REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

FATORES DE RISCO PARA DELIRIUM EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RISK FACTORS FOR DELIRIUM IN ELDERLY PATIENTS ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT

Ciências da Saúde • 24/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795424147

Brenda Mayumi Hayashida Bosquê[1]

Bianca Lumy Hayashida Bosquê[2]

Diego Curvello da Silva[3]

Giovana Fornaciari Moreira[4]

Mariana Aparecida Ferreira[5]

Maria Eduarda Vicentin Nince[6]

Allana Pinhal Fernandes[7]

Liliane Trivellato Grassi[8]

Maraisa do Nascimento[9]

RESUMO

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica caracterizada por alterações agudas e flutuantes da atenção, da consciência e da cognição, sendo frequente em idosos hospitalizados. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), seu desenvolvimento está associado à interação entre a vulnerabilidade prévia do paciente e os fatores relacionados à assistência e ao ambiente hospitalar. Este estudo teve como objetivo analisar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de delirium em idosos internados em UTI, considerando fatores predisponentes e precipitantes, modificáveis e não modificáveis. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre junho e setembro de 2026, contemplando publicações de 2019 a 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. Após o processo de seleção, foram incluídos dez estudos científicos. Os resultados evidenciaram como principais fatores predisponentes a idade avançada, a demência prévia, a fragilidade, a multimorbidade e a gravidade da condição clínica. Entre os fatores precipitantes, destacaram-se a exposição a medicamentos sedativos e opioides, a contenção física, a imobilidade e aspectos relacionados aos dispositivos e às condições ambientais da UTI. Conclui-se que o delirium apresenta origem multifatorial e que sua prevenção requer identificação precoce dos pacientes vulneráveis, monitoramento sistemático por instrumentos validados, revisão da farmacoterapia e adoção de medidas não farmacológicas, com participação integrada da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Delirium; Idosos; Unidade de Terapia Intensiva; Fatores de Risco; Prevenção.

ABSTRACT

Delirium is a neuropsychiatric syndrome characterized by acute and

fluctuating alterations in attention, consciousness, and cognition, being frequent in hospitalized elderly patients. In Intensive Care Units (ICU), its development is associated with the interaction between the patient's prior vulnerability and factors related to care and the hospital environment. This study aimed to analyze the risk factors associated with the development of delirium in elderly patients admitted to the ICU, considering predisposing and precipitating factors, both modifiable and non-modifiable. This is an integrative literature review, conducted in the PubMed, SciELO, and Virtual Health Library (VHL) databases, between June and September 2026, covering publications from 2019 to 2026, in Portuguese, English, and Spanish. After the selection process, ten scientific studies were included. The results evidenced as main predisposing factors advanced age, previous dementia, frailty, multimorbidity, and the severity of the clinical condition. Among the precipitating factors, exposure to sedative medications and opioids, physical restraint, immobility, and aspects related to devices and environmental conditions of the ICU stood out. It is concluded that delirium has a multifactorial origin and that its prevention requires early identification of vulnerable patients, systematic monitoring by validated instruments, review of pharmacotherapy, and adoption of non-pharmacological measures, with the integrated participation of the multiprofessional team.
Keywords: Delirium; Aged; Intensive Care Unit; Risk Factors; Prevention.

1. INTRODUÇÃO

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda caracterizada por alterações na atenção, consciência e cognição, com início geralmente súbito e curso flutuante. Entre suas principais

manifestações clínicas estão a desorientação temporal e espacial, alterações de memória, pensamento desorganizado, distúrbios do ciclo sono-vigília e alterações psicomotoras. De acordo com sua apresentação clínica, pode ser classificado em hipoativo, hiperativo ou misto, sendo esta última caracterizada pela alternância entre os dois padrões (Tobar; Alvarez, 2020).

Embora possa ocorrer em diferentes faixas etárias, o delirium apresenta maior frequência entre indivíduos idosos, especialmente durante a hospitalização e em ambientes de cuidados intensivos. Nesses contextos, o envelhecimento, a presença de doenças crônicas, o comprometimento cognitivo prévio, a polifarmácia e a gravidade da condição clínica contribuem para aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento dessa síndrome. Em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sua ocorrência representa um importante problema clínico, devido à associação com complicações, prolongamento da internação e comprometimento da recuperação funcional (APA, 2013; Freitas; Py, 2022).

A ocorrência de delirium em idosos está relacionada à interação entre fatores predisponentes, associados às condições clínicas e funcionais anteriores à internação, e fatores precipitantes, decorrentes de alterações clínicas, intervenções terapêuticas e condições ambientais durante a hospitalização. Essa interação torna os pacientes idosos particularmente suscetíveis, uma vez que o envelhecimento está associado à redução da reserva fisiológica e da capacidade de adaptação aos estressores. Além disso, condições como sepse, insuficiência respiratória, procedimentos cirúrgicos e exposição a determinados medicamentos podem desencadear

alterações agudas no funcionamento cerebral (Iglseder; Frühwald; Jagsch, 2022).

No ambiente de terapia intensiva, a identificação dos fatores associados ao delirium representa um desafio para a equipe multiprofissional, especialmente diante das manifestações clínicas variadas e da possibilidade de apresentação hipoativa, frequentemente menos evidente. Nesse sentido, o reconhecimento precoce dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis é fundamental para orientar medidas preventivas, favorecer o diagnóstico oportuno e reduzir possíveis complicações relacionadas à síndrome.

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo analisar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de delirium em idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva, diferenciando-os entre modificáveis e não modificáveis, a fim de contribuir para a compreensão dessa condição e para o desenvolvimento de estratégias preventivas direcionadas à população idosa em cuidados intensivos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Conceito E Manifestações Clínicas do Delirium

A palavra delirium deriva do latim delirare, que significa literalmente estar fora dos trilhos, sendo utilizada para designar um estado de perturbação mental ou alteração da consciência (Freitas; Py, 2022). Na prática clínica, o delirium, também denominado estado confusional agudo, caracteriza-se por alterações no funcionamento cerebral, envolvendo principalmente atenção, consciência, cognição e comportamento. Suas manifestações incluem desorientação

temporal e espacial, alterações de memória, pensamento desorganizado, delírios e alucinações, especialmente visuais (Miguel; Gentil; Gattaz, 2011).

Clinicamente, o delirium pode apresentar três formas de manifestação: hipoativa, hiperativa e mista. A forma hipoativa caracteriza-se pela redução do nível de alerta, sonolência, lentificação psicomotora e diminuição da interação com o ambiente, sendo frequentemente menos reconhecida pelos profissionais de saúde. Na apresentação hiperativa, predominam inquietação, agitação psicomotora, hiperalerta, insônia e, em alguns casos, alucinações e comportamentos agressivos. Já a forma mista caracteriza-se pela alternância entre períodos de hipoatividade e hiperatividade (Miguel; Gentil; Gattaz, 2011).

O início do delirium geralmente ocorre de maneira aguda, em um intervalo de horas a dias, apresentando flutuações na intensidade dos sintomas ao longo do dia. Sua duração é variável e depende das condições clínicas do paciente, da identificação dos fatores desencadeantes e da efetividade das intervenções terapêuticas. Embora muitos episódios apresentem resolução em dias ou semanas, alguns pacientes podem permanecer com alterações cognitivas após a fase aguda (Iglseder; Frühwald; Jagsch, 2022).

Entre seus sintomas existem vários graus de alterações no nível de consciência, onde há modificação do nível de alerta, alterações de memória, dificuldades na organização do pensamento com ideias incoerentes, desorientação temporal e espacial, distúrbios do ritmo sono-vigília e aparecimento de sintomas positivos, como alucinações, delírios e agitação psicomotora (Tobar; Alvarez, 2020).

2.2. Diagnóstico e Instrumentos de Avaliação do Delirium

O diagnóstico do delirium fundamenta-se na identificação das alterações características da síndrome, considerando a história clínica, o exame físico e a avaliação do estado mental. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o diagnóstico envolve alterações da atenção e da consciência, desenvolvimento em curto período, mudança em relação ao funcionamento habitual, perturbação adicional da cognição e evidências de que essas alterações apresentam relação com uma condição fisiológica, conforme apresentado na Tabela 1 (APA, 2013).

Tabela 1. Critérios diagnósticos de Delirium segundo o DSM-5

Critério	Descrição
A	Perturbação da atenção (capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).
B	A perturbação desenvolve-se em um período breve de tempo (horas a poucos dias), representa uma mudança em relação ao funcionamento basal e tende a apresentar flutuações ao longo do dia.
C	Perturbação adicional na cognição, como déficit de memória, desorientação, alteração da linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção.
D	As alterações não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente ou em evolução e não ocorrem exclusivamente no contexto de coma.
E	Existem evidências, a partir da história clínica, do exame físico ou de exames laboratoriais, de que a perturbação é consequência fisiológica direta de outra condição médica,

	intoxicação ou abstinência de substância, exposição a toxina ou múltiplas etiologias.

Fonte: Adaptado de Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (APA, 2013).

O processo diagnóstico compreende duas etapas complementares: o reconhecimento da síndrome e a investigação de sua etiologia. A primeira consiste na identificação das manifestações clínicas por meio da avaliação do paciente e da aplicação de instrumentos específicos. A segunda busca identificar as condições clínicas, metabólicas, infecciosas ou farmacológicas responsáveis pelo desencadeamento do quadro, por meio de investigação clínica e laboratorial (Freitas; Py, 2022).

Entre os instrumentos utilizados destaca-se o Confusion Assessment Method (CAM), desenvolvido para facilitar a identificação do delirium na prática clínica. Sua aplicação considera características como início agudo ou curso flutuante, desatenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência. A partir do instrumento original, foram desenvolvidas diferentes versões adaptadas às particularidades dos pacientes e dos ambientes assistenciais, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Variações do Confusion Assessment Method (CAM) e suas aplicações clínicas

Instrumento	Aplicação Clínica
CAM	Avaliação de delirium à beira do leito
CAM-ICU	Avaliação de delirium em pacientes não verbais em UTI

3D-CAM	Avaliação rápida (≤ 3 min)
bCAM	Avaliação de delirium em unidades de emergência
NH-CAM	Avaliação de delirium em unidades de longa permanência
FAM-CAM	Reconhecimento de delirium pelo familiar ou cuidador
CAM-S	Avaliação diagnóstica e gravidade

Fonte: Adaptado de Tratado de Geriatria e Gerontologia (Freitas e Py, 2022).

No contexto da terapia intensiva, destaca-se o CAM-ICU, desenvolvido especificamente para avaliar pacientes críticos, inclusive aqueles submetidos à ventilação mecânica e impossibilitados de estabelecer comunicação verbal adequada. Sua utilização favorece o reconhecimento de alterações cognitivas que poderiam passar despercebidas durante a avaliação clínica convencional. Entretanto, a aplicação desses instrumentos exige treinamento dos profissionais e deve estar associada à avaliação clínica, uma vez que o rastreamento positivo demanda investigação das possíveis causas do quadro (Ely et al., 2001).

2.3. Fisiopatologia e Vulnerabilidade do Idoso

A fisiopatologia do delirium envolve mecanismos complexos e multifatoriais, relacionados a alterações na atividade dos neurotransmissores, processos inflamatórios, disfunções metabólicas e comprometimento da atividade cerebral. Uma das hipóteses mais aceitas envolve a redução da atividade colinérgica associada ao aumento da atividade dopaminérgica, provocando desequilíbrios na neurotransmissão e alterações nos processos de atenção, memória e consciência (Bastos et al., 2020).

Na comunidade, sua prevalência é baixa, entre 1% e 2%, mas aumenta progressivamente com a idade, podendo chegar a 14% em pessoas com mais de 85 anos. Em ambientes de emergência, a condição acomete entre 10% e 30% dos idosos, onde geralmente é um sinal de doença médica subjacente e grave (APA, 2013). No Brasil, considera-se idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (Lei nº 10.741/2003).

Nos idosos, essas alterações podem ser potencializadas pelas modificações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. A redução da reserva funcional cerebral, as alterações estruturais e metabólicas, a diminuição da capacidade de adaptação aos estressores e a maior suscetibilidade às doenças sistêmicas contribuem para aumentar o risco de disfunção cognitiva aguda. Além disso, alterações nas funções hepática e renal podem modificar a metabolização e a eliminação de medicamentos, favorecendo o acúmulo de substâncias e aumentando a possibilidade de efeitos adversos (Freitas; Py, 2022).

A presença de demência ou comprometimento cognitivo prévio constitui um importante fator de vulnerabilidade, uma vez que reduz a capacidade de resposta do sistema nervoso central diante de situações de estresse fisiológico. Da mesma forma, a fragilidade clínica, caracterizada pela redução das reservas funcionais e da resistência a eventos adversos, aumenta a suscetibilidade do idoso ao desenvolvimento de delirium durante a hospitalização (Billig et al., 2022; Cechinel et al., 2022; Tobar; Alvarez, 2020).

2.4. Fatores de Risco para Delirium em Idosos Internados em UTI

O desenvolvimento do delirium em idosos internados em UTI resulta da interação entre fatores predisponentes e precipitantes. Os predisponentes correspondem às características individuais e às condições clínicas preexistentes que aumentam a vulnerabilidade do paciente, enquanto os precipitantes estão relacionados a eventos agudos e exposições ocorridas durante a hospitalização. Essa distinção é importante para compreender os mecanismos envolvidos e identificar possibilidades de intervenção preventiva (Iglseder; Frühwald; Jagsch, 2022).

Entre os fatores predisponentes, destacam-se a idade avançada, a presença de demência, o comprometimento cognitivo prévio e as alterações neurológicas preexistentes. Essas condições estão associadas à redução da reserva cognitiva e funcional, tornando o idoso mais suscetível às alterações provocadas por doenças agudas e intervenções terapêuticas. A fragilidade, as limitações funcionais e a presença de múltiplas comorbidades também contribuem para essa vulnerabilidade, especialmente em pacientes submetidos a cuidados intensivos (Billig et al., 2022; Cechinel et al., 2022; Freitas; Py, 2022).

Por outro lado, entre os fatores precipitantes passíveis de intervenção, incluem-se determinadas exposições farmacológicas, imobilidade, privação do sono, ausência de estímulos ambientais adequados e utilização de contenções mecânicas. Entre os medicamentos associados ao risco de delirium, destacam-se os benzodiazepínicos, os fármacos com propriedades anticolinérgicas e alguns opioides, especialmente quando utilizados em doses elevadas ou em pacientes com maior vulnerabilidade clínica. Outros medicamentos, como anticonvulsivantes e determinados agentes vasoativos, também podem estar relacionados a alterações

cognitivas, dependendo das condições clínicas e do contexto de utilização (Pinheiro et al., 2022; Tobar; Alvarez, 2020).

Além dos fatores farmacológicos, procedimentos e dispositivos utilizados no suporte intensivo podem contribuir para o desenvolvimento da síndrome. A ventilação mecânica, a presença de dispositivos invasivos, a contenção física e a restrição da mobilidade podem favorecer desconforto, alterações do sono e redução da interação com o ambiente. Entretanto, é importante considerar que esses procedimentos frequentemente refletem a gravidade da doença de base, sendo necessário avaliar sua contribuição individual para o risco de delirium (Pinheiro et al., 2022).

A gravidade clínica também exerce influência significativa nesse processo. Condições como sepse, insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica e alterações metabólicas podem desencadear respostas inflamatórias e disfunções orgânicas que comprometem o funcionamento cerebral. Além disso, a necessidade de suporte ventilatório, sedação e procedimentos invasivos pode ampliar a exposição do paciente a fatores precipitantes, especialmente quando associada à fragilidade e ao comprometimento cognitivo preexistente (Martins et al., 2019; Iglseder; Frühwald; Jagsch, 2022).

O ambiente da UTI também representa um componente relevante. A exposição contínua a ruídos, iluminação artificial, interrupções frequentes do sono, ausência de referências temporais e redução do contato familiar podem comprometer a orientação e a organização do ciclo sono-vigília. Essas condições favorecem a desorientação e podem contribuir para o aparecimento ou agravamento do delirium em pacientes idosos hospitalizados (Gois et al., 2019; Luz et al., 2020).

2.5. Prevenção e Manejo do Delirium em Idosos na UTI

A prevenção do delirium deve envolver a identificação dos fatores de risco desde a admissão do paciente na UTI, com avaliação sistemática das condições cognitivas, funcionais e clínicas. A utilização de instrumentos de rastreamento, associada ao acompanhamento contínuo da equipe multiprofissional, permite reconhecer precocemente alterações comportamentais e cognitivas, favorecendo a adoção de medidas direcionadas (Devlin et al., 2018).

Nesse contexto, Zhao et al. (2023) destacam a importância das intervenções não farmacológicas na prevenção do delirium, especialmente aquelas voltadas à redução da imobilidade, à promoção do sono, à orientação do paciente e à revisão de medicamentos potencialmente inadequados. Entre as medidas recomendadas estão a mobilização precoce, a manutenção de um ambiente adequado ao repouso, a utilização de recursos para orientação temporal e espacial e o estímulo à participação dos familiares, sempre que possível.

Corroborando a importância da identificação dos fatores precipitantes, Marques, Alves e Vernaglia (2024) investigaram os fatores predisponentes e precipitantes associados ao delirium pós-operatório em uma UTI universitária. Os autores destacaram a participação de fatores relacionados ao procedimento anestésico-cirúrgico e à utilização de opioides no desenvolvimento de alterações cognitivas agudas, reforçando a necessidade de monitoramento e planejamento individualizado da assistência.

Ademais, Briganti (2025) enfatiza a vulnerabilidade neuroquímica e metabólica dos pacientes idosos diante da gravidade das doenças e

das disfunções orgânicas presentes no ambiente intensivo. Nesse contexto, o estresse sistêmico e os processos neuroinflamatórios podem contribuir para alterações agudas do funcionamento cerebral, evidenciando a importância de uma abordagem interdisciplinar para o reconhecimento, a prevenção e o manejo do delirium.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida com o objetivo de identificar e analisar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de delirium em idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

A pesquisa foi norteada pela seguinte questão: Quais são os principais fatores de risco modificáveis e não modificáveis associados ao desenvolvimento de delirium em idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva?

A busca bibliográfica foi realizada entre junho e setembro de 2026, nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a estratégia de busca, foram utilizados descritores controlados dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), além de termos livres relacionados ao tema, incluindo Delirium, Neurocognitive Disorders, Aged, Elderly, Hospitalization e Intensive Care Units. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de acordo com as especificidades de cada base de dados.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2019 e 2026, disponíveis na íntegra e gratuitamente, nos

idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem fatores associados ao desenvolvimento de delirium em idosos, especialmente no contexto de internação em UTI. Também foram considerados estudos realizados em outros setores hospitalares quando apresentavam informações relevantes sobre fatores predisponentes, como idade avançada, fragilidade, comprometimento cognitivo e comorbidade, bem como revisões de intervenções não farmacológicas que analisam os fatores de risco modificáveis subjacentes.

Foram excluídos estudos que não contemplavam a população idosa, publicações duplicadas, trabalhos que não apresentavam relação direta com a questão norteadora e estudos voltados exclusivamente a intervenções terapêuticas, sem abordar fatores de risco para delirium.

A seleção dos estudos ocorreu por meio da análise dos títulos e resumos, seguida da retirada das duplicatas e da leitura dos textos na íntegra, considerando sua adequação aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Ao final desse processo, foram selecionados 10 artigos para compor a amostra da revisão.

As informações extraídas dos estudos foram organizadas em planilhas eletrônicas, contemplando dados como autoria, ano de publicação, desenho do estudo, cenário clínico e principais fatores de risco identificados. Posteriormente, os achados foram analisados de forma descritiva e interpretativa, sendo agrupados em fatores predisponentes e precipitantes, bem como em modificáveis e não modificáveis, conforme suas características e possibilidades de intervenção (Tabela 4 e 5).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca inicial nas bases de dados eletrônicas identificou 142 publicações, sendo 68 provenientes da PubMed, 48 da BVS e 26 da SciELO. Após a remoção de 32 duplicatas, 110 artigos foram submetidos à análise dos títulos e resumos, dos quais 85 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Dessa forma, 25 publicações foram selecionadas para leitura na íntegra, sendo 15 excluídas após essa etapa. Ao final, foram incluídos 10 estudos científicos na amostra da revisão integrativa (Tabela 3).

Adicionalmente, foram utilizadas quatro fontes normativas e teóricas para complementar a fundamentação do estudo, contemplando aspectos conceituais, diagnósticos, legais e clínicos relacionados ao delirium e ao envelhecimento. Essas fontes compreenderam o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), o Estatuto da Pessoa Idosa, o Tratado de Geriatria e Gerontologia e a obra Clínica Psiquiátrica, entre outros documentos de referência. Ressalta-se que essas publicações foram utilizadas como suporte teórico, não sendo contabilizadas entre os dez estudos científicos que compuseram a amostra da revisão.

Tabela 3. Caracterização dos estudos primários e revisões incluídos na amostra (2019–2024)

Autor e Ano	Desenho do Estudo	Cenário Clínico	Principais Fatores e Temas Identificados
Martins et al. (2019)	Estudo Transversal	UTI Pública	Gravidade da condição clínica de base.
Gois et al. (2019)	Revisão Integrativa	UTI	Conhecimento da equipe de enfermagem

			na assistência ao delirium.
Bastos et al. (2020)	Estudo Transversal	UTI Adulto	Uso de sedoanalgesia (midazolam e clonidina).
Tobar e Alvarez (2020)	Revisão de Literatura	Hospitalar Geral	Demência prévia, uso de anticolinérgicos e benzodiazepínicos.
Billig et al. (2022)	Estudo Transversal	Emergência	Idade avançada e multimorbidade.
Cechinel et al. (2022)	Revisão Sistemática com Metanálise	Hospitalar Geral	Síndrome da fragilidade clínica e física.
Iglseder, Frühwald e Jagsch (2022)	Revisão Clínica	Geriatria	Multimorbidade, estresse psicológico e perda de suporte social.
Pinheiro et al. (2022)	Estudo Observacional	UTI (Médica e Cirúrgica)	Contenção física, fentanil, ventilação mecânica, nutrição enteral, relaxantes musculares e anticonvulsivantes.
Zhao et al. (2023)	Overview de Revisões	Hospitalar Geral	Contenção mecânica, imobilidade e polifarmácia iatrogênica.
Marques, Alves e Vernaglia (2024)	Coorte Prospectiva	UTI Universitária	Condição de base (pós-operatório) e uso de opioides (sufentanil).

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Tabela 4. Fatores de Risco para delirium não modificáveis

Fatores de Risco Não Modificáveis	Descrição	Fonte	
Idade avançada	A prevalência de delirium aumenta com a idade, sendo maior em pessoas acima de 85 anos, especialmente em ambientes hospitalares e de emergência.	APA, 2013; Billig et al., 2022; Pinheiro et al., 2022	
Demência	Pacientes com demência têm maior risco de desenvolver delirium, que pode agravar o declínio cognitivo já existente.	Tobar e Alvarez, 2020	
Fragilidade	Estado de vulnerabilidade física e funcional em idosos, que aumenta a suscetibilidade ao delirium.	Cechinel et al., 2022	
Gravidade da condição de base	Doenças graves, como sepse e insuficiência ventilatória, estão associadas ao delirium devido ao maior tempo de internação e fatores predisponentes.	Martins et al., 2019; Marques, Alves e Vernaglia, 2024	
Multimorbidade	A presença de múltiplas comorbidades, comum em pacientes idosos, contribui para maior vulnerabilidade ao delirium.	Iglseder, Frühwald e Jagsch, 2022	

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Tabela 5. Fatores de Risco para delirium modificáveis

Fatores de Risco Modificáveis	Descrição	Fonte
Medicamentos anticolinérgicos	Medicamentos como inibidores H2 e anti-histamínicos aumentam o risco de delirium, especialmente em idosos, devido à interferência na atividade colinérgica.	Tobar e Alvarez, 2020
Benzodiazepínicos	Associados ao risco aumentado de delirium, especialmente em idosos.	Tobar e Alvarez, 2020
Fentanil, opioides e noradrenalina	Fármacos como os opioides (fentanil/sufentanil) e o vasopressor noradrenalina estiveram associados a uma maior prevalência de delirium, afetando a consciência e o sistema autonômico.	Pinheiro et al., 2022; Marques, Alves e Vernaglia, 2024
Anticonvulsivantes e relaxantes musculares	Esses medicamentos impactam a função neurológica e motora, sendo fatores precipitantes do delirium em UTIs.	Pinheiro et al., 2022
Contenção mecânica	O uso indevido de contenção física no leito e a imobilidade prolongada atuam como potentes precipitantes de declínio cognitivo agudo.	Pinheiro et al., 2022; Zhao et al., 2023
Nutrição enteral e ventilação mecânica	Necessárias para suporte em UTIs, limitam a mobilidade e autonomia dos pacientes, favorecendo o delirium.	Pinheiro et al., 2022
Lesão por pressão	Complicação associada a períodos prolongados de imobilidade, aumentando a vulnerabilidade física e psicológica do paciente.	Pinheiro et al., 2022
Ambiente hospitalar restritivo	Fatores como ausência de luz natural, falta de orientação temporal e limitação de interações	Freitas; Py, 2022.

	sociais contribuem para a desorientação e risco de delirium.	
Privação de sono	A falta de sono no ambiente hospitalar intensifica a predisposição ao delirium e agrava os sintomas em pacientes vulneráveis.	Freitas; Py, 2022
Estresse psicológico e perda de suporte social	Fatores psicossociais que agravam o risco de delirium devido ao impacto emocional no paciente hospitalizado.	Iglseder, Frühwald e Jagsch, 2022

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Entre os fatores predisponentes, a idade avançada, a fragilidade, a demência, a multimorbidade e a gravidade da condição clínica destacaram-se como elementos associados à maior vulnerabilidade ao delirium. Esses fatores demonstram que o risco não se inicia necessariamente durante a permanência na UTI, mas pode estar presente antes mesmo da internação, em decorrência das condições de saúde e da capacidade funcional do idoso.

Billig et al. (2022), ao investigarem idosos atendidos em serviços de emergência, identificaram a idade avançada e a multimorbidade como características relevantes para a vulnerabilidade ao delirium. Essa perspectiva é complementada por Cechinel et al. (2022), cuja revisão sistemática com metanálise destaca a síndrome da fragilidade como condição associada à maior suscetibilidade dos idosos a desfechos adversos. Embora esses estudos não tenham sido realizados exclusivamente em UTIs, seus resultados contribuem para compreender o perfil de risco dos pacientes que posteriormente podem necessitar de cuidados intensivos.

Em consonância com esses achados, Iglseder, Frühwald e Jagsch (2022) também ressaltam a importância da multimorbidade, acrescentando aspectos como estresse psicológico e perda de suporte social. Essa abordagem amplia a compreensão da vulnerabilidade do idoso, pois demonstra que o risco de delirium não está relacionado apenas às condições físicas e às doenças crônicas, mas também às dimensões emocionais e sociais. Assim, enquanto Billig et al. (2022) enfatizam a idade e a coexistência de doenças, Cechinel et al. (2022) destacam a fragilidade, e Iglseder, Frühwald e Jagsch (2022) incorporam os componentes psicossociais a essa condição de vulnerabilidade.

A demência prévia também merece destaque nesse contexto. Tobar e Alvarez (2020) apontam o comprometimento cognitivo preexistente como importante fator predisponente, além de ressaltarem a influência de medicamentos, como anticolinérgicos e benzodiazepínicos. Esse achado reforça que pacientes com alterações cognitivas anteriores apresentam maior suscetibilidade a desenvolver delirium diante de situações agudas, como infecções, procedimentos invasivos e hospitalização em ambientes de alta complexidade.

No cenário específico da UTI, Martins et al. (2019) identificaram a gravidade da condição clínica de base como fator associado ao delirium. Esse resultado estabelece uma relação entre a vulnerabilidade prévia e o quadro agudo que motiva a internação. De maneira complementar, Marques, Alves e Vernaglia (2024), ao investigarem pacientes em uma UTI universitária no contexto pós-operatório, também destacaram a condição clínica de base e a exposição a opioides. Em conjunto, esses estudos indicam que a gravidade da doença e as condições apresentadas pelo paciente na

admissão devem ser consideradas na avaliação do risco, uma vez que podem aumentar a suscetibilidade às complicações cognitivas durante a internação.

Portanto, os estudos de Billig et al. (2022), Cechinel et al. (2022), Iglseder, Frühwald e Jagsch (2022), Tobar e Alvarez (2020), Martins et al. (2019) e Marques, Alves e Vernaglia (2024) convergem ao demonstrar que o delirium não deve ser compreendido apenas como uma complicação decorrente da assistência intensiva. Sua ocorrência também está relacionada às condições clínicas, cognitivas, funcionais e psicossociais que o idoso apresenta antes da internação. Essa compreensão reforça a importância da avaliação das condições basais do paciente desde a admissão hospitalar.

Além da vulnerabilidade prévia, os fatores relacionados à assistência e ao tratamento durante a internação podem contribuir para o desencadeamento do delirium. Nesse grupo, destacam-se a exposição a determinados medicamentos, a contenção física, a imobilidade e o uso de dispositivos e suportes terapêuticos.

Bastos et al. (2020) identificaram associação entre delirium e o uso de medicamentos empregados na sedoanalgesia, especialmente midazolam e clonidina. Esse resultado se aproxima das observações de Tobar e Alvarez (2020), que também destacam os benzodiazepínicos entre os medicamentos relacionados ao aumento do risco de delirium em pacientes hospitalizados. A aproximação entre esses autores evidencia a relevância da avaliação criteriosa da farmacoterapia, principalmente em idosos que apresentam alterações cognitivas ou múltiplas comorbidades.

Além dos fatores relacionados aos medicamentos e aos procedimentos assistenciais, as características do ambiente hospitalar também podem contribuir para o desenvolvimento do delirium. Freitas e Py (2022) destacam que a privação do sono, a ausência de iluminação natural, os ruídos constantes e a dificuldade de orientação temporal e espacial podem intensificar a desorganização cognitiva em pacientes idosos. Essa perspectiva complementa os achados de Pinheiro et al. (2022) e Zhao et al. (2023), ao demonstrar que o risco de delirium não está restrito às condições clínicas e farmacológicas, mas também envolve aspectos ambientais e organizacionais da assistência. Dessa forma, a adequação do ambiente, a preservação do ciclo sono-vigília e a oferta de estímulos de orientação podem integrar as estratégias de prevenção durante a internação.

Ampliando essa discussão, Pinheiro et al. (2022) identificaram, na análise univariada, maior prevalência de delirium associada ao uso de fentanil e noradrenalina, à ventilação mecânica e à ocorrência de lesões por pressão. Entretanto, no modelo ajustado, permaneceram como preditores independentes a idade avançada, a contenção física, a alimentação por sonda nasoenteral e o uso de anticonvulsivantes e relaxantes musculares. Essa distinção é importante, pois demonstra que nem todos os fatores inicialmente associados mantiveram a mesma relevância após o ajuste estatístico.

Os achados de Pinheiro et al. (2022) também dialogam com os de Marques, Alves e Vernaglia (2024), que identificaram o sufentanil, um opioide utilizado no contexto pós-operatório, entre os fatores associados ao delirium. Em conjunto, os estudos chamam a atenção para a exposição a medicamentos durante a internação,

especialmente sedativos e analgésicos. Entretanto, a interpretação desses resultados deve considerar que esses fármacos são frequentemente utilizados em pacientes com maior gravidade clínica, de modo que sua associação com o delirium não significa, isoladamente, que sejam responsáveis pelo desenvolvimento da síndrome. Por isso, a indicação, a dose, o tempo de utilização e a necessidade de manutenção desses medicamentos devem ser avaliados individualmente.

Outro aspecto relevante é a utilização de contenção física e a limitação da mobilidade. Pinheiro et al. (2022) identificaram a contenção física como preditor independente de delirium, enquanto Zhao et al. (2023) destacam a contenção mecânica, a imobilidade e a polifarmácia iatrogênica entre os fatores relacionados ao desenvolvimento da síndrome. A convergência entre esses autores evidencia que práticas assistenciais que restringem a mobilidade e a autonomia do paciente merecem atenção, sobretudo quando utilizadas por períodos prolongados ou sem reavaliação da necessidade.

Nesse sentido, a contenção física deve ser analisada com cautela, considerando que sua utilização pode estar relacionada à agitação, à gravidade do quadro clínico e à necessidade de proteção de dispositivos. Assim, a associação observada não permite estabelecer, por si só, uma relação causal. Ainda assim, os resultados reforçam a necessidade de avaliar alternativas assistenciais que reduzam restrições desnecessárias, favoreçam a mobilização segura e preservem a autonomia do paciente sempre que possível.

A ventilação mecânica e a alimentação por sonda nasoenteral, identificadas por Pinheiro et al. (2022), também precisam ser

interpretadas considerando o contexto clínico. Embora sejam recursos fundamentais no suporte a pacientes críticos, sua utilização pode estar associada à maior gravidade da doença, à redução da comunicação e à limitação da mobilidade. Dessa forma, mais do que considerar esses dispositivos como causas isoladas de delirium, é necessário compreender as condições clínicas e assistenciais que acompanham sua utilização.

A identificação dos fatores de risco apresentados pelos estudos demonstra que a prevenção do delirium exige uma abordagem que considere tanto as condições preexistentes do idoso quanto as exposições ocorridas durante a internação. Nesse contexto, o reconhecimento precoce das alterações cognitivas, a revisão da farmacoterapia, a redução de contenções desnecessárias e a preservação da mobilidade constituem aspectos importantes da assistência.

Gois et al. (2019), ao abordarem o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o delirium em UTI, acrescentam à discussão a importância da capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado. Esse aspecto complementa os achados dos estudos que identificaram fatores clínicos e assistenciais, pois o reconhecimento dessas condições depende da capacidade da equipe de observar alterações cognitivas e comportamentais, identificar situações de risco e comunicar oportunamente suas observações.

Essa perspectiva também se relaciona aos resultados de Zhao et al. (2023), que destacam a importância de reduzir fatores potencialmente evitáveis, como contenção mecânica, imobilidade e polifarmácia. Enquanto Zhao et al. (2023) enfatizam a redução de exposições associadas ao delirium, Gois et al. (2019) ressaltam a

dimensão do conhecimento profissional necessário para reconhecer e manejar essa condição. Portanto, a prevenção não depende exclusivamente de protocolos ou recursos tecnológicos, mas também da atuação qualificada e integrada da equipe multiprofissional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de delirium em idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva está relacionado à interação entre fatores predisponentes e precipitantes, evidenciando a natureza multifatorial dessa condição. Os estudos analisados demonstraram que a idade avançada, a demência, a fragilidade e a multimorbidade representam importantes condições de vulnerabilidade, enquanto aspectos relacionados à assistência, à exposição medicamentosa e ao ambiente hospitalar podem contribuir para o desencadeamento da síndrome.

Nesse contexto, embora os fatores não modificáveis não possam ser eliminados, sua identificação desde a admissão permite reconhecer os pacientes com maior risco e direcionar estratégias preventivas individualizadas. A revisão também evidencia a importância da avaliação criteriosa da farmacoterapia, da redução de contenções físicas desnecessárias, da preservação da mobilidade, da qualidade do sono e da orientação temporal e espacial do paciente.

Destaca-se, ainda, a importância da atuação multiprofissional e da utilização sistemática de instrumentos validados, como o CAM-ICU, para o reconhecimento precoce das alterações cognitivas e o acompanhamento dos pacientes durante a internação. Essas medidas podem contribuir para uma assistência mais segura e para

a redução de fatores potencialmente evitáveis associados ao delirium.

Conclui-se que o reconhecimento dos fatores de risco e a implementação de medidas preventivas devem integrar a rotina assistencial das UTIs, especialmente no cuidado à população idosa. Como limitação, destaca-se o número restrito de estudos incluídos e a diversidade dos cenários clínicos investigados, o que reforça a necessidade de novas pesquisas direcionadas especificamente à população idosa em terapia intensiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. DOI: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

BASTOS, Alessandra Soler et al. Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 41, p. e20190068, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068.

BILLIG, Ariel Eduardo et al. Delirium in the elderly admitted to an emergency hospital service. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 75, supl. 4, p. e20210054, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0054.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF:

Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.

BRIGANTI, Giovanni. Delirium in the elderly. Psychiatria Danubina, Zagreb, v. 37, supl. 1, p. 104-111, 2025. Disponível em: https://hrcak.srce.hr/344076.

CECHINEL, Clovis et al. Frailty and delirium in hospitalized older adults: a systematic review with meta-analysis. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 30, p. e3687, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.6120.3687.

DEVLIN, J. W. et al. 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. 46, n. 9, p. e825-e873, 2018. DOI: https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299

ELY, E. W.; MARGOLIN, R.; FRANCIS, J.; MAY, L.; TRUMAN, B.; DITTUS, R.; SPEROFF, T.; GAUTAM, S.; BERNARD, G. R.; INOUYE, S. K. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Critical Care Medicine, v. 29, n. 7, p. 1370-1379, 2001. DOI: https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de geriatria e gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

GOIS, Juliana et al. Assistência de enfermagem ao paciente com delirium na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. Nursing, São Paulo, v. 22, n. 257, p. 3214-3219, out. 2019.

IGLSEDER, Bernhard; FRÜHWALD, Thomas; JAGSCH, Christian. Delirium in geriatric patients. Wiener Medizinische Wochenschrift, Wien, n. 5-6, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10354-021-00904-z.

LUZ, Lúcia Fabiane da Silva et al. Delirium e qualidade de vida em pacientes críticos: um estudo de coorte prospectivo. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 426-432, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200072.

MARQUES, Danielle Moreira; ALVES, Davi da Silveira Barroso; VERNAGLIA, Taís Veronica Cardoso. Predisposing and precipitating factors for the development of postoperative delirium in critically ill patients in a university intensive care unit. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 32, p. e4233, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.7113.4233.

MARTINS, Juliana Bessa et al. Avaliação da prevalência de delirium em uma unidade de terapia intensiva pública. Enfermagem em Foco, Brasília, v. 10, n. 3, p. 76-81, 2019. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1759.

MIGUEL, Euripedes Constantino; GENTIL, Valentim; GATTAZ, Wagner Farid (org.). Clínica psiquiátrica. Barueri: Manole, 2011. 2 v.

PINHEIRO, Fernanda Gomes de Magalhães Soares et al. Prevalência e fatores de risco associados ao delirium em uma unidade de terapia intensiva. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 35, p. eAPE00646, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO006466.

TOBAR, Eduardo; ALVAREZ, Evelyn. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica Clínica Las Condes, Santiago, v. 31, n. 1, p. 28-35, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.008.

ZHAO, Qin et al. Non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older people: an overview of systematic reviews. International Journal of Nursing Studies, Oxford, v. 148, p. 104584, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104584.

---

[1] Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal – Unipantanal (Cáceres – MT). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal – Unipantanal (Cáceres – MT). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal – Unipantanal (Cáceres – MT). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal – Unipantanal (Cáceres – MT). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal – Unipantanal (Cáceres – MT). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal – Unipantanal (Cáceres – MT). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[7] Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal – Unipantanal (Cáceres – MT). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[8] Docente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal - Unipantanal (Cáceres – MT). Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[9] Docente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal - Unipantanal (Cáceres – MT). . E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail