

**DELIRIUM EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: FATORES PREDISPONENTES,
RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO**

**DELIRIUM IN HOSPITALIZED PATIENTS: PREDISPOSING FACTORS, RECOGNITION,
AND PREVENTION**

 <https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-233>

Submetido em: 08/10/2026 e Publicado em: 16/10/2026

SAS: e26460

Rafaella Yokota Guedes

Estudante de Medicina

Unievangélica

E-mail: Rafa.yokota@gmail.com

Amanda Estéphane da Costa Pinto

Estudante de Medicina

Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA)

E-mail: amandacostae_@outlook.com

Carlos Humberto de Sousa Neto

Estudante de Medicina

Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES) — Campus Trindade

E-mail: chsneto@academico.unifimes.edu.br

Frederico Souza Silva

Médico

Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA)

E-mail: freedinss@gmail.com

Vítor Morais Machado

Estudante de Medicina

Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) — Alfenas

E-mail: moraismachadovitor@gmail.com

Karine Harumi de Castro Shimasaki

Estudante de Medicina

Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA)

E-mail: karineharumis@outlook.com

Gabriel Ferreira de Sena Pedro

Estudante de Medicina

Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA)

E-mail: gabrielsenap456@gmail.com



Bruna Alves Ferreira

Estudante de Medicina

Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA)

E-mail: brunaferreiralves@gmail.com

Marina Curado Taveira

Estudante de Medicina

Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA) — Anápolis, GO

E-mail: marinacuradotaveira@gmail.com

Amanda Fernandes Borges de Araújo Batista

Estudante de Medicina — 12º período

Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA)

E-mail: amandafernandesbaraujo@gmail.com

Resumo

O delirium em pacientes hospitalizados caracteriza-se por alteração aguda e flutuante da atenção, da consciência e da cognição, decorrente da interação entre vulnerabilidade prévia e fatores desencadeantes. O estudo apresenta uma revisão narrativa da literatura e objetiva analisar os fatores predisponentes e precipitantes, o reconhecimento e as estratégias de prevenção dessa síndrome em adultos hospitalizados. A metodologia compreende consulta dirigida a publicações indexadas no PubMed e a diretrizes institucionais, com seleção de sete documentos publicados entre 2018 e 2025 e síntese qualitativa dos achados. A análise identifica comprometimento cognitivo prévio, comorbidades, doenças agudas e exposições farmacológicas entre os fatores associados ao delirium. O reconhecimento exige atenção às manifestações hipoativas e utilização de instrumentos adequados ao cenário assistencial. A síntese aponta evidência favorável à prevenção não farmacológica multicomponente em pacientes fora da terapia intensiva, com redução relativa estimada de 43% na ocorrência da síndrome, sem benefício conclusivo sobre mortalidade. A discussão ressalta as limitações da extrapolação desses resultados para pacientes críticos e da adoção indiscriminada de intervenções farmacológicas. O estudo conclui que a assistência deve integrar avaliação individualizada de risco, vigilância do estado mental e execução de medidas preventivas, respeitando as particularidades clínicas e os limites das evidências disponíveis.

Palavras-chave: Diagnóstico; Delirium; Fatores de risco; Hospitalização; Prevenção.

Abstract

Delirium in hospitalized patients is characterized by acute and fluctuating changes in attention, awareness, and cognition, resulting from the interaction between pre-existing vulnerability and triggering factors. This study presents a narrative literature review and aims to analyze the predisposing and precipitating factors, recognition, and prevention strategies for this syndrome in hospitalized adults. The methodology comprises



a targeted consultation of publications indexed in PubMed and institutional guidelines, with the selection of seven documents published between 2018 and 2025 and a qualitative synthesis of the findings. The analysis identifies pre-existing cognitive impairment, comorbidities, acute illnesses, and medication exposure among the factors associated with delirium. Recognition requires attention to hypoactive manifestations and the use of assessment tools appropriate to the care setting. The synthesis indicates evidence supporting multicomponent non-pharmacological prevention in patients outside intensive care, with an estimated relative reduction of 43% in syndrome occurrence, without conclusive evidence of a mortality benefit. The discussion emphasizes the limitations of extrapolating these findings to critically ill patients and of indiscriminately adopting pharmacological interventions. The study concludes that care should integrate individualized risk assessment, monitoring of mental status, and implementation of preventive measures, while considering clinical characteristics and the limitations of the available evidence.

Keywords: Diagnosis; Delirium; Hospitalization; Prevention; Risk factors.

1 INTRODUÇÃO

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica caracterizada por alteração aguda e flutuante da atenção, da consciência e da cognição, associada a condições clínicas, exposição a medicamentos ou outros fatores desencadeantes. Sua identificação exige reconhecer uma mudança em relação ao funcionamento habitual do paciente, especialmente quando existe comprometimento cognitivo prévio. No ambiente hospitalar, a interação entre vulnerabilidade individual e agressões agudas torna o delirium uma condição relevante para a avaliação e a organização do cuidado (Wilson *et al.*, 2020).

O desenvolvimento da síndrome envolve fatores predisponentes e precipitantes. O comprometimento cognitivo prévio, as doenças neurológicas e as comorbidades podem aumentar a vulnerabilidade, enquanto doenças agudas, alterações metabólicas, intervenções cirúrgicas e exposições farmacológicas podem contribuir para o desencadeamento do episódio. A diversidade dessas condições reforça a necessidade de avaliação individualizada, pois uma mesma apresentação clínica pode decorrer de mecanismos e combinações de fatores distintos (Ormseth *et al.*, 2023).

O reconhecimento pode ser dificultado pela ausência de agitação. Na apresentação hipoativa, o paciente pode demonstrar retraimento, lentificação das respostas e redução da mobilidade, alterações que frequentemente passam despercebidas. A observação de mudanças recentes ou flutuantes, associada ao emprego de instrumentos adequados ao cenário assistencial, contribui para a identificação da síndrome e para a investigação de suas causas (National Institute for Health and Care Excellence, 2023). A prevenção constitui uma dimensão fundamental do cuidado. Em adultos hospitalizados fora da terapia intensiva, a revisão de Burton *et al.* (2021) encontrou evidência de certeza moderada de que intervenções não



farmacológicas multicomponentes reduzem a ocorrência de delirium. Esse achado sustenta a incorporação de medidas preventivas à assistência, embora seus resultados devam ser interpretados conforme a população estudada e as limitações da evidência disponível.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, os fatores predisponentes e precipitantes do delirium em adultos hospitalizados, os recursos para seu reconhecimento e as estratégias de prevenção, considerando as particularidades das enfermarias e das unidades de terapia intensiva.

2 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, direcionada à análise dos fatores predisponentes e precipitantes, do reconhecimento e da prevenção do delirium em adultos hospitalizados. Esse delineamento permite discutir publicações com diferentes desenhos metodológicos e relacionar seus achados às particularidades da assistência em enfermarias e unidades de terapia intensiva.

A consulta às fontes foi realizada em outubro de 2026, mediante buscas dirigidas para localizar publicações indexadas no PubMed e documentos disponíveis nas páginas oficiais do National Institute for Health and Care Excellence e da Society of Critical Care Medicine. Foram empregados termos em inglês relacionados ao tema, como “delirium”, “hospitalized adults”, “predisposing factors”, “precipitating factors”, “delirium recognition” e “delirium prevention”, além de consultas específicas sobre instrumentos de avaliação e diretrizes assistenciais.

A seleção considerou a pertinência ao objetivo do estudo, a identificação bibliográfica verificável e a disponibilidade de informações suficientes para análise. Foram priorizadas publicações sobre adultos hospitalizados que abordassem fatores de risco, reconhecimento clínico, instrumentos de avaliação ou intervenções preventivas. O conjunto consultado compreendeu sete documentos publicados entre 2018 e 2025, incluindo revisões da literatura, revisões sistemáticas com metanálise e diretrizes clínicas. A diretriz de 2018 foi mantida como referência complementar à atualização de 2025.

A análise utilizou os resumos científicos, os registros bibliográficos e as recomendações públicas acessíveis, sem pressupor consulta integral às publicações com acesso restrito. A síntese foi organizada em três eixos: fatores predisponentes e precipitantes; reconhecimento e avaliação; e estratégias de prevenção. A interpretação considerou o cenário assistencial, a população investigada e as limitações descritas nas fontes, distinguindo as evidências referentes às enfermarias daquelas produzidas em terapia intensiva.

Por se tratar de revisão narrativa, o estudo não realizou busca exaustiva, seleção independente por múltiplos revisores, avaliação formal do risco de viés ou metanálise própria. Os dados quantitativos discutidos correspondem aos resultados das publicações consultadas. O trabalho utilizou exclusivamente



informações científicas publicadas, sem recrutamento de participantes, intervenção ou acesso a dados pessoais identificáveis, não envolvendo coleta primária que exigisse aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura consultada apresenta o delirium como uma síndrome de origem multifatorial, cuja ocorrência depende da interação entre vulnerabilidade prévia e condições desencadeantes. O comprometimento cognitivo anterior à internação constitui um exemplo de predisposição, enquanto uma doença aguda pode atuar como fator precipitante. Essa relação ajuda a compreender por que pacientes com condições clínicas aparentemente semelhantes podem apresentar respostas distintas durante a hospitalização. A revisão de Wilson *et al.* (2020) descreve mecanismos potencialmente envolvidos, como neuroinflamação, alterações do metabolismo cerebral, desequilíbrio de neurotransmissores e comprometimento da conectividade neuronal. A diversidade desses mecanismos reforça a necessidade de investigar o contexto clínico de cada episódio, evitando atribuir toda alteração cognitiva a uma única causa.

A revisão sistemática de Ormseth *et al.* (2023), composta por 315 estudos e 101.144 participantes, identificou 33 fatores predisponentes e 112 precipitantes associados ao delirium. Entre as condições relacionadas à vulnerabilidade estão comprometimento cognitivo, doenças neurológicas, comorbidades e polifarmácia. Os fatores precipitantes abrangem condições cirúrgicas, doenças sistêmicas, disfunções orgânicas, alterações metabólicas, exposições farmacológicas e fatores ambientais ou iatrogênicos. Entretanto, a heterogeneidade dos estudos impediu a realização de uma metanálise nessa revisão. Consequentemente, a identificação de uma associação não permite estabelecer a mesma intensidade de risco para todas as condições nem comprovar causalidade em cada caso. Esses achados sustentam uma avaliação individualizada, orientada pela história clínica e pela relação temporal entre as exposições e o início dos sintomas.

Na terapia intensiva, a diretriz PADIS destaca idade avançada, demência, coma prévio e maior gravidade clínica entre os fatores associados ao delirium, além da exposição a benzodiazepínicos como fator potencialmente modificável. Nesse contexto, a revisão medicamentosa integra a avaliação do risco e deve considerar a indicação dos fármacos e as necessidades de sedação. A mesma diretriz recomenda avaliação regular com instrumento validado, o que demonstra a importância de associar a identificação de fatores de risco à observação do estado mental durante a internação. A presença de vulnerabilidade, por si só, não confirma delirium, mas orienta a atenção da equipe para mudanças clínicas que exigem investigação (Devlin *et al.*, 2018).

O reconhecimento do delirium exige atenção às alterações recentes e à flutuação dos sintomas. A apresentação hipoativa merece destaque porque pode envolver retraimento, lentificação das respostas,



redução da mobilidade, piora da concentração e diminuição do apetite, sem a agitação que costuma motivar avaliação imediata. A diretriz do National Institute for Health and Care Excellence (2023) recomenda vigilância para essas manifestações e aplicação do 4AT quando forem identificados indicadores da síndrome. Em terapia intensiva ou na recuperação após cirurgia, orienta utilizar o Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit, denominado CAM-ICU, ou o Intensive Care Delirium Screening Checklist, denominado ICDSC. A escolha do instrumento deve, portanto, acompanhar o cenário assistencial, em vez de se apoiar na aplicação indistinta de um único teste a todos os pacientes.

A revisão sistemática com metanálise de Tieges *et al.* (2021) reuniu 17 estudos e 3.702 observações, encontrando sensibilidade e especificidade combinadas de 88% para o 4AT na identificação de delirium em pessoas idosas. O desempenho encontrado favorece seu emprego como recurso de avaliação, mas não elimina a possibilidade de resultados falsos positivos ou falsos negativos. A interpretação também precisa respeitar as características da população estudada, pois essas estimativas não representam desempenho garantido em qualquer grupo hospitalar. Na discussão desta revisão, o instrumento deve ser compreendido como parte da avaliação clínica: seu resultado precisa ser relacionado ao estado habitual do paciente, ao início da alteração e às condições presentes durante o exame. A padronização auxilia o reconhecimento, mas não substitui a investigação das possíveis causas.

A evidência quantitativa mais diretamente relacionada à prevenção em enfermarias foi apresentada por Burton *et al.* (2021). A revisão Cochrane incluiu 22 ensaios clínicos randomizados, com 5.718 adultos hospitalizados fora da terapia intensiva. Na análise das intervenções não farmacológicas multicomponentes, composta por 14 estudos e 3.693 participantes, a incidência de delirium foi de 10,5% no grupo intervenção e de 18,4% no grupo controle. O risco relativo de 0,57 correspondeu a uma redução relativa estimada de 43%, com certeza moderada da evidência. Esses resultados favorecem a prevenção organizada por conjuntos de medidas. Contudo, o efeito observado não demonstra que cada componente, isoladamente, produza o mesmo benefício, nem permite assegurar uma redução equivalente em todos os serviços. A revisão também não demonstrou benefício conclusivo sobre mortalidade, o que limita afirmações sobre melhora de sobrevida.

A prevenção deve considerar necessidades como hidratação, mobilidade, controle da dor, revisão medicamentosa, suporte nutricional, limitações sensoriais e alterações do sono. A recomendação do National Institute for Health and Care Excellence (2023) organiza a intervenção em torno desses fatores clínicos, permitindo direcionar o cuidado às necessidades identificadas. Como interpretação assistencial, essa abordagem exige que o serviço transforme recomendações em ações observáveis e defina responsabilidades pela sua execução. A presença de um protocolo escrito não demonstra, por si só, que o paciente recebeu as medidas previstas. Assim, acompanhar a realização dos cuidados e registrar os motivos



que impedem sua aplicação pode contribuir para avaliar a implementação, embora a presente revisão não tenha investigado a eficácia de um protocolo institucional próprio.

As recomendações para pacientes críticos exigem interpretação específica. A atualização de Lewis *et al.* (2025) sugere dexmedetomidina em preferência ao propofol para sedação de adultos sob ventilação mecânica quando sedação leve ou redução de delirium constituem prioridades. Essa orientação é condicional e se refere a uma decisão de sedação em uma população delimitada. O documento também apresenta recomendação condicional de melatonina, com baixa certeza da evidência, e não conseguiu estabelecer recomendação a favor ou contra antipsicóticos para tratamento do delirium na UTI. Portanto, a atualização não fundamenta a adoção indiscriminada de uma estratégia medicamentosa para todos os pacientes hospitalizados. A indicação deve preservar a distinção entre escolha de sedação, prevenção da síndrome e tratamento de um episódio já estabelecido. www.sccm.org

A diretriz de Devlin *et al.* (2018) sugere não utilizar haloperidol, antipsicóticos atípicos, dexmedetomidina, estatinas ou cetamina para prevenir delirium em todos os adultos críticos. Também recomenda intervenção não farmacológica multicomponente. A leitura conjunta dessa diretriz e de sua atualização mostra que uma recomendação direcionada à escolha de sedação não equivale à indicação de profilaxia universal. Para a discussão do presente estudo, essa distinção é essencial: as decisões farmacológicas precisam permanecer vinculadas ao contexto clínico, enquanto a organização preventiva deve contemplar avaliação do risco, reconhecimento de alterações e execução de medidas individualizadas.

A análise apresentada possui limitações decorrentes do delineamento narrativo, da seleção dirigida de sete documentos e da ausência de avaliação formal do risco de viés. Além disso, a consulta a resumos e recomendações públicas não oferece o mesmo detalhamento metodológico da leitura integral de todas as publicações. As diferenças entre enfermarias e terapia intensiva, bem como entre populações e intervenções, restringem comparações diretas. A contribuição desta revisão consiste em organizar as evidências consultadas e explicitar seus limites de aplicação. Como proposta derivada dessa síntese, a assistência pode integrar avaliação inicial de risco, observação das mudanças do estado mental e acompanhamento das medidas preventivas, sem interpretar essa proposta como um protocolo cuja eficácia tenha sido demonstrada pelo presente trabalho.

4 CONCLUSÃO

A revisão evidencia que o delirium em adultos hospitalizados envolve a interação entre vulnerabilidade prévia e fatores precipitantes associados à doença aguda e ao cuidado hospitalar. O reconhecimento exige atenção às mudanças recentes e flutuantes do estado mental, incluindo manifestações hipoativas, que podem passar despercebidas pela ausência de agitação. O emprego de instrumentos



adequados ao cenário assistencial contribui para a identificação da síndrome, desde que integrado à avaliação clínica e à investigação das condições desencadeantes.

A prevenção não farmacológica multicomponente constitui uma estratégia apoiada pelas evidências consultadas, especialmente em pacientes hospitalizados fora da terapia intensiva. Sua aplicação deve considerar as necessidades individuais e integrar medidas de orientação, mobilidade, hidratação, proteção do sono e revisão medicamentosa. Entretanto, os resultados encontrados não permitem assegurar benefício sobre mortalidade nem extrapolar a mesma magnitude de efeito para todas as populações hospitalares. Na terapia intensiva, as decisões farmacológicas exigem avaliação específica, respeitando as indicações e as limitações das recomendações disponíveis.

O estudo atende ao objetivo de discutir os fatores relacionados ao delirium, seu reconhecimento e as possibilidades de prevenção, oferecendo uma síntese para a organização da assistência. Apesar das limitações da revisão narrativa, a análise sustenta a incorporação da avaliação de risco e da vigilância do estado mental à rotina hospitalar. A efetividade dessa organização deve ser acompanhada no próprio serviço, considerando a execução das medidas preventivas e os resultados clínicos observados.

REFERÊNCIAS

BURTON, J. K. et al. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, art. CD013307, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD013307.pub3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34826144/>. Acesso em: 3 out. 2026.

DEVLIN, J. W. et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 9, p. e825–e873, 2018. Disponível em: <https://sccm.org/clinical-resources/guidelines/guidelines/guidelines-for-the-prevention-and-management-of-pa>. Acesso em: 3 out. 2026.

LEWIS, K. et al. A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 53, n. 3, p. e711–e727, 2025. Disponível em: <https://www.sccm.org/clinical-resources/guidelines/guidelines/focused-update-padis-guideline>. Acesso em: 3 out. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Delirium**: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. London: NICE, 2023. Clinical guideline CG103. Publicação original de 2010, atualizada em 18 jan. 2023. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>. Acesso em: 3 out. 2026.

ORMSETH, C. H. et al. Predisposing and precipitating factors associated with delirium: a systematic review. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 1, art. e2249950, 2023. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.49950. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2800112>. Acesso em: 3 out. 2026.



TIEGES, Z. et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. **Age and Ageing**, v. 50, n. 3, p. 733–743, 2021. DOI: 10.1093/ageing/afaa224. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33951145/>. Acesso em: 3 out. 2026.

WILSON, J. E. et al. Delirium. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 6, art. 90, 2020. DOI: 10.1038/s41572-020-00223-4. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41572-020-00223-4>. Acesso em: 3 out. 2026.