



PSIQUIATRIA

**Paciente idoso ficou
confuso de repente:
é delirium?**

Confusão aguda no idoso: como reconhecer delirium e organizar a conduta

Um roteiro clínico para reconhecer início agudo e flutuação, usar o 4AT com seus limites, procurar precipitantes e decidir quando medidas de suporte são suficientes ou quando o risco exige contenção terapêutica restrita.

Vinheta clínica fictícia

Antônio, 78 anos, estava orientado antes de internar por pneumonia. Dois dias depois, passou a dormir durante as visitas, errou o mês e tentou levantar à noite para “ir ao trabalho”. Pela manhã, respondeu melhor. A família perguntou se a internação havia revelado demência.

1. Reconheça a síndrome antes de procurar um rótulo definitivo

Delirium é uma alteração aguda de atenção e cognição que flutua e decorre de uma ou mais causas fisiológicas.

Desorientação pode aparecer, mas não é o único eixo. O paciente pode acertar nome e local e ainda não conseguir sustentar atenção, acompanhar perguntas ou organizar respostas.^{1,5}

No primeiro minuto: confirme estabilidade, pergunte o que mudou e peça ao paciente uma tarefa breve de atenção. História e segurança avançam ao mesmo tempo.

Pista	O que significa	Próxima pergunta
Início em horas ou dias	Favorece síndrome aguda	Qual era o padrão imediatamente anterior?
Flutuação	A intensidade muda no mesmo dia	O que família e equipe observaram em outros turnos?
Desatenção	Eixo central do delirium	Consegue acompanhar conversa ou tarefa breve?
Alerta alterado	Pode haver hiperalerta ou sonolência	Há sedação, hipóxia, intoxicação ou doença grave?

2. O delirium hipoativo exige busca ativa

Na forma hipoativa, a pessoa fica mais quieta, sonolenta, pouco responsiva, lenta e menos móvel. Essa apresentação pode ser interpretada como fadiga, depressão ou progressão de demência. A falta de agitação não significa menor importância clínica.^{1,4,5}

Comparação útil: pergunte à família se a quantidade de fala, o interesse pelo ambiente, a velocidade das respostas e a capacidade de manter conversa mudaram desde o início da doença ou da internação.

3. Reconstrua a linha de base

O diagnóstico depende da diferença entre o estado atual e o habitual. Familiares, cuidadores, registros prévios e profissionais de outros turnos ajudam a definir cognição, independência, sono, mobilidade e comunicação antes do episódio. Demência é fator de vulnerabilidade, não explicação automática para uma mudança abrupta.

Domínio prévio	Pergunta concreta
Cognição	Reconhecia pessoas, local e rotina? Administrava decisões simples?
Função	Caminhava, alimentava-se e usava banheiro com qual ajuda?
Comunicação	Conversava com fluência e acompanhava assuntos?
Sono e comportamento	Havia inversão recente, retraimento ou agitação antes da internação?

4. Use o 4AT como ferramenta, não como atalho

O 4AT verifica alerta, breve cognição, atenção e mudança aguda ou flutuação. O NICE o recomenda diante de indicadores de delirium em contextos não críticos. Em UTI e recuperação pós-anestésica, CAM-ICU ou ICDSC são opções específicas.^{1,3}

O instrumento não identifica a etiologia e não substitui exame clínico. Um resultado baixo não encerra o caso quando a história é forte; um resultado alto também pode captar comprometimento cognitivo prévio. Use o escore para organizar observação e comunicação, mantendo o diagnóstico integrado.

Não atrase estabilização. Alteração de consciência, hipóxia, instabilidade, déficit neurológico focal, hipoglicemia, trauma ou intoxicação exigem avaliação imediata. A aplicação do instrumento vem junto da segurança, não antes dela.

5. Diferencie pelo curso, pela atenção e pelo alerta

Hipótese	Curso típico	Atenção e alerta	Cuidado
Delirium	Horas ou dias, flutuante	Atenção nova ou marcadamente pior; alerta variável	Buscar causas agudas em paralelo
Demência	Meses ou anos, progressivo	Atenção pode ser relativamente preservada no início	Delirium pode ocorrer sobre demência
Depressão	Semanas ou meses	Queixa subjetiva e lentificação, em geral sem flutuação intensa do alerta	Forma hipoativa pode imitar depressão
Psicose primária	Variável	Atenção e consciência costumam estar mais estáveis	Primeiro quadro tardio pede exclusão clínica e tóxica

Essas diferenças orientam probabilidade, não funcionam como regras absolutas. Alterações podem coexistir. Quando delirium e demência são difíceis de separar, manejar o delirium primeiro protege contra a normalização de uma síndrome aguda.^{1,2}

6. Procure a carga de precipitantes

Em pessoas idosas e frágeis, o quadro muitas vezes resulta da soma de fatores. A investigação deve responder às pistas da história, dos sinais vitais, do exame físico e do ambiente.

Bloco	Exemplos a revisar
Oxigenação e circulação	Hipóxia, hipotensão, anemia relevante, descompensação cardiopulmonar
Infecção e inflamação	Foco respiratório, urinário ou outro conforme sintomas e exame
Metabólico e orgânico	Glicemia, eletrólitos, função renal ou hepática conforme contexto
Dor e eliminação	Dor não tratada, retenção urinária, constipação
Neurológico	Déficit focal, crise, trauma, cefaleia ou rebaixamento desproporcional
Substâncias e ambiente	Intoxicação, abstinência, privação de sono, imobilidade, mudança de quarto

7. Faça reconciliação medicamentosa de verdade

Liste medicações habituais, novas, suspensas e administradas “se necessário”. Relacione início do sintoma com dose, função renal ou hepática, interação e retirada abrupta. Sedativos, carga anticolinérgica, opioides e corticosteroides podem contribuir, mas a causalidade não nasce de uma lista genérica.

O que entrou?

Novo fármaco, ajuste de dose, anestésico ou automedicação.



O que saiu?

Álcool, benzodiazepínico ou medicamento crônico interrompido.



O que acumulou?

Função orgânica, interação, duplicidade e prescrição "se necessário".



O que pode ser retirado com segurança?

Defina indicação, risco e alternativa.

Reconhecer delirium cedo permite tratar causas sem reduzir o caso à sedação.

**Conheça a Pós-Graduação em Psiquiatria do
CENBRAP**

8. Trate causas e organize o ambiente

Reorientação simples e repetida, relógio e calendário visíveis, equipe e quarto estáveis quando possível, participação da família, óculos e aparelhos auditivos, hidratação, nutrição, mobilização segura, manejo da dor e proteção do sono compõem o cuidado multicomponente.^{1,2,6}

Ação	Aplicação	Erro comum
Reorientar	Dizer onde está, por que e quem integra a equipe	Corrigir de forma confrontativa
Reduzir privação sensorial	Manter óculos, aparelho auditivo e iluminação adequada	Atribuir respostas erradas à “confusão” sem checar audição
Proteger sono	Agrupar cuidados e reduzir ruído noturno	Sedar rotineiramente para fazer o paciente dormir
Mobilizar	Movimento seguro, com apoio e prevenção de queda	Imobilizar por conveniência

9. Quando considerar medicação

Antipsicóticos não tratam a causa e não devem ser usados de rotina. O uso pode ser considerado por curto prazo quando há sofrimento intenso ou risco relevante para o paciente ou terceiros, após desescalada e medidas ambientais, enquanto os precipitantes são tratados.^{1,4,7}

Antes de prescrever: confirme o alvo, avalie QT e interações, doença de Parkinson, demência com corpos de Lewy, risco de sedação, aspiração, queda e efeitos extrapiramidais. Registre a razão, a reavaliação e a retirada.

Benzodiazepínicos não são primeira linha para agitação associada ao delirium. Exceções incluem abstinência de álcool ou benzodiazepínicos, que exige protocolo próprio. Fora dessas situações, sedação pode piorar atenção, mobilidade e risco de aspiração ou queda.^{4,5}

10. Reavalie evolução e prepare a alta

Repita avaliação de atenção, alerta, cognição, mobilidade, alimentação e sono. Documente causas identificadas, exames relevantes, medicamentos suspensos ou ajustados, necessidade de supervisão e capacidade atual de participar de decisões.

Retorno à vinheta

Antônio apresentava pneumonia, hipóxia leve, privação de sono, retenção urinária e uso recente de um sedativo. O plano tratou os precipitantes, retirou o medicamento desnecessário, corrigiu privação sensorial e envolveu a família. A atenção melhorou gradualmente. O diagnóstico não foi “demência descoberta na internação”, e sim delirium sobre uma vulnerabilidade cognitiva que precisaria ser reavaliada após a fase aguda.

Na alta, comunique o episódio à atenção primária e à família. Persistência de déficit, nova flutuação, febre, dispneia, queda, redução importante de ingestão ou incapacidade de autocuidado pedem reavaliação. A recuperação pode oscilar; isso não autoriza perder uma nova causa clínica.

Uma formação sólida ajuda o médico a integrar estado mental, doença clínica e segurança sem dicotomias.

Conheça a Pós-Graduação em Psiquiatria do CENBRAP

Referências

1. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. CG103. Updated 2023.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/recommendations>
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Risk reduction and management of delirium. SIGN 157. 2019.
<https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf>
3. MacLulich AMJ et al. 4AT: Rapid Clinical Test for Delirium Detection. Manual and clinical resources.
<https://www.the4at.com/>
4. American Geriatrics Society Expert Panel. Abstracted Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63:142-150.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5901697/>
5. Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2017;318:1161-1174.
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067>
6. Burton JK et al. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2021;11:CD013307.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013307.pub3>
7. Tomlinson EJ, Schnitker LM, Casey PA. Exploring Antipsychotic Use for Delirium Management in Adults in Hospital, Sub-Acute Rehabilitation and Aged Care Settings. Drugs Aging. 2024;41:455-486.
<https://doi.org/10.1007/s40266-024-01122-z>