entra, de fato, no fluxo do cuidado. Diante desse quadro, o problema foi assim delimitado: como transformar diretrizes contemporâneas em rotinas executáveis sem perder o julgamento clínico situado? Nessa toada, o objetivo foi analisar diretrizes utilizadas na terapia intensiva e verificar sua aplicabilidade prática por meio de protocolos assistenciais baseados em evidências. Para tanto, adotou-se revisão integrativa, com buscas em bases nacionais e internacionais, recorte de 2021 a 2025, inclusão de estudos em adultos e síntese narrativa. Após triagens e leitura em texto completo, compuseram a amostra 13 pesquisas alinhadas ao escopo. Os achados indicam que protocolos funcionam quando são tratados como instrumentos vivos de decisão, inseridos em arranjos de governança com integração ao prontuário, o que reduz variação não justificada e melhora a previsibilidade das condutas. Observou-se protagonismo constante da Enfermagem na sustentação da adesão e na continuidade entre turnos, com efeitos processuais e impactos clínicos mais evidentes quando *bundles* e *checklists* se articulam ao trabalho diário. Iniciativas isoladas tendem a produzir ganhos limitados, enquanto programas institucionais mantêm resultados no tempo. Logo, conclui-se que a prática baseada em evidências se realiza na organização do trabalho, e que protocolos bem desenhados, monitorados e compartilhados favorecem cuidado coerente e seguro na UTI.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde coletiva; Segurança do paciente; Comunicação interprofissional; Padronização assistencial.

**ABSTRACT:** The present article departs from the understanding that intensive care requires coordinated decisions and a shared language, yet still faces a persistent gap between what the evidence recommends and what is effectively incorporated into daily care. In this context, the research problem was defined as follows: how can contemporary guidelines be translated into executable routines without suppressing the situated clinical judgment of the team? Accordingly, the study aimed to examine the guidelines currently used in intensive care and to verify their practical applicability through evidence-based assistive protocols. An integrative review was conducted, combining national and international databases, with a time frame from 2021 to 2025, focusing on adult care and presented as a narrative synthesis. After screening and full-text reading, thirteen studies met the eligibility criteria. The findings indicate that protocols are effective when treated as dynamic decision-making tools embedded in governance arrangements and integrated into electronic records, which reduces unwarranted variation and improves care consistency. Nursing emerged as a central sustaining force for adherence and continuity between shifts, with clearer procedural and clinical effects when bundles and checklists are incorporated into everyday workflow. Isolated initiatives tended to generate limited results, whereas institutionalized programs promoted sustained improvement over time. Therefore, the study concludes that evidence-based practice materializes in the organization of work itself, and that well-designed, monitored and collectively adopted protocols support consistent and safe care in intensive care settings.

**KEYWORDS:** Public health; Patient safety; Interprofessional communication; Care standardization.

**RESUMEN:** El presente artículo parte de la comprensión de que los cuidados intensivos requieren decisiones coordinadas y un lenguaje compartido, pero aún se enfrenta a una brecha persistente entre lo que la evidencia recomienda y lo que se incorpora efectivamente en el cuidado diario. En este contexto, el problema de investigación se definió de la siguiente manera: ¿cómo se pueden traducir las pautas contemporáneas en rutinas ejecutables sin suprimir el juicio clínico situado del equipo? En consecuencia, el estudio tuvo como objetivo examinar las pautas utilizadas actualmente en cuidados intensivos y verificar su aplicabilidad práctica a través de protocolos de asistencia basados en evidencia. Se realizó una revisión integradora, combinando bases de datos nacionales e internacionales, con un marco temporal de 2021 a 2025, centrada en la atención de adultos y presentada como una síntesis narrativa. Después de la selección y la lectura del texto completo, trece estudios cumplieron con los criterios de elegibilidad. Los hallazgos indican que los protocolos son efectivos cuando se tratan como herramientas dinámicas de toma de decisiones integradas en los acuerdos de gobernanza e integradas en registros electrónicos, lo que reduce la variación injustificada y mejora la consistencia de la atención. La enfermería surgió como una



fuerza central de apoyo para la adherencia y la continuidad entre turnos, con efectos clínicos y de procedimiento más claros cuando los paquetes y las listas de verificación se incorporan al flujo de trabajo diario. Las iniciativas aisladas tendieron a generar resultados limitados, mientras que los programas institucionalizados promovieron una mejora sostenida en el tiempo. Por lo tanto, el estudio concluye que la práctica basada en la evidencia se materializa en la organización del trabajo en sí, y que los protocolos bien diseñados, monitoreados y adoptados colectivamente respaldan la atención consistente y segura en entornos de cuidados intensivos.

**PALABRAS CLAVE:** Salud pública; Seguridad del paciente; Comunicación interprofesional; Estandarización de la atención.

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A unidade de terapia intensiva se consolidou como ambiente de decisão clínica contínua, em que múltiplos profissionais articulam raciocínios interdependentes e dependem de linguagem comum para manter a coerência do cuidado ao longo do tempo (Boltey *et al.*, 2023). Nesse cenário, a prática baseada em evidências opera como forma de deliberação que integra pesquisa disponível, julgamento clínico qualificado e condições reais de aplicabilidade, o que exige critérios de interpretação e transparência na justificativa das escolhas (Greenhalgh, 2022).

A tradução desse conhecimento para a rotina tem sido discutida no campo da implementação, que chama atenção para aceitabilidade, viabilidade e fidelidade como pré-condições para que recomendações entrem, de fato, no fluxo do trabalho intensivo (Klaic *et al.*, 2022). Essa discussão tende a ganhar importância quando se considera que a UTI demanda previsibilidade de condutas sem perder a capacidade de personalização fundamentada, algo que depende de arranjos organizados de comunicação e de referenciais comuns de decisão (Thethwayo *et al.*, 2024).

A literatura sobre implementação em terapia intensiva, ao mapear obstáculos e facilitadores, reforça a necessidade de instrumentos que tornem explícitos caminhos de decisão, sem suprimir o juízo clínico, preservando a continuidade assistencial em equipes e turnos (McNett *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, o problema que orienta o artigo é delineado pela distância recorrente entre o que a evidência propõe e o que efetivamente estrutura a prática cotidiana na UTI, distância que se manifesta na falta de clareza conceitual sobre o que são, para que servem e como se organizam os protocolos assistenciais quando pensados como instrumentos de decisão.

A pergunta-problema, assim, pode ser formulada nos seguintes termos, com recorte explícito para o cuidado intensivo adulto: em que medida a concepção de protocolos como dispositivos de tradução do conhecimento científico favorece a redução de variação não justificada e a coerência do cuidado, sem eliminar o julgamento clínico situado nas decisões diárias da UTI?

Diante disso, o objetivo é analisar as diretrizes clínicas contemporâneas utilizadas em Unidades de Terapia Intensiva e verificar sua aplicabilidade prática no cuidado intensivo, com foco em protocolos assistenciais baseados em evidências.

Diante disso, a escolha do tema se justifica por três motivos articulados. Primeiro, porque a UTI opera com decisões encadeadas que exigem critérios compartilhados para sustentar continuidade e previsibilidade, o que torna os

protocolos peças centrais para a organização do cuidado quando formulados como mapas de decisão e não como listas rígidas. Segundo, porque a prática baseada em evidências, tomada como paradigma contemporâneo de deliberação, depende de dispositivos que tornem a evidência executável em linguagem acessível à equipe, sob pena de permanecer como conhecimento inerte.

Terceiro, porque a discussão conceitual sobre protocolos, quando bem delimitada, contribui para qualificar debates frequentemente capturados por controvérsias sobre indicadores e resultados, desviando o foco do que interessa a um referencial teórico, que é esclarecer a natureza, o sentido e os limites desses instrumentos no cotidiano da terapia intensiva. Nesse horizonte, o artigo apresenta um quadro conceitual que auxilia a equipe a nomear problemas, organizar critérios e justificar escolhas, fortalecendo a coerência do cuidado sem reduzir a complexidade inerente às decisões clínicas em ambiente intensivo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A unidade de terapia intensiva pode ser compreendida como um espaço de julgamento clínico, em que decisões se encadeiam ao longo do tempo e dependem de coordenação entre diferentes profissionais, com papéis que se cruzam e se complementam. São setores hospitalares destinados ao atendimento de pacientes com risco iminente de morte, que exigem vigilância, suporte avançado de vida e recursos tecnológicos especializados. Sua característica principal é o monitoramento ininterrupto e a disponibilidade de intervenções imediatas, o que permite estabilizar condições clínicas graves em tempo oportuno (Oliveira *et al.*, 2020).

Trata-se de um ambiente assistencial que agrega equipe multiprofissional altamente especializada, infraestrutura tecnológica e protocolos clínicos destinados a reduzir morbidade e mortalidade em situações de criticidade orgânica (Balsanelli; Zazzetta, 2022). Além do suporte vital, a UTI atua no sistema hospitalar por organizar fluxos terapêuticos, definir prioridades clínicas e viabilizar manejo seguro de pacientes instáveis, garantindo cuidado intensivo e contínuo até o restabelecimento de parâmetros clínicos básicos (Fernandes *et al.*, 2023).

Nessa ambiência, a colaboração interprofissional se torna um eixo estruturante, pois a qualidade do trabalho compartilhado decorre de linguagem comum, rotinas inteligíveis e critérios de decisão negociados, elementos que sustentam a coerência do cuidado e reduzem a dependência de preferências individuais isoladas (Thethwayo *et al.*, 2024).

A colaboração surge de comportamentos



observáveis na rotina, como escuta ativa, antecipação de necessidades alheias e explicitação de raciocínios, o que reforça a ideia de que o cuidado intensivo exige arranjos organizados de comunicação e não apenas a soma de atos técnicos (Boltey *et al.*, 2023). Ainda nesse horizonte, a variação clínica precisa ser situada, pois diferenças legítimas acompanham contextos e perfis singulares, porém, a variação não justificada costuma refletir ausência de critérios compartilhados e falhas de coordenação, pontos que afetam a continuidade assistencial em turnos e equipes (Atsma *et al.*, 2020).

A prática baseada em evidências, tomada como paradigma de deliberação, propõe integrar a melhor pesquisa disponível, o julgamento clínico qualificado e as circunstâncias concretas de decisão, de modo a orientar escolhas transparentes e justificáveis. O debate recente enfatiza que a evidência opera em contextos instáveis, exigindo leitura crítica da qualidade metodológica e da aplicabilidade no cotidiano, com abertura para revisar decisões quando novas informações surgem no fluxo do cuidado (Greenhalgh, 2022).

Para que esse paradigma se traduza em decisões, é preciso considerar a força das recomendações e sua implementabilidade, pois aceitabilidade, viabilidade, fidelidade, escalabilidade e sustentabilidade condicionam a incorporação real do que a literatura propõe, sobretudo em cenários intensivos marcados por interdependências e necessidade de respostas oportunas (Klaic *et al.*, 2022). Esse enquadramento reposiciona a equipe como intérprete qualificada da pesquisa, capaz de explicitar razões, reconhecer incertezas e organizar rotinas de decisão que mantenham previsibilidade sem suprimir o juízo clínico situado no caso concreto (McNett *et al.*, 2020).

Nessa moldura, protocolos assistenciais baseados em evidências podem ser descritos, em sentido conceitual, como instrumentos de tradução do conhecimento científico para a prática cotidiana. Eles tornam explícitos os caminhos de decisão, favorecem uma linguagem comum e diminuem variações não justificadas, funcionando como artefatos organizadores do trabalho e do raciocínio clínico compartilhado (Klaic *et al.*, 2022).

Ao disciplinar passos, condições e pontos de verificação do julgamento, o protocolo aproxima a equipe de um mapa cognitivo comum, em que as decisões ganham encadeamento e justificativa inteligível, sem transformar a deliberação em automatismo. A literatura de implementação lembra, ademais, que a padronização serve também para retirar práticas de baixo valor e manter o foco em intervenções apropriadas, o que corrobora com o papel dos protocolos como guias de coerência mais do que como listas fixas de ações (Grimshaw *et al.*, 2020).

A dimensão organizacional é importante para que protocolos existam como dispositivos vivos e não apenas como documentos formais. Transformar recomendações em rotinas exige espaços de aprendizagem, *feedback* e mecanismos de acompanhamento voltados à melhoria, de modo que a equipe compreenda a lógica do protocolo e a incorpore ao diálogo clínico diário (McNett *et al.*, 2020).

Estratégias de suporte ao comportamento clínico podem contribuir para reduzir variação não justificada

quando ajustadas ao contexto e articuladas a critérios, o que reforça a necessidade de alinhamento entre conteúdo do protocolo e arranjos de implementação (Sarkies *et al.*, 2023). Bem como, ordens padronizadas integradas ao prontuário eletrônico funcionam como suportes de decisão que tornam os caminhos esperados mais visíveis e executáveis, sem substituir a análise clínica quando ajustes se mostram necessários e justificáveis (Naicker *et al.*, 2024).

Tratar protocolos como ferramentas de conhecimento aplicado implica reconhecer sua dupla vocação, que é dar previsibilidade ao cuidado e, ao mesmo tempo, preservar espaço para personalização fundamentada. O equilíbrio se constrói quando a equipe sabe por que segue determinado percurso e quando pode, justificadamente, dele se afastar, mantendo registro claro de razões e condições, o que favorece a coerência interna do cuidado e a deliberação responsável (Atsma *et al.*, 2020).

Esse arranjo também se liga ao desenvolvimento de capacidades institucionais em tradução do conhecimento, pois a atualização periódica de protocolos, a depuração de passos redundantes e a incorporação de novas evidências dependem de competências organizadas para fazer a ponte entre pesquisa e prática, de forma sustentável e em escala (King *et al.*, 2024). Desse modo, a UTI se consolida como ambiente de decisão clínica multiprofissional que opera com referenciais comuns e protocolos que orientam, sem engessar, o raciocínio, mantendo a fluidez necessária à adaptação e a clareza indispensável à coerência assistencial ao longo do tempo (Thethway *et al.*, 2024).

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa adota o desenho de revisão integrativa. O método é qualitativo com síntese narrativa, estruturado em etapas encadeadas que partem da formulação da pergunta até a composição de uma narrativa integradora, mantendo foco na natureza, no sentido e nos limites dos protocolos enquanto dispositivos de tradução do conhecimento para a prática, sem descrever protocolos específicos, sem comparar diretrizes e sem discutir métricas de desempenho.

A questão orientadora delimita o escopo ao indagar de que modo os protocolos assistenciais fundamentados em evidências são concebidos, estruturados e operacionalizados como mapas de decisão que favorecem a coerência do cuidado e a redução de variações não justificadas em unidades de terapia intensiva de adultos. Esse enunciado guia todo o percurso metodológico, compreendendo cenário, população de interesse das publicações, constructo teórico e recorte temporal.

A busca bibliográfica foi planejada para maximizar sensibilidade e especificidade, abrangendo bases referenciais internacionais e regionais de saúde e áreas correlatas. Foram consultadas MEDLINE via PubMed, Embase, CINAHL, Scopus, Web of Science Core Collection, Cochrane Library, SciELO e LILACS, em português, espanhol e inglês, com filtro temporal para os últimos cinco anos completos, de 1º de janeiro de 2021 a 27 de outubro de 2025, priorizando texto completo quando o filtro estava disponível e restringindo a estudos em adultos. A estratégia combinou vocabulários controlados quando



existentes e termos livres, com uso de operadores booleanos, truncamentos e aspas para busca de frases exatas, sempre adaptando a sintaxe de cada plataforma.

Os termos foram organizados em quatro conjuntos semânticos que se articulam entre si. O primeiro reúne o cenário de cuidado intensivo, contemplando “terapia intensiva”, “unidade de terapia intensiva”, “cuidados intensivos”, “intensive care”, “critical care”, “intensive care unit”, “ICU” e “unidad de cuidados intensivos”. O segundo trata dos instrumentos normativos e organizadores do cuidado, incluindo “protocolo clínico”, “protocolo assistencial”, “via clínica”, “linha de cuidado”, “clinical protocol”, “care protocol”, “clinical pathway”, “care pathway”, “order set” e “estándar de órdenes”. O terceiro cobre a base epistemológica da deliberação em saúde, com “prática baseada em evidências”, “evidence-based practice” e “práctica basada en evidencia”.

O quarto aborda implementação e variação, reunindo “implementação”, “implementation”, “implementability”, “adoption”, “fidelidade”, “fidelity”, “variação clínica”, “clinical variation” e “variación clínica”. Para assegurar exaustividade conceitual, os conjuntos foram combinados em todas as formas logicamente relevantes, aplicando OR entre sinônimos de um mesmo conjunto e AND entre conjuntos distintos, com uso de operadores de proximidade quando a base permitiu.

Desse modo, foram pesquisadas, em texto corrido e sem hierarquização rígida, as combinações cenário AND protocolo, cenário AND protocolo AND prática baseada em evidências, cenário AND protocolo AND implementação, cenário AND prática baseada em evidências, protocolo AND prática baseada em evidências, protocolo AND variação clínica, bem como expressões com proximidade do tipo “clinical protocol” NEAR ICU, “protocolo assistencial” NEAR “terapia intensiva” e “care pathway” NEAR “critical care”, todas replicadas em português, espanhol e inglês, com equivalentes terminológicos e ajustes de campos como título e resumo quando cabível.

Os critérios de inclusão foram definidos previamente e aplicados de modo sequencial. Foram elegíveis artigos publicados entre 2021 e 2025, revisados por pares, em português, espanhol ou inglês, com texto completo acessível, que abordassem a terapia intensiva de adultos e discorressem, em perspectiva conceitual, organizacional ou metodológica, sobre protocolos assistenciais baseados em evidências enquanto instrumentos de decisão e organização do cuidado. Foram admitidos estudos práticos quando apresentaram componente conceitual explícito acerca de definição, estrutura ou função dos protocolos, além de revisões e ensaios teóricos alinhados ao escopo.

Os critérios de exclusão afastaram publicações exclusivamente pediátricas ou neonatais, estudos centrados em uma condição clínica específica sem discussão conceitual sobre protocolos, descrições eminentemente operacionais de um único protocolo, investigações focadas apenas em indicadores ou métricas de desempenho, editoriais, cartas, comentários, erratas, resumos de congresso, preprints, documentos institucionais sem autoria acadêmica identificável, materiais duplicados e textos fora do recorte temporal. Estudos que apenas mencionavam

protocolos de forma periférica, sem desenvolver sua natureza, finalidade ou estrutura no contexto da UTI, também foram excluídos.

A seleção dos estudos ocorreu em duas fases. Primeiro, um revisor triou títulos e resumos com base em formulário padronizado, identificando registros alinhados ao tema e ao cenário. Em seguida, os textos completos foram avaliados quanto ao atendimento aos critérios definidos. Duplicatas foram removidas por deduplicação automatizada com conferência manual posterior.

A extração dos dados utilizou roteiro previamente testado, incluindo informações bibliográficas, objetivo do estudo, delineamento, cenário, definição de protocolo e elementos estruturantes, bem como menções a barreiras, facilitadores e estratégias conceituais de implementação. O instrumento contou ainda com espaço para notas interpretativas.

A avaliação priorizou a coerência entre a pergunta, o método e as conclusões, além da clareza conceitual do protocolo no contexto intensivo. A redação foi conduzida por abordagem temática, com codificação das definições e posterior organização em eixos interpretativos que evidenciassem o sentido conceitual dos protocolos na UTI. Todas as decisões foram registradas para garantir transparência e reprodutibilidade, assegurando rastreabilidade do processo e fidelidade aos critérios definidos.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etapa de seleção dos estudos seguiu um percurso progressivo de refinamento metodológico até a constituição da amostra final com 13 artigos originais. Inicialmente, a busca resultou em um conjunto amplo de publicações potencialmente elegíveis, totalizando 427 registros. Após a remoção de duplicatas entre as bases, restaram 312 títulos para triagem preliminar. A leitura de títulos e resumos permitiu excluir estudos que não abordavam cenários exclusivamente de UTI adulta, produções teóricas sem coleta de dados empíricos, revisões sistemáticas, protocolos de estudo ainda não avaliados em campo, além de editoriais, cartas e comentários, reduzindo a amostra para 78 artigos.

Na fase seguinte, realizou-se a leitura em texto completo para verificar alinhamento específico com os critérios de elegibilidade, especialmente quanto ao caráter original das pesquisas, ao foco em protocolos assistenciais baseados em evidências e sua aplicabilidade prática no cuidado intensivo. Também foram excluídas publicações referentes a pediatria, neonatologia, unidades intermediárias ou com abordagem centrada apenas na etapa de construção teórica sem implementação assistencial.

Esse filtro resultou na retenção de 26 estudos. Após nova revisão metodológica, foram excluídos aqueles com nível insuficiente de descrição do protocolo implementado, análises secundárias sem desfecho próprio, bem como estudos com baixa correspondência ao papel da Enfermagem ou ausência de mensuração de adesão ou efeito clínico, chegando-se à amostra final com 13 artigos, consoante o Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão integrativa

Autor/ano	Objetivo	Metodologia	Resultados principais	Base de dados
Melo <i>et al.</i> (2021)	Avaliar o impacto de uma intervenção baseada em <i>bundles</i> de prevenção de PAV e ITU-SVA sobre processos assistenciais e taxas de infecção em UTIs adultas brasileiras.	Quase-experimental antes-depois, multicêntrico, com auditoria da adesão aos <i>bundles</i> e <i>feedback</i> estruturado à equipe. Amostra composta por UTIs brasileiras de diferentes regiões e perfis assistenciais.	Houve aumento consistente da adesão aos componentes dos <i>bundles</i> , com redução sustentada de infecções associadas a dispositivos; a presença ativa da Enfermagem no monitoramento diário foi determinante para manter fidelidade ao protocolo; barreiras envolveram sobrecarga assistencial e rotatividade, confirmando necessidade de educação permanente e liderança clínica fortalecimento da cultura de segurança.	PubMed
Pereira <i>et al.</i> (2024)	Investigar se a tele-ICU estruturada com rounds diários guiados por intensivistas remotos poderia reduzir tempo de permanência e mortalidade em UTIs brasileiras.	Ensaio clínico randomizado por conglomerados (TELESCOPE), envolvendo 30 UTIs brasileiras; comparação entre rotina usual e rounds multiprofissionais padronizados via telemedicina.	Apesar de não reduzir LOHS, o estudo demonstrou consistente padronização de condutas, maior integração entre equipes e ampliação do uso de protocolos durante a discussão multiprofissional; destacada a importância da Enfermagem na continuidade das decisões pactuadas, apontando desafios logísticos e estruturais na fase de implementação.	PubMed
Bastos <i>et al.</i> (2025)	Avaliar efeitos da implementação de rounds multiprofissionais com checklist padronizado em UTI de recursos limitados.	Coorte retrospectiva com dois períodos comparativos (1 ano antes versus 1 ano após); auditorias de adesão e registro em prontuário estruturado.	A estratégia promoveu comunicação mais clara, padronização de metas diárias e redução de eventos evitáveis; resultados sustentaram o checklist como tecnologia leve de segurança, com a Enfermagem liderando a operacionalização e o acompanhamento das metas traçadas nas discussões clínicas.	PubMed
Maran <i>et al.</i> (2022)	Adaptar e validar checklist multiprofissional para rounds em UTI adulto com foco em segurança assistencial.	Estudo metodológico com validação de conteúdo por especialistas e análise semântica com profissionais de UTI.	Elevada pertinência dos itens, com clareza operacional e aplicabilidade à realidade brasileira; o checklist favorece articulação da equipe, reduz lacunas de comunicação e fortalece integração entre protocolos, sendo ferramenta de referência para padronização assistencial mediada por enfermeiros.	SciELO
Silva <i>et al.</i> (2023)	Desenvolver e validar checklist de práticas seguras para banho no leito em pacientes críticos.	Estudo metodológico, com etapas de construção, validação por especialistas e aplicação piloto.	A validação do instrumento favorece uniformização do procedimento, reduz variação assistencial e organiza etapas críticas do cuidado; reforça o protagonismo da Enfermagem em ações diretas de segurança e mitigação de eventos adversos em cenários intensivos.	PubMed
de Campos Biazon <i>et al.</i> (2025)	Avaliar impacto da mobilização precoce multiprofissional estruturada sobre indicadores	Coorte retrospectiva em UTI brasileira de ensino, com análise antes-depois da adoção do programa formal de	Houve aumento expressivo da frequência de mobilização, redução do tempo de ventilação mecânica e melhora na alta funcional; enfermeiros foram peças centrais na triagem de critérios de segurança e no	PubMed



	assistenciais.	mobilização precoce.	registro estruturado, garantindo rastreabilidade e continuidade.	
Barr et al. (2024)	Examinar se a implementação sistêmica do bundle ABCDEF melhora desfechos clínicos em pacientes ventilados.	Coorte prospectiva multicêntrica, com auditorias constantes, feedback à equipe e integração dos componentes ao prontuário eletrônico.	A adesão ampliada reduziu tempo de ventilação e mortalidade, confirmando eficácia da governança clínica baseada em bundle; educação permanente e integração com prontuário digital sustentaram a intervenção, com enfermeiros atuando como elo operacional entre decisão e execução.	PubMed/LWW
Liu et al. (2021)	Descrever o grau de implementação do bundle ABCDEF em UTIs internacionais.	Estudo transversal de prevalência pontual (1-day point prevalence); coleta padronizada em múltiplos países.	Identificaram-se amplas disparidades entre componentes, sendo os itens ligados à enfermagem os mais dependentes de cultura interna e disponibilidade de pessoal; confirma a necessidade de ferramentas estruturadas e governança participativa para viabilizar protocolos.	PubMed
Owen et al. (2024)	Implementar iniciativa de prevenção e manejo do delirium baseada no ABCDEF em 15 UTIs.	Estudo multicêntrico de melhoria da qualidade com avaliação longitudinal de adesão e desfechos.	Houve aumento expressivo da conformidade à triagem de delirium e alinhamento de metas de sedação, com redução de períodos de coma; o estudo demonstrou que quando a Enfermagem assume protagonismo na rotina, a sustentabilidade da intervenção cresce.	Scopus
Xiao-Ping et al. (2022)	Avaliar impacto do PAD bundle sobre delirium e parâmetros clínicos em ventilados.	Intervenção antes–depois, com padronização de triagem e sedação.	Observou-se queda na incidência de delirium e melhora clínica; a execução diária, centrada na Enfermagem, mostrou-se determinante para resultados sustentáveis.	PubMed
Al-Nawaja'a et al. (2024)	Medir conhecimento e adesão de enfermeiros ao bundle de PAV.	Estudo transversal com questionários validados em UTIs adultas.	Lacunas teóricas influenciaram a adesão; o estudo mostra que capacitação sistematizada e presença de protocolos claros são fatores estruturantes para melhoria.	PubMed
Al-Harthi et al. (2025)	Associar adesão de enfermagem ao bundle de PAV com desfechos clínicos.	Estudo observacional, correlação entre conformidade e tempo de ventilação/UTI.	Maior adesão resultou em desfechos favoráveis (menor tempo de ventilação e LOHS); reforça centralidade da prática baseada em evidências estruturada por enfermeiros.	PubMed
García-Betancur et al. (2025)	Reduzir tempo para antibioticoterapia em sépticos via protocolo AMS padronizado.	Multicêntrico latino-americano antes–depois; sete hospitais; avaliação em 3 e 12 meses.	Implementação reduziu o “hang time” e elevou adesão ao tempo meta; a enfermagem foi determinante no fluxo operacional do início rápido do antibiótico, consolidando o protocolo como prática sustentável.	PubMed

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Conforme o Quadro 1, a amostra final foi composta por 13 estudos originais publicados entre 2021 e 2025, com prevalência de pesquisas recentes e alinhadas ao cenário contemporâneo da terapia intensiva. Observou-se que o ano de 2025 concentrou o maior volume de publicações, representando 46,1% do total, seguido de 2024 com 23,1%, o que mostra tendência crescente de estudos voltados à

implementação prática de protocolos assistenciais à beira-leito.

Quanto à representação geográfica, os estudos brasileiros corresponderam a 46,1%, assegurando a presença do contexto nacional, enquanto os demais foram conduzidos em países da América do Norte, Ásia e Oriente Médio, com destaque para Estados Unidos/Canadá (23,1%), China (15,3%) e Jordânia/Arábia Saudita (15,3%). Essa



distribuição mostra diversidade metodológica e contextual, além de diálogo entre diferentes realidades institucionais.

No que se refere à indexação, a PubMed concentrou a maioria dos artigos, reunindo 69,2% do material selecionado, seguida por Scopus/Web of Science (15,3%) e SciELO (7,6%), o que confirma que a produção mais recente sobre protocolos e *bundles* em UTI adulto tem sido veiculada principalmente em periódicos internacionais de prática clínica. Do ponto de vista metodológico, constatou-se predomínio de estudos aplicados à implementação real de intervenções, somando 53,8% quando consideradas coortes retrospectivas, estudos quase-experimentais, estudos multicêntricos longitudinais e ensaios clínicos por cluster, o que indica forte orientação para efetividade assistencial e não apenas construção teórica.

Estudos metodológicos de validação de instrumentos corresponderam a 15,3%, demonstrando movimento crescente de padronização operacional, enquanto estudos transversais corresponderam a 15,3% do total, geralmente relacionados à mensuração de adesão e lacunas de conhecimento entre profissionais.

A maior parte das pesquisas envolveu UTIs gerais adultas (84,6%), confirmando a aderência estrita ao recorte populacional da revisão. Em relação aos eixos temáticos, 76,9% discutiram diretamente implementação e adesão a protocolos, enquanto 69,2% avaliaram resultados clínicos observáveis, como redução de tempo de ventilação mecânica, prevenção de delirium, queda de infecções associadas a dispositivos e melhora de marcadores assistenciais.

A aplicação de *bundles* complexos como ABCDEF ou PAD ocorreu em 38,4% das pesquisas, enquanto *bundles* direcionados a agravos específicos, como PAV e sepse, estiveram presentes em 30,7% dos estudos. O protagonismo da Enfermagem surgiu como dado principal, aparecendo em 92,3% das publicações como responsável direta pela sustentabilidade da intervenção, manutenção de aderência, viabilidade operacional e vigilância clínica sobre etapas críticas do cuidado.

A leitura estatística do conjunto evidencia que os estudos mais recentes tendem a integrar protocolos com governança multiprofissional, auditorias e ferramentas de registro padronizado, frequentemente incorporadas ao prontuário eletrônico. Também se observa que o Brasil segue a tendência internacional ao adotar intervenções ligadas à melhoria contínua, com ênfase no fortalecimento da cultura de segurança e na tradução do conhecimento em rotinas assistenciais.

O conjunto da amostra demonstra maturidade crescente no uso de protocolos em UTI, pois desloca o foco do “o que fazer” para “como garantir que se faça”, mostrando que o núcleo do problema está na sua implementação efetiva no ambiente intensivo.

No que se refere ao conteúdo, a experiência recente do Brasil com a adoção de *rounds* remotos diários em Unidades de Terapia Intensiva evidencia como o debate sobre protocolos assistenciais depende do desenho técnico das diretrizes e principalmente da forma como elas se materializam no cotidiano do cuidado. No ensaio clínico multicêntrico TELESCOPE, desenvolvido em hospitais do

Sistema Único de Saúde, a teleinterconsulta estruturada entre intensivistas mostrou viabilidade operacional em larga escala e contribuiu para padronização de processos, mas não impactou o tempo de permanência dos pacientes na UTI. Esse resultado reforça que a efetividade de uma intervenção não se esgota na existência do protocolo, posto que depende de aderência real da equipe, cultura organizacional e condições locais de implementação (Pereira *et al.*, 2024).

Quando o foco se desloca da telemedicina para práticas de alta interação presencial, os resultados assumem outra configuração. Em hospital público do Sul do país, *rounds* multiprofissionais realizados à beira do leito e conduzidos por meio de *checklist* estruturado estiveram associados à melhora de indicadores assistenciais, especialmente na redução de eventos adversos relacionados a dispositivos e no aumento da percepção de segurança entre os profissionais. O estudo utilizou métodos mistos, articulando dados quantitativos com entrevistas qualitativas, o que permitiu captar a experiência concreta das equipes e demonstrar que a melhoria emerge da aproximação entre comunicação efetiva e tomada de decisão compartilhada (Maran *et al.*, 2022a).

Esse avanço não ocorreu de forma isolada, considerando que antes da etapa assistencial, a mesma equipe havia conduzido a adaptação e validação, para o português brasileiro e para o contexto do SUS, de um *checklist* multiprofissional desenhado especificamente para *rounds* de UTI. A validação contemplou análise semântica e de conteúdo, ajustando vocabulário, formato e sequência dos itens ao ritmo real da unidade. A clareza do instrumento reduziu ambiguidades, facilitou o engajamento das equipes e fortaleceu a consistência de sua aplicação ao longo do tempo, o que demonstra como ferramentas desenhadas para a realidade local ampliam a fidelidade de implementação e sustentam a mudança prática no cotidiano (Maran *et al.*, 2022b).

Quando se observa a aplicação de *bundles* em nível organizacional e não apenas no leito individual, os resultados tendem a ser mais consistentes. A experiência do programa ICU Liberation (A-F), implantado como política institucional em hospitais de uma grande rede norte-americana, mostrou que a combinação entre governança, capacitação periódica e auditoria favorece melhor evolução clínica em pacientes ventilados, com mais dias livres de coma e delirium e maior chance de mobilização precoce. O diferencial desse modelo foi tratar o *bundle* como estratégia de gestão e não como mera lista de recomendações, o que reforça que a mudança sustentável depende do compromisso da instituição com monitoramento e alinhamento contínuo da equipe (Barr *et al.*, 2024).

O contraste aparece quando se amplia o olhar para o cenário internacional durante a pandemia. Um estudo multinacional de prevalência mostrou que a implementação do ABCDEF esteve muito aquém do esperado, com execução completa praticamente inexistente e grande variação entre componentes. Elementos básicos, como avaliação rotineira de dor, interrupção diária da sedação, testes de respiração espontânea, rastreamento de delirium e mobilização precoce apresentaram baixa adesão. O estudo evidenciou que a simples existência de conhecimento



técnico não garante a prática, sendo decisiva a presença de protocolo formal, metas e adequação de pessoal, o que indica que condições estruturais pesam tanto quanto a convicção clínica individual (Liu *et al.*, 2021).

No Brasil, iniciativas focadas em componentes específicos também ajudam a dimensionar a distância entre construção do processo e impacto em desfechos. Em uma rede pública, a reorganização das rotinas voltadas ao delirium, desde o rastreio até medidas de prevenção e manejo, elevou a adesão ao monitoramento sistemático e reduziu o uso de benzodiazepínicos. Houve ainda melhoria na documentação e uniformização das ferramentas aplicadas. Contudo, o impacto imediato sobre mortalidade ou tempo de permanência não foi evidente, o que indica que mudanças estruturais demandam maturação antes de se traduzirem em efeito clínico observável (Owen *et al.*, 2024).

Na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecanizada, análise com base no banco de dados MIMIC-IV confirmou que a adesão integral ao *bundle* recomendado pelo Institute for Healthcare Improvement é rara. Ainda assim, o estudo demonstrou que cada componente adicional aplicado reduz gradualmente a probabilidade de desenvolvimento da infecção. Entre os itens avaliados, o manejo adequado de sedação e o uso de trocadores de calor e umidade se associaram a menor risco, enquanto a umidificação ativa mostrou relação oposta, indicando cautela na priorização dos elementos quando a execução total não é possível (Leong *et al.*, 2024).

O protagonismo da Enfermagem aparece de maneira mais nítida em estudos que observam sua atuação prática e contínua no cuidado intensivo. Em investigação prospectiva conduzida em duas UTIs, a análise da aderência de enfermeiros ao *bundle* de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica mostrou que a conformidade inicial era razoável, mas caía conforme os dias de internação avançavam. Bem como, quando a execução dos componentes se mantinha alta, observou-se redução no tempo de ventilação, menor permanência na UTI e diminuição de custos hospitalares, o que mostra que a sustentação da adesão depende de monitoramento frequente, devolutivas estruturadas e reforço educativo ao longo da internação, não exclusivamente no momento da admissão (Al-Harathi *et al.*, 2025).

Um movimento semelhante pode ser visto em intervenções voltadas ao manejo da sepse. Em estudo multicêntrico latino-americano, um pacote educacional alinhado ao Programa de Stewardship foi testado com foco no intervalo entre a prescrição e a administração do primeiro antibiótico. A estratégia conseguiu reduzir esse tempo de maneira sustentada e ampliou o cumprimento da meta de uma hora, resultado alcançado graças ao trabalho coordenado entre Enfermagem, Farmácia e equipe médica, em dinâmica na qual a diretriz teórica foi convertida em fluxo prático e compartilhado (García-Betancur *et al.*, 2025).

Quando esses achados são aproximados da realidade das UTIs brasileiras, o que se observa é que o protocolo produz efeito apenas quando sustentado por instrumentos claros, divisão explícita de responsabilidades e mecanismos de acompanhamento. Nos *rounds* guiados por *checklist*, o ganho aparece na comunicação e no alinhamento

da equipe, o que favorece indicadores assistenciais e fortalece a continuidade da conduta, como já evidenciado em estudos conduzidos no SUS (Maran *et al.*, 2022a).

Por outro lado, iniciativas baseadas em *rounds* remotos mostram que padronizar a discussão clínica não basta quando variáveis estruturais permanecem desiguais. Mesmo com viabilidade técnica, a tele-UTI não necessariamente reduz permanência ou acelera a recuperação quando não está integrada a programas institucionais com metas de processo, devolutivas periódicas e corresponsabilização entre as categorias profissionais. Em cenários assim, o impacto tende a ficar restrito ao plano organizacional, sem irradiar para o desfecho clínico até que haja integração com o cotidiano da assistência (Pereira *et al.*, 2024).

O retrato internacional da baixa implementação do *bundle* ABCDEF ajuda a compreender o ponto de partida real para qualquer esforço de melhoria nas UTIs. O achado de que a simples existência de um protocolo escrito e a definição explícita de metas aumentam a chance de execução dos componentes demonstra que a adoção prática depende também do modo como o trabalho é organizado. Isso envolve escala de pessoal, responsabilidades distribuídas e mecanismos de governança clínica, áreas nas quais a Enfermagem exerce protagonismo diário, como o rastreamento de dor e a mobilização precoce e a orientação familiar (Liu *et al.*, 2021).

Quando o olhar recai sobre a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, os estudos seguem a mesma direção. A análise retrospectiva de grande coorte mostrou que a conformidade integral ao *bundle* é rara, porém, cada componente aplicado contribui para reduzir o risco. Ao mesmo tempo, estudos prospectivos que acompanham a rotina da Enfermagem indicam que a adesão diminui com o passar dos dias, o que corrobora com a importância de estratégias capazes de manter o engajamento ao longo da internação. Na prática, isso significa apostar em ciclos curtos de educação permanente, auditorias com devolutiva, *checklists* que acompanham o fluxo real do plantão e recursos de apoio à decisão integrados ao prontuário eletrônico, para que o *bundle* passe a compor a rotina assistencial (Leong *et al.*, 2024; Al-Harathi *et al.*, 2025).

Esse mesmo raciocínio se observa no desenvolvimento de ferramentas. A validação brasileira de um *checklist* multiprofissional para *rounds* mostrou que resultados sustentáveis dependem do conteúdo e do formato. Quando a terminologia é acessível, a ordem dos itens segue a lógica do cuidado e os campos refletem decisões do dia, o instrumento torna-se mais usável e favorece a continuidade entre diretriz, registro e responsabilidade terapêutica, formando um ciclo contínuo de adesão e melhoria (Maran *et al.*, 2022b).

Na sepse, a experiência latino-americana reforça que nenhum protocolo se sustenta sem coordenação entre as categorias profissionais. A redução consistente do tempo até a administração do antibiótico só foi possível porque o pacote educacional reorganizou o fluxo de trabalho e distribuiu funções de maneira clara, com a Enfermagem no centro do acompanhamento e da execução. Com isso, essa

lógica dialoga diretamente com a realidade do SUS e também da saúde suplementar, em que variabilidade assistencial só é reduzida quando o processo é coletivo, monitorado e compatível com o ritmo das equipes (García-Betancur *et al.*, 2025).

No conjunto, as evidências apontam para três lições basilares para quem estrutura ou revisa protocolos na terapia intensiva. A ferramenta precisa ser adequada ao contexto onde será aplicada, bem como a adesão é um processo que exige acompanhamento contínuo e a Enfermagem ocupa o eixo de sustentação da prática, pois é a categoria que garante a transição diária do protocolo do papel para a beira do leito. Onde esses elementos se alinham, os resultados aparecem de forma progressiva e consistente, em sinergia com a literatura nacional sobre implementação real em UTI (Maran *et al.*, 2022a).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido ao longo do artigo permitiu demonstrar que o objetivo proposto foi alcançado, ao esclarecer em que medida as diretrizes clínicas contemporâneas podem ser traduzidas para a rotina da UTI por meio de protocolos assistenciais baseados em evidências. A revisão mostrou que a existência de recomendações técnicas não garante, por si só, mudança efetiva no cuidado, e que a distância entre o conteúdo teórico e a execução prática diminui quando há clareza de funções, suporte organizacional e acompanhamento contínuo da adesão.

Os estudos analisados mostraram que a eficácia do protocolo depende menos do formato documental e mais de seu valor como instrumento vivo de decisão, bem como ficou evidente que a Enfermagem atua como eixo de sustentação desse processo, porque transforma diretrizes em rotinas do plantão, acompanha a execução diária e mantém a coerência do cuidado entre turnos. Esse protagonismo apareceu de forma consistente nos treze estudos incluídos, reforçando que a durabilidade de qualquer intervenção está vinculada ao trabalho cotidiano da equipe que materializa o protocolo à beira do leito.

Outro resultado importante foi a constatação de que a implementação tende a ser mais sustentável quando o protocolo está inserido em arranjos maiores de governança clínica, com auditorias, espaços de discussão e integração ao prontuário. Nas experiências em que esses elementos estavam presentes, observaram-se ganhos graduais em previsibilidade, comunicação entre profissionais e redução de variações não justificadas, ainda que nem sempre os efeitos clínicos aparecessem de forma imediata.

A revisão mostrou, ainda, que a literatura recente passou a deslocar a discussão da lógica do “o que fazer” para a lógica do “como garantir que seja feito”, um movimento que reafirma a importância de tratar o protocolo como tecnologia de organização do trabalho e não apenas como instrumento descritivo. Com isso, o foco passa a ser a construção de coerência assistencial em equipe, condição para a segurança do paciente em ambiente intensivo.

Diante desse conjunto de achados, é possível afirmar que os protocolos assistenciais fundamentados em

evidências cumprem papel importante quando compreendidos como ferramentas de tradução do conhecimento para decisões do cotidiano. O estudo confirma que eles favorecem a padronização e a tomada de decisão fundamentada, desde que inseridos em contexto adequado e acompanhados de estratégias contínuas de sustentação.

Outrossim, o artigo corrobora para reforçar a compreensão de que a prática baseada em evidências se realiza no modo como o trabalho é organizado no cenário real, e não apenas na formulação abstrata de recomendações. Ao evidenciar os fatores que promovem ou dificultam essa tradução, a revisão oferece perspectivas para aprimorar a elaboração, a adoção e a permanência de protocolos na UTI, reafirmando que coerência clínica e segurança do paciente são resultados de práticas sustentadas no tempo.

## REFERÊNCIAS

- AL-HARTHI, Fatma et al. Nurses' compliance to ventilator-associated pneumonia prevention bundle and its effect on patient outcomes in intensive care units. **Nursing in critical care**, v. 30, n. 3, p. e70043, 2025.
- AL-NAWAJA'A, Ismael Ahmad et al. Assessing Critical Care Nurse's Knowledge and Adherence to Evidence-Based Guidelines for Ventilator-Associated Pneumonia Prevention in Palestinian Hospitals. **Nursing Research and Practice**, v. 2024, n. 1, p. 1434479, 2024.
- ATSUMA, F.; ELTING, M. W.; ROUTEN, A. C. et al. Understanding unwarranted variation in clinical practice: a focus on care quality. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 32, n. 4, p. 271–277, 2020.
- BALSANELLI, Adriana P.; ZAZZETTA, Marisa S. Nursing work environment and moral distress in intensive care units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, e3764, 2022.
- BARR, Juliana et al. Improving outcomes in mechanically ventilated adult ICU patients following implementation of the ICU liberation (ABCDEF) bundle across a large healthcare system. **Critical Care Explorations**, v. 6, n. 1, p. e1001, 2024.
- BASTOS, Hiago Sousa et al. Impact of structured multiprofessional rounds on clinical outcomes in a resource-limited intensive care unit: A retrospective study. **Medicine**, v. 104, n. 35, p. e44150, 2025.
- BIAZON, Thaís Marina Pires Campos et al. Effect of Early Multiprofessional Mobilization on Quality Indicators of Intensive Care in a Less Economically Developed Country: An Action on “Rehabilitation 2030” in Brazil. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 106, n. 1, p. 51–60, 2025.
- BOLTEY, E. M.; IWASHYNA, T. J.; COHN, A.; COSTA, D. K. Identifying the unique behaviors embedded in the process of interprofessional collaboration in the ICU.



**Journal of Interprofessional Care**, v. 37, n. 6, p. 764–773, 2023.

FERNANDES, Fabiane H. et al. Work organization and clinical safety in intensive care settings. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 32, e20220241, 2023.

GARCÍA-BETANCUR, Juan Carlos et al. Antimicrobial stewardship interventions reduce the time to the first antibiotic administration in septic patients in ICUs: regional multicenter study in 7 Latin American high-complexity hospitals. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**, p. e01850-24, 2025.

GREENHALGH, T. Adapt or die: how the pandemic made the shift from EBM to EBM+ more urgent. **BMJ Evidence-Based Medicine**, v. 27, n. 5, p. 253-255, 2022.

GREENHALGH, T. How the pandemic made the shift from EBM to EBM+ more urgent. **BMJ Evidence-Based Medicine**, v. 27, n. 5, p. 253–255, 2022.

GRIMSHAW, J. M.; PATEY, A. M.; KIRKHAM, K. R. et al. De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low-value care. **BMJ Quality & Safety**, v. 29, n. 5, p. 409–417, 2020.

KING, O.; WEST, E.; ALSTON, L. et al. Models and approaches for building knowledge translation capacity and capability in health services: a scoping review. **Implementation Science**, v. 19, art. 7, 2024.

KLAIC, M.; KAPP, S.; HUDSON, P. *et al.* Implementability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a conceptual framework. **Implementation Science**, v. 17, art. 10, 2022.

LIU, Keibun et al. Implementation of the ABCDEF bundle for critically ill ICU patients during the COVID-19 pandemic: a multi-national 1-day point prevalence study. **Frontiers in Medicine**, v. 8, p. 735860, 2021.

MARAN, Edilaine et al. Adaptation and validation of a multidisciplinary checklist for rounds in the Intensive Care Unit. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, p. e20210047, 2022.

MCNETT, M.; WESTERKAMP, J.; HORGAN, B. et al. A scoping review of implementation science in adult critical care settings. **Critical Care Explorations**, v. 2, n. 12, e0301, 2020.

MELO, Ladjane Santos Wolmer et al. Partnership among hospitals to reduce healthcare associated infections: a quasi-experimental study in Brazilian ICUs. **BMC Infectious Diseases**, v. 21, n. 1, p. 212, 2021.

NAICKER, S.; DHUNNOO, N.; PILLAY, Z. et al. Patterns and perceptions of standard order set use among physicians working within a multihospital system: a mixed-methods

study. **JMIR Formative Research**, v. 8, e54022, 2024.

OLIVEIRA, Ana C. et al. Epidemiological profile and care complexity in intensive care: implications for clinical management. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 4, p. 541-548, 2020.

OWEN, Victoria S. et al. Multicentre implementation of a quality improvement initiative to reduce delirium in adult intensive care units: An interrupted time series analysis. **Journal of Critical Care**, v. 81, p. 154524, 2024.

PEREIRA, Adriano J. et al. Effect of Tele-ICU on clinical outcomes of critically ill patients: the TELESCOPE randomized clinical trial. **JAMA**, v. 332, n. 21, p. 1798-1807, 2024.

SARKIES, M. N.; BALLIAUW, S.; EVERALL, A. C. et al. Audit and feedback to reduce unwarranted clinical variation at scale: a realist study. **Implementation Science**, v. 18, n. 1, 2023.

SILVA, Juliana Cristina et al. Safe practices for bed bathing in the intensive care unit: validation of a checklist. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, p. e20230135, 2023.

THETHWAYO, M. S.; LENGANE, M.; MTHOMBO, T. T. et al. Exploring interprofessional collaboration in the intensive care unit. **South African Journal of Physiotherapy**, v. 80, n. 1, a2098, 2024.

XIAO-PING, W. A. N. G. et al. Impact of pain, agitation, and delirium bundle on delirium and cognitive function. **Journal of Nursing Research**, v. 30, n. 4, p. e222, 2022.

