www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/nm9m3c84

Delirium em pacientes hospitalizados: desafios no reconhecimento precoce e estratégias de prevenção na Clínica Médica.

Delirium in hospitalized patients: challenges in early recognition and prevention strategies in internal medicine.

Vinícius Rodrigues Fernandes[1]
Ester Maria de Almeida Costa[2]
André Pereira Lopes Rúbio[3]

RESUMO

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda e flutuante, cujo reconhecimento durante a hospitalização representa um desafio para as equipes de Clínica Médica. Objetivou-se analisar as dificuldades de identificação precoce e as estratégias de prevenção do delirium em pacientes hospitalizados. Realizou-se revisão narrativa da literatura, com seleção focalizada de estudos de acurácia diagnóstica, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas, complementada por conferência bibliográfica em novembro de 2026. As evidências indicam que o desempenho do Confusion Assessment Method (CAM) e do 4 'A's Test (4AT) varia conforme a população e as condições de aplicação, sendo indispensável a avaliação clínica para o diagnóstico. Intervenções não farmacológicas multicomponentes apresentam resultados favoráveis na redução da incidência de delirium, embora persistam incertezas quanto à efetividade de componentes isolados e a desfechos secundários. Conclui-se que o reconhecimento oportuno e a prevenção exigem avaliação contextualizada e organização multiprofissional. A natureza narrativa, a seleção não

[1] Graduado em Medicina. Universidade de Uberaba – UNIUBE. Uberaba, MG.
[2] Residente em Clínica Médica. Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca. Franca, SP.
[3] Residente em Clínica Médica. Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca. Franca, SP.

exaustiva e a ausência de registros quantitativos das buscas iniciais limitam a reprodutibilidade das conclusões.
Palavras-chave: Delirium. Diagnóstico Precoce. Prevenção de Doenças.

ABSTRACT

Delirium is an acute and fluctuating neuropsychiatric syndrome whose recognition during hospitalization poses a challenge for internal medicine teams. This study aimed to examine barriers to early identification and strategies for preventing delirium in hospitalized patients. A narrative literature review was conducted, using a focused selection of diagnostic accuracy studies, systematic reviews, and clinical guidelines, supplemented by bibliographic verification in November 2026. Evidence indicates that the performance of the Confusion Assessment Method (CAM) and the 4 'A's Test (4AT) varies across populations and administration conditions; clinical assessment remains essential for diagnosis. Multicomponent non-pharmacological interventions show favorable results in reducing delirium incidence, although uncertainty remains regarding individual components and secondary outcomes. Timely recognition and prevention therefore require contextualized assessment and coordinated multidisciplinary care. The narrative design, non-exhaustive selection, and absence of quantitative records from the initial searches limit the reproducibility of the conclusions.
Keywords: Delirium. Early Diagnosis. Disease Prevention.

1 INTRODUÇÃO

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica de instalação aguda e curso frequentemente flutuante, caracterizada por alterações da atenção, da consciência e de outras funções cognitivas. No ambiente hospitalar, sua identificação constitui um desafio assistencial, sobretudo nas enfermarias de Clínica Médica, que recebem pacientes com condições agudas, comorbidades e diferentes graus de vulnerabilidade. As recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2023) ressaltam a importância de reconhecer mudanças recentes no estado mental durante a internação.

A relevância do tema ultrapassa o reconhecimento de uma alteração cognitiva transitória. O delirium está associado a maior complexidade do cuidado e a desfechos clínicos desfavoráveis, embora tais associações devam ser interpretadas considerando a gravidade das doenças e as

condições prévias dos pacientes. Assim, a avaliação da síndrome integra a segurança assistencial e exige atenção ao contexto clínico em que os sintomas surgem (NICE, 2023).

Apesar de sua importância, o delirium pode permanecer não identificado na rotina hospitalar. A flutuação das manifestações, a coexistência de comprometimento cognitivo anterior e a dificuldade de reconhecer alterações discretas contribuem para esse problema. A questão não se limita à disponibilidade de instrumentos de avaliação: envolve também a capacidade de reconhecer mudanças em relação ao funcionamento habitual do paciente e de integrar essa informação às decisões clínicas (NICE, 2023).

Ferramentas padronizadas, como o Confusion Assessment Method (CAM) e o 4 'A's Test (4AT), oferecem apoio à identificação de casos suspeitos. Entretanto, os estudos de acurácia demonstram que seu desempenho depende das características da população e das condições de aplicação, o que reforça a necessidade de distinguir rastreamento de avaliação diagnóstica (LIN et al., 2023; HOU et al., 2023).

No campo da prevenção, a literatura tem investigado intervenções não farmacológicas combinadas, direcionadas a fatores modificáveis da hospitalização. Uma revisão sistemática identificou redução da incidência de delirium com programas multicomponentes em pacientes hospitalizados fora de unidades de terapia intensiva, embora persistam incertezas quanto a outros desfechos e à contribuição isolada de cada intervenção (BURTON et al., 2021).

Esses achados colocam um desafio específico para a Clínica Médica: transformar recomendações e resultados de pesquisa em práticas viáveis nas enfermarias, sem desconsiderar a heterogeneidade dos pacientes, os limites dos instrumentos e as condições de trabalho das equipes. Justifica-se, portanto, uma apreciação crítica que articule reconhecimento clínico, evidências preventivas e possibilidades de implementação.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo é analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, os principais fatores relacionados ao delirium em pacientes hospitalizados, os desafios de seu reconhecimento precoce e as estratégias de prevenção aplicáveis à Clínica Médica, discutindo a consistência das evidências e suas implicações para a prática assistencial.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, voltada ao reconhecimento precoce e à prevenção do delirium em adultos hospitalizados, com ênfase nas

enfermarias de Clínica Médica. A síntese foi organizada por eixos temáticos: fatores de risco e mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, instrumentos de avaliação, intervenções não farmacológicas e manejo medicamentoso.

A versão originalmente submetida mencionava PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, mas não preservou histórico de consultas, datas, estratégias completas nem registros de triagem. Por isso, não é possível comprovar retrospectivamente a execução integral dessas buscas ou quantificar os resultados. Na revisão editorial do manuscrito, em 10 de novembro de 2026, realizou-se uma conferência complementar direcionada de registros bibliográficos e resumos indexados na PubMed e de documentos disponíveis nas páginas oficiais da Cochrane, do NICE e da American Psychiatric Association. Essa conferência não constituiu busca sistemática nas três bases originalmente mencionadas.

Na conferência complementar, foram empregados termos de pesquisa em inglês combinando delirium com “pathophysiology”, “biomarkers”, “inflammation”, “4AT”, “CAM”, “diagnostic accuracy”, “multicomponent”, “non-pharmacological prevention” e “guideline”, além de consultas direcionadas por título e DOI para verificar publicações já citadas. Não foram executadas nem registradas expressões de busca específicas nas interfaces SciELO e LILACS nesta etapa. As consultas documentadas serviram para verificar a existência, a identificação bibliográfica e os resultados apresentados nos resumos das fontes selecionadas; não equivalem à leitura integral de todas as publicações nem a uma revisão exaustiva.

A seleção focalizada privilegiou revisões sistemáticas, metanálises, estudo original de acurácia diagnóstica e diretrizes clínicas pertinentes ao objetivo. Consideraram-se publicações em inglês, com prioridade para o período de novembro de 2021 a 10 de novembro de 2026. O estudo de Shenkin et al. (2019) foi mantido como exceção justificada por comparar diretamente CAM e 4AT em pacientes clínicos hospitalizados. A referência de Burton et al. (2021) foi utilizada por sua relevância para intervenções multicomponentes em pacientes fora de terapia intensiva. Não se afirma ter realizado rastreamento abrangente de publicações em português e espanhol.

A análise crítica considerou o tipo de estudo, o contexto assistencial, a população avaliada, os resultados principais, a precisão das estimativas e as limitações metodológicas declaradas nas fontes. Compararam-se estudos de acurácia do CAM e do 4AT, resultados sobre prevenção multicomponente e recomendações clínicas, com atenção à distinção entre enfermarias

e terapia intensiva. Os valores numéricos reproduzidos referem-se às sínteses originais dos estudos citados, sem cálculo de estimativas combinadas pelos autores deste manuscrito.

Não foram recuperados registros auditáveis do número de resultados identificados na busca inicial, de duplicatas, de trabalhos avaliados por títulos e resumos ou de exclusões. Esses números não foram reconstruídos artificialmente. A data de 8 de novembro de 2026, presente na versão original, correspondia ao acesso informado a uma diretriz e não comprovava o encerramento das buscas. A conferência bibliográfica complementar ocorreu em 10 de novembro de 2026. A seleção focalizada, a consulta parcial de fontes e a ausência de rastreabilidade da busca inicial limitam a reprodutibilidade e impedem classificar o trabalho como revisão sistemática.

3 DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

O delirium deve ser compreendido como uma síndrome clínica multifatorial, cuja ocorrência depende da interação entre vulnerabilidades preexistentes e eventos desencadeantes da hospitalização. Essa distinção tem implicações práticas: o reconhecimento de idade avançada, comprometimento cognitivo, fragilidade e doença grave orienta a identificação de pacientes vulneráveis, enquanto a investigação de infecções, hipoxemia, desidratação, dor e exposição medicamentosa ajuda a reconhecer fatores potencialmente modificáveis. A diretriz do National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2023) e a American Psychiatric Association (APA, 2025) convergem ao recomendar avaliação estruturada dos fatores de risco e das condições clínicas associadas, em vez de atribuir alterações mentais exclusivamente ao envelhecimento.

A fisiopatologia do delirium é heterogênea e ainda não está completamente esclarecida. Smith et al. (2024) discutem a participação de processos neuroinflamatórios, alterações da neurotransmissão e mecanismos metabólicos, sem propor um modelo único capaz de explicar todas as apresentações. Em revisão sistemática e metanálise, Moorey et al. (2025) identificaram associações entre marcadores inflamatórios periféricos e delirium, mas salientaram a heterogeneidade dos estudos e a dificuldade de extrapolar os achados para populações específicas. Esses resultados sustentam a plausibilidade de mecanismos inflamatórios, não o emprego rotineiro de biomarcadores como diagnóstico. Na prática clínica, a natureza multifatorial da síndrome reforça a investigação de causas potencialmente reversíveis e a reavaliação durante a internação (NICE, 2023; APA, 2025).

O reconhecimento precoce exige comparar o estado mental atual com o funcionamento cognitivo habitual. O início agudo, a flutuação dos sintomas e a desatenção podem passar despercebidos em avaliações pontuais, sobretudo quando há demência prévia ou dificuldade de comunicação. Por essa razão, a APA (2025) recomenda determinar o estado neurocognitivo basal e realizar avaliações estruturadas periódicas; a NICE (2023), por sua vez, destaca a observação de mudanças recentes e a valorização das informações fornecidas por familiares e cuidadores. As duas recomendações são complementares: a primeira organiza a avaliação, enquanto a segunda favorece a identificação de alterações que não aparecem de maneira contínua.

A heterogeneidade psicomotora amplia esse desafio. A forma hiperativa costuma chamar atenção pela agitação, enquanto a apresentação hipoativa pode se manifestar por lentificação, retraimento e menor interação com o ambiente, sinais facilmente confundidos com fadiga ou agravamento da doença de base. Assim, uma rotina assistencial orientada apenas pela presença de agitação tende a deixar casos sem reconhecimento. A observação repetida e a comunicação entre os profissionais são particularmente importantes para identificar mudanças discretas e flutuantes (NICE, 2023; APA, 2025).

Entre as ferramentas utilizadas na avaliação, o CAM organiza quatro características clínicas: início agudo ou curso flutuante, desatenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência. O 4AT reúne avaliação do estado de alerta, orientação, atenção e mudança aguda ou flutuante. Ambos oferecem uma estrutura para a identificação de casos suspeitos, mas diferem em sua operacionalização e nas exigências de aplicação. A escolha deve considerar a capacitação dos profissionais, o tempo disponível e as características dos pacientes, sem pressupor desempenho idêntico em todos os serviços (LIN et al., 2023; HOU et al., 2023).

A revisão sistemática e metanálise de Lin et al. (2023), que reuniu 38 estudos e 7.378 participantes, encontrou sensibilidades agrupadas de 0,80 para o CAM e 0,76 para o 4AT, com especificidade superior para o CAM (0,98 versus 0,89). Esses resultados sugerem capacidade semelhante para identificar casos, mas maior proporção de resultados negativos corretos com o CAM nas populações analisadas. Entretanto, a própria revisão identificou influência do cenário assistencial, do tamanho amostral e dos avaliadores sobre a acurácia, o que impede transformar a diferença agrupada em recomendação universal de preferência por um único instrumento.

Em outra metanálise, Hou et al. (2023) avaliaram 11 estudos, com 2.789 participantes, e estimaram sensibilidade e especificidade agrupadas de 0,87 para o 4AT. A sensibilidade mais

elevada em relação à estimativa de Lin et al. (2023) não constitui necessariamente contradição: os conjuntos de estudos, os critérios de seleção e os contextos de aplicação não são idênticos. Essa variação demonstra que os indicadores de desempenho devem ser interpretados à luz da população estudada, da prevalência da síndrome e do padrão de referência empregado, evitando extrapolações automáticas para todas as enfermarias.

A importância do contexto também aparece no estudo prospectivo multicêntrico de Shenkin et al. (2019), realizado com pacientes idosos internados por condições agudas. Nesse estudo, o 4AT apresentou sensibilidade de 76% e especificidade de 94%, enquanto o CAM alcançou sensibilidade de 40% e especificidade de 100%. O resultado difere das estimativas agrupadas mais recentes e ilustra a influência da forma de aplicação e das condições reais de avaliação. Trata-se de publicação anterior ao recorte temporal prioritário do manuscrito, mantida por seu valor comparativo direto entre os dois instrumentos; sua utilização deve ser explicitada na metodologia como exceção justificada.

É fundamental distinguir o rastreamento de diagnóstico. Um resultado sugestivo no 4AT ou no CAM não identifica, por si só, a causa da alteração mental e não dispensa a avaliação clínica. A investigação deve incluir a cronologia dos sintomas, o estado cognitivo basal, o exame clínico e a busca de fatores precipitantes. A NICE (2023) recomenda o 4AT na avaliação de indicadores de delirium em contextos hospitalares gerais, enquanto em terapia intensiva são indicadas ferramentas específicas, como CAM-ICU ou ICDSC. A APA (2025) reforça a necessidade de medidas válidas e confiáveis integradas a um plano clínico abrangente. Dessa forma, o instrumento é uma etapa do cuidado, e não seu desfecho.

Na prevenção, a evidência mais consistente favorece intervenções não farmacológicas multicomponentes. A revisão Cochrane de Burton et al. (2021) incluiu 22 ensaios clínicos randomizados, totalizando 5.718 participantes; entre eles, 14 estudos, com 3.693 participantes, compararam programas multicomponentes com o cuidado habitual. A incidência de delirium foi de 10,5% nos grupos de intervenção e 18,4% nos controles, com risco relativo de 0,57 (intervalo de confiança de 95%: 0,46–0,71). O resultado, classificado como evidência de certeza moderada, apoia a adoção desses programas em pacientes hospitalizados fora da terapia intensiva, mas não autoriza atribuir o mesmo efeito a cada intervenção individual.

A interpretação dos desfechos secundários exige cautela. Na mesma revisão, não foi demonstrada redução clara da mortalidade hospitalar, enquanto as estimativas relativas à duração

do delirium e ao tempo de internação apresentaram menor certeza e limitações de precisão ou heterogeneidade (BURTON et al., 2021). Além disso, os estudos sobre intervenções comportamentais e organizacionais apresentaram dificuldades de cegamento, com risco de viés. Assim, o benefício sobre a incidência é mais bem sustentado do que eventuais efeitos sobre mortalidade, gravidade da síndrome ou recuperação funcional, distinção essencial para que a discussão não amplie indevidamente as conclusões.

A análise exploratória dos componentes realizada por Burton et al. (2021) encontrou associações favoráveis para reorientação, estimulação cognitiva e higiene do sono. Para mobilização, hidratação, revisão medicamentosa e outras medidas, as estimativas individuais foram menos precisas e não permitiram conclusões firmes sobre efeitos isolados. Isso não significa que tais cuidados sejam dispensáveis; indica, antes, que a eficácia demonstrada pertence principalmente ao programa articulado. A NICE (2023) e a APA (2025) convergem na recomendação de intervenções individualizadas e multicomponentes, embora a implementação dependa das condições concretas de cada instituição.

Nas enfermarias de Clínica Médica, transformar essas recomendações em rotina exige distribuir responsabilidades e incorporar as ações aos cuidados habituais. Reorientação temporal e espacial, acesso a óculos e aparelhos auditivos, proteção do sono, atenção à hidratação e nutrição, controle da dor e participação de familiares podem ser organizados de modo complementar. A viabilidade, entretanto, não depende apenas da simplicidade aparente de cada medida: sobrecarga das equipes, rotatividade de profissionais, ausência de registros padronizados e dificuldades de articulação multiprofissional podem comprometer a continuidade das intervenções. A recomendação de programas multicomponentes, portanto, deve vir acompanhada de planejamento institucional e monitoramento de sua execução (NICE, 2023; APA, 2025).

A mobilização precoce merece análise específica porque integra os programas preventivos, mas sua eficácia isolada na redução de delirium em enfermarias permanece incerta. A NICE (2023) recomenda estimular a deambulação e os movimentos ativos quando clinicamente possíveis, considerando segurança e condições individuais. A revisão de Burton et al. (2021), contudo, não permitiu estabelecer benefício independente e consistente da mobilização sobre a incidência de delirium. Estudos realizados em pacientes críticos não devem ser transpostos diretamente para enfermarias gerais, nas quais gravidade, suporte assistencial e objetivos de reabilitação são diferentes. Assim, a mobilização deve ser compreendida como

componente de cuidado funcional e preventivo integrado, não como medida isoladamente comprovada para todos os cenários.

O manejo medicamentoso exige distinção entre prevenção e controle de manifestações clínicas graves. A APA (2025) recomenda revisão detalhada de medicamentos, reconciliação terapêutica e reavaliação de indicações, especialmente em pacientes com comprometimento cognitivo ou polifarmácia. A mesma diretriz recomenda não utilizar antipsicóticos para prevenir delirium nem para acelerar sua resolução e desaconselha benzodiazepínicos sem indicação específica. Essa orientação não equivale a proibir qualquer intervenção farmacológica: em situações de sofrimento intenso ou risco de dano, medicamentos podem ser considerados após avaliação dos fatores contribuintes e tentativa de medidas de desescalada, mediante decisão individualizada. A prevenção rotineira com antipsicóticos, entretanto, não encontra sustentação nas recomendações atuais (APA, 2025).

Por fim, o reconhecimento precoce e a prevenção não se sustentam apenas pela disponibilidade de instrumentos ou protocolos escritos. A avaliação cognitiva precisa estar ligada a fluxos de comunicação, investigação de causas e respostas assistenciais oportunas. As fontes analisadas convergem quanto à necessidade de avaliação estruturada e intervenções multicomponentes; diferem principalmente nas estimativas de acurácia dos instrumentos e na certeza dos benefícios atribuídos a componentes isolados ou desfechos secundários (LIN et al., 2023; HOU et al., 2023; BURTON et al., 2021). Para a Clínica Médica, essa síntese aponta uma prioridade prática: combinar vigilância clínica, capacitação da equipe e medidas preventivas coordenadas, reconhecendo os limites das evidências e as condições de implementação de cada serviço.

4 CONCLUSÃO

A análise da literatura indica que o reconhecimento oportuno do delirium nas enfermarias de Clínica Médica depende de atenção às mudanças agudas e flutuantes do estado mental, particularmente quando as manifestações são discretas. Nesse contexto, CAM e 4AT podem contribuir para uma avaliação mais sistemática, mas seus resultados precisam ser interpretados à luz da história clínica, do estado cognitivo habitual e da investigação de causas subjacentes.

Quanto à prevenção, as evidências examinadas favorecem a adoção de intervenções não farmacológicas multicomponentes, sobretudo para reduzir a incidência da síndrome em pacientes

hospitalizados fora da terapia intensiva. Esse resultado, porém, não permite atribuir igual eficácia a cada componente isolado nem assegurar benefícios sobre todos os desfechos clínicos. A incorporação dessas medidas às enfermarias requer organização dos processos de cuidado, articulação multiprofissional e adaptação às necessidades dos pacientes e à capacidade dos serviços.

As conclusões devem ser interpretadas à luz das limitações desta revisão narrativa. A seleção bibliográfica foi focalizada e não exaustiva; a busca inicial não possui registro quantitativo auditável; e a atualização complementar de 10 de novembro de 2026 consistiu em conferência de registros, resumos e documentos institucionais, sem buscas sistemáticas completas nas bases originalmente indicadas. Além disso, os estudos incluídos diferem quanto a populações, cenários e delineamentos. Não se realizou metanálise própria. Portanto, o artigo apresenta uma síntese crítica das fontes examinadas, sem pretensão de estabelecer estimativas universais ou conclusões definitivas para todos os serviços hospitalares.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). The American Psychiatric Association practice guideline for the prevention and treatment of delirium. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2025. DOI: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890428023.

BURTON, Jennifer 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: https://doi.org/10.1002/14651858.CD013307.pub3.

HOU, Liangying et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium: a systematic review and meta-analysis. Asian Journal of Psychiatry, v. 80, art. 103374, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103374.

LIN, Chia-Jou et al. Delirium assessment tools among hospitalized older adults: a systematic review and metaanalysis of diagnostic accuracy. Ageing Research Reviews, v. 90, art. 102025, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102025.

MOOREY, Hannah C. et al. A systematic review and meta-analysis of the role of peripheral inflammation in delirium. Brain and Behavior, v. 15, n. 10, art. e70979, 2025. DOI: https://doi.org/10.1002/brb3.70979.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. Clinical guideline CG103. London: NICE, 2010. Atualizada em: 18 jan. 2023. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/Recommendations. Acesso em: 10 nov. 2026.

SMITH, Camryn J. et al. The pathophysiology and biomarkers of delirium. Seminars in Neurology, v. 44, n. 6, p. 720-731, 2024. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0044-1791666.

SHENKIN, Susan D. et al. Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method. BMC Medicine, v. 17, n. 1, art. 138, 2019. DOI: https://doi.org/10.1186/s12916-019-1367-9.