

Construção e Validação de um Protocolo de Cuidados para Pacientes Críticos com Câncer em Delirium

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1311>

Construction and Validation of a Care Protocol for Critical Patients with Cancer in Delirium

Construcción y Validación de un Protocolo de Atención al Paciente Crítico con Cáncer en Delirium

Bárbara Rocha Gouveia¹; Rafael Tavares Jomar²; Débora Cristina Leitão dos Santos³; Tânia Cristina de Oliveira Valente⁴

RESUMO

Introdução: A frequência de *delirium* em unidades de terapia intensiva oncológica é elevada. **Objetivo:** Construir um protocolo de cuidados para pacientes com câncer em *delirium*, internados em uma unidade de terapia intensiva e investigar sua validade de face e de conteúdo. **Método:** Estudo descritivo realizado em 2016 em um centro de assistência de alta complexidade em oncologia localizado na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Um comitê formado por 43 juízes apreciou as validades de face e de conteúdo do protocolo que foi construído a partir das recomendações constantes no *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium*. Calcularam-se o índice de validade de conteúdo e as proporções de pertinência e de conformidade de cada item desse protocolo. **Resultados:** Todos os 19 itens obtiveram índice de validade de conteúdo >0,80 e proporções de conformidade superiores a 95%. A proporção de pertinência de cada item variou de 86% a 100%. **Conclusão:** O protocolo apresentou adequadas validades de face e de conteúdo, mostrando-se promissor no manejo do *delirium* em pacientes com câncer internados em unidade de terapia intensiva. **Palavras-chave:** Delírio; Unidades de Terapia Intensiva; Institutos de Câncer; Estudos de Validação.

ABSTRACT

Introduction: The frequency of *delirium* in oncology intensive care units is high. **Objective:** To build a care protocol for cancer patients with *delirium* admitted to an intensive care unit and investigate its face and content validity. **Method:** Descriptive study conducted in 2016 in a high complexity care center in oncology located in the city of Rio de Janeiro, Brazil. A committee formed by 43 judges assessed the face and content validity of the protocol that was built from the recommendations contained in the *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium*. The content validity index and the proportions of pertinence and compliance of each item of the protocol were calculated. **Results:** All 19 items had a content validity index >0.80 and proportions of compliance greater than 95%. The relevance ratio of each item ranged from 86% to 100%. **Conclusion:** The protocol presented adequate face and content validity, being promising for the management of *delirium* in cancer patients admitted to an intensive care unit.

Key words: Delirium; Intensive Care Units; Cancer Care Facilities; Validation Study.

RESUMEN

Introducción: La frecuencia del *delirium* en las unidades de cuidados intensivos oncológicos es alta. **Objetivo:** Elaborar un protocolo de atención para pacientes oncológicos con *delirium* ingresados en unidad de cuidados intensivos e investigar su validez aparente y de contenido. **Método:** Estudio descriptivo realizado en 2016 en un centro de atención de alta complejidad en oncología ubicado en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Un comité formado por 43 jueces evaluó la validez aparente y de contenido del protocolo que se construyó a partir de las recomendaciones contenidas en el *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium*. Se calculó el índice de validez de contenido y las proporciones de pertinencia y cumplimiento de cada ítem del protocolo. **Resultados:** Los 19 ítems tenían un índice de validez de contenido >0,80 y proporciones de cumplimiento superiores al 95%. El índice de relevancia de cada ítem osciló entre el 86% y el 100%. **Conclusión:** El protocolo presentó una adecuada validez aparente y de contenido, y se mostró prometedor en el manejo del *delirium* en pacientes con cáncer ingresados en una unidad de cuidados intensivos.

Palabras clave: Delirio; Unidades de Cuidados Intensivos; Instituciones Oncológicas; Estudio de Validación.

¹⁻³Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Biomédico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹E-mail: barbaragouveia@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2618-5758>

²E-mail: rafaeljomar@yahoo.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-4101-7138>

³E-mail: dcleitao81@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1475-7541>

⁴E-mail: valenteunirio@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5735-5983>

Endereço para correspondência: Bárbara Rocha Gouveia. Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20230-130. E-mail: barbaragouveia@gmail.com



INTRODUÇÃO

O *delirium* corresponde a uma disfunção neurológica aguda caracterizada por alterações transitórias da consciência e da cognição observada com frequência em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). A prevalência desse fenômeno é de cerca de 70% e a incidência pode chegar a até 89% em UTI não especializadas¹⁻³. Em UTI oncológicas, a prevalência e a incidência de *delirium* também são elevadas, especialmente entre pacientes sob ventilação mecânica, respectivamente, 95%⁴ e 64,6%⁵.

Além do mais, pacientes que desenvolvem *delirium* costumam apresentar piores resultados na evolução, o que contribui para o aumento do tempo de hospitalização, maior risco de ocorrência de eventos adversos, a exemplo de complicações respiratórias e neurológicas, além de maior mortalidade¹⁻³.

A fim de contribuir para a implementação de estratégias de avaliação, prevenção e tratamento do *delirium* em ambientes críticos, o objetivo deste estudo foi construir um protocolo de cuidados para pacientes com câncer em *delirium* internados em UTI e investigar sua validade de face e de conteúdo.

MÉTODO

Estudo descritivo de caráter metodológico que foi conduzido entre os meses de outubro e dezembro de 2016 na UTI de um centro de assistência de alta complexidade em oncologia localizado na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Para construção do protocolo de cuidados, utilizaram-se as recomendações constantes no *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium*⁶, do qual foram selecionados itens considerados relevantes, sendo tal relevância confirmada por extensa revisão de literatura realizada pelos autores. Os 19 itens selecionados foram distribuídos em dimensões nomeadas “Dor e Analgesia”, “Agitação e Sedação” e “Estratégias de Manejo”.

A técnica Delphi⁷ foi aplicada para validação de face e de conteúdo do protocolo de cuidados por um comitê de juízes formado por enfermeiros, médicos e fisioterapeutas. Os critérios para a seleção de juízes foram tempo de experiência prática em terapia intensiva maior ou igual a cinco anos e tempo de atuação no cenário de estudo maior ou igual a um ano.

Assim, 47 juízes receberam carta-convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e *link* para acessar a primeira versão do protocolo de cuidados por e-mail, por *app* de troca de mensagens ou das mãos da

autora principal do estudo. Nessa etapa, os juízes foram orientados a avaliar a aparência e o conteúdo do protocolo de cuidados mediante análise dos itens selecionados para sua composição por meio de um questionário com espaço para comentários e sugestões. Sobre a pertinência de cada item no protocolo, os juízes deveriam assinalar umas das seguintes opções do questionário: “concordo” ou “discordo”. No tocante ao grau de importância de cada item, os juízes deveriam assinalar uma das seguintes opções do questionário: “sem importância”, “importante” ou “muito importante”.

Devolveram o TCLE assinado e o questionário devidamente preenchido no prazo estabelecido (até 20 dias) 43 juízes. Em seguida, calculou-se o índice de validade de conteúdo (IVC), que mediu a proporção de juízes que estavam em concordância sobre o grau de importância de cada item classificado como “importante” ou “muito importante”, sendo considerados válidos aqueles que obtiveram valor mínimo de 0,80 de concordância entre os juízes⁸.

Comentários e sugestões dos juízes feitos na etapa anterior foram considerados na seguinte, na qual a redação de alguns itens foi reformulada e um novo item foi incluído no protocolo de cuidados. Na sequência, a versão reformulada do protocolo foi submetida a novo exame dos mesmos 43 juízes, que devolveram o questionário de avaliação em, no máximo, dez dias após seu recebimento por e-mail, por *app* de troca de mensagens ou das mãos da autora principal do estudo. Nesse questionário, os juízes responderam “sim” ou “não” sobre a conformidade dos itens componentes do protocolo no tocante à clareza e à forma como os itens estavam agrupados, à coerência entre os itens apresentados e suas respostas, à objetividade dos itens e à facilidade de leitura e compreensão, segundo proposta de avaliação de conformidade sugerida por Pasquali⁹.

A condução do estudo foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Parecer 1.769.591) e do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Parecer 1.776.393) em outubro de 2016.

RESULTADOS

O comitê foi composto 22 enfermeiros, 16 médicos e cinco fisioterapeutas, majoritariamente, do sexo feminino (67,4%). A média de idade dos juízes foi igual a 40,7 anos (desvio-padrão: 7,0) e o tempo médio de experiência prática em terapia intensiva igual a 14,4 anos (desvio-padrão: 2,0). Todos possuíam curso de pós-graduação na área de terapia intensiva, sendo que 27,9% eram mestres e 7,0% doutores.

A primeira versão do protocolo de cuidados avaliada pelo comitê está apresentada no Quadro 1.

Sobre a pertinência de cada item no protocolo, a proporção de concordância dos juízes variou de 86% a 100%, sendo que 14 dos 19 itens obtiveram proporção de concordância $\geq 95\%$. Conforme a Tabela 1, todos os itens

da primeira versão do protocolo de cuidados obtiveram IVC $>0,80$.

Comentários e sugestões dos juízes sobre a aparência e o conteúdo do protocolo de cuidados determinaram a

Quadro 1. Primeira versão do protocolo

Dor e Analgesia	1. Incidência de dor (considerar dor oncológica)
	2. Avaliação da dor (utilizar, preferencialmente, a <i>Behavioral Pain Scale</i> ¹⁰ para pacientes sedados ou a escala visual analógica para os não sedados)
	3. Tratamento/Controle da dor
Agitação e Sedação	4. Despertar diário programado e assistido
	5. Evitar uso abusivo de medicamentos sedativos em <i>bolus</i>
	6. Monitoramento da profundidade da sedação (utilizar a <i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i> ¹¹)
	7. Escolha do sedativo
Estratégias de Manejo	8. Detecção e monitoramento de <i>delirium</i> (utilizar o <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> ¹²)
	9. Sempre que possível, realizar mobilização precoce
	10. Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo
	11. Evitar uso de ataduras para restrição; se necessário, privilegiar luva de boxe
	12. Permitir a presença de acompanhante sempre que possível
	13. Propiciar visita à unidade pós-operatória em casos de cirurgia eletiva
	14. Utilizar protetores auriculares avaliando a condição individual
	15. Manter luz indireta apenas e instalar dispositivos de controle de luminosidade
	16. Manter próteses auditivas e permitir uso dos óculos e de outros objetos pessoais sempre que possível
	17. Evitar uso de aparelhos de televisão e rádio após as 24:00 horas (utilizar, quando indicado, fones de ouvido)
	18. Manter cortinas abertas durante o dia, sempre que possível, permitindo que o paciente diferencie dia/noite
	19. Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie horas do dia e da noite

Tabela 1. Índice de validade de conteúdo de cada item da primeira versão do protocolo

Item	IVC
1. Incidência de dor (considerar dor oncológica)	1,00
2. Avaliação da dor (utilizar, preferencialmente, a <i>Behavioral Pain Scale</i> ¹⁰ para pacientes sedados ou a escala visual analógica para os não sedados)	0,97
3. Tratamento/Controle da dor	1,00
4. Despertar diário programado e assistido	1,00
5. Evitar uso abusivo de medicamentos sedativos em <i>bolus</i>	0,97
6. Monitoramento da profundidade da sedação (utilizar a <i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i> ¹¹)	1,00
7. Escolha do sedativo	1,00
8. Detecção e monitoramento de <i>delirium</i> (utilizar o <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> ¹²)	1,00
9. Sempre que possível, realizar mobilização precoce	1,00
10. Manter temperatura adequada de acordo com condição do indivíduo	1,00
11. Evitar uso de ataduras para restrição; se necessário, privilegiar luva de boxe	1,00
12. Permitir a presença de acompanhante sempre que possível	0,97
13. Propiciar visita à unidade pós-operatória em casos de cirurgia eletiva	0,97
14. Utilizar protetores auriculares avaliando a condição individual	0,81
15. Manter luz indireta apenas e instalar dispositivos de controle de luminosidade	0,95
16. Manter próteses auditivas e permitir uso dos óculos e de outros objetos pessoais sempre que possível	1,00
17. Evitar uso de aparelhos de televisão e rádio após as 24:00 horas (utilizar, quando indicado, fones de ouvido)	0,95
18. Manter cortinas abertas durante o dia, sempre que possível, permitindo que o paciente diferencie dia/noite	1,00
19. Utilização de relógios de parede digitais, permitindo que o paciente diferencie horas do dia e da noite	1,00

reformulação da redação de alguns itens, tal como o 14 e o 17, e até mesmo a combinação deles: caso do item 18 que, embora tenha obtido IVC igual a 1,00, foi combinado ao item 15, que obteve IVC igual a 0,95 (Tabela 1). Além disso, foi incluído um item novo sobre conforto (item 19), uma vez que 11,6% dos juízes recomendaram sua inclusão na versão final do protocolo de cuidados, apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Versão final do protocolo

Dor e Analgesia	1. Avaliar a incidência de dor (considerar dor oncológica)
	2. Avaliar a dor (utilizar, preferencialmente, a <i>Behavioral Pain Scale</i> ¹⁰ para pacientes sedados ou a escala visual analógica para os não sedados)
	3. Tratar a dor
Agitação e Sedação	4. Programar o despertar diário programado e assistido visando sedação guiada por metas
	5. Evitar o uso abusivo de medicamentos sedativos em bolus
	6. Monitorar a profundidade da sedação (utilizar a <i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i> ¹¹)
	7. Escolher adequadamente o sedativo
Estratégias de Manejo	8. Detectar e monitorar o <i>delirium</i> (utilizar o <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> ¹²)
	9. Realizar a mobilização precoce, tão logo seja possível
	10. Manter a temperatura corporal adequada de acordo com a condição do paciente
	11. Evitar o uso de ataduras para contenção mecânica; se necessário, privilegiar a do tipo luva boxe
	12. Permitir a presença de acompanhante sempre que possível
	13. Propiciar uma visita prévia para conhecimento da unidade pós-operatória em caso de cirurgia eletiva
	14. Minimizar e gerenciar os ruídos do ambiente
	15. Permitir a entrada de luz natural para que o paciente diferencie dia e noite, respeitando o período noturno com luminosidade reduzida sempre que possível
	16. Manter as próteses auditivas e permitir o uso de óculos e de outros objetos pessoais sempre que possível
	17. Evitar o uso de aparelhos de televisão e rádio após as 22:00 horas (utilizar, quando indicado, fones de ouvido)
	18. Utilizar relógio digital de parede, permitindo que o paciente diferencie as horas do dia e da noite
	19. Proporcionar conforto

De acordo com a proposta de avaliação de conformidade sugerida por Pasquali⁹, todos os itens componentes da versão final do protocolo de cuidados apresentaram proporções de conformidade superiores a 95% (Tabela 2).

Tabela 2. Conformidade dos itens da versão final do protocolo

Conformidade	Sim (%)
Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de objetividade? - devem permitir uma resposta certa ou errada	100
Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de simplicidade? - devem expressar uma única ideia	98
Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de clareza? - devem ser compreensíveis	98
Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de variedade? - padronização de termos, ocasionando uma leitura confusa, cansativa e monótona	98
Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de tipicidade? - presença de frases com expressões condizentes à temática	100
Os itens apresentados estão em conformidade com o critério de amplitude? - conjunto dos itens deve cobrir toda a extensão de magnitude da temática	96

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicam que a versão final do protocolo de cuidados para pacientes com câncer em *delirium* internados em UTI é composto por itens pertinentes e importantes, que foram agrupados de forma clara e coerentemente apresentados no que concerne à objetividade e à facilidade de leitura e compreensão. Diante desses resultados, acredita-se que o protocolo tenha potencial para colaborar com o manejo do *delirium* em pacientes críticos com câncer.

Uma revisão sistemática¹³ concluiu que programas de implementação de estratégias direcionadas à avaliação, à prevenção e ao tratamento do *delirium* em UTI, integradas a ações de manejo da dor e da agitação⁶, tal como o protocolo aqui investigado, têm potencial para melhorar os resultados clínicos dos pacientes.

O primeiro item do protocolo de cuidados trata da avaliação da dor, incluindo a dor oncológica. Esse destaque foi dado porque a dor oncológica é caracterizada por sensações simultâneas de dor aguda e crônica associadas

à disseminação de células tumorais no corpo, ou por ser consequência de uma modalidade de tratamento do câncer, ou por ter sido provocada por outras condições relacionadas à doença, como ferida tumoral, por exemplo¹⁴. Sendo assim, é imprescindível que profissionais atuantes em UTI oncológica considerem a avaliação da dor porque, além de ela ser um fator desencadeante de *delirium*, quando negligenciada¹⁵, é descrita como sensação intensa e insuportável acompanhada por dificuldade para dormir e irritabilidade¹⁴.

Além de o protocolo ter considerado a avaliação da dor oncológica, os juízes sugeriram a inclusão de outro item que contemplasse o conforto do paciente. O conforto já havia sido apontado por estudo anterior como importante questão a ser observada no manejo do *delirium* em UTI. Sabe-se que o conforto é influenciado pelos contextos físico, psíquico, social e ambiental, que, notadamente, sofre influência das condições de luminosidade, som e temperatura¹⁶, que tem características particulares em UTI: ruídos permanentes (oriundos de monitores cardíacos, ventiladores mecânicos e bombas infusoras de medicamentos), odores desagradáveis, iluminação artificial intensa e temperatura fria¹⁷. Embora os itens 14 e 15 tratem do controle de ruídos e da luminosidade, justifica-se a importância de um item sobre conforto no protocolo de cuidados, uma vez que o diagnóstico de câncer traz a consciência do risco de morte, que pode ser acompanhada de angústia e medo, influenciando, assim, o conforto do paciente¹⁸.

Excetuando-se os itens sobre dor oncológica e conforto, os demais foram construídos a partir das recomendações constantes do *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium*⁶, que recomenda as melhores práticas para o manejo de dor, agitação e *delirium*, a fim de melhorar os resultados clínicos de pacientes adultos internados em UTI. Portanto, vale destacar que o protocolo de cuidados foi desenvolvido com o propósito de contribuir para a uniformização de condutas assistenciais para pacientes críticos no contexto oncológico, de modo que todos os profissionais intensivistas possam observá-lo. Isto porque, no manejo e controle de outros fenômenos frequentes em UTI, programas de prevenção com agrupamento de recomendações ou combinação de boas práticas já apresentaram mais resultados positivos do que a realização de ações ou recomendações de forma isolada¹⁹.

CONCLUSÃO

Embora investigações futuras sejam necessárias para avaliar a aplicação prática e a viabilidade do uso do protocolo de cuidados construído, este apresentou

adequadas validades de face e de conteúdo, mostrando-se, então, um instrumento promissor para o manejo do *delirium* em pacientes com câncer internados em UTI.

CONTRIBUIÇÕES

Bárbara Rocha Gouveia contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise de dados, interpretação dos resultados e redação do manuscrito. Rafael Tavares Jomar, Débora Cristina Leitão dos Santos e Tânia Cristina de Oliveira Valente contribuíram na revisão crítica e redação do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Dessap AM, Roche-Campo F, Launay JM, et al. Delirium and circadian rhythm of melatonin during weaning from mechanical ventilation: an ancillary study of a weaning trial. *Chest*. 2015;148(5):1231-41. doi: <https://doi.org/10.1378/chest.15-0525>
2. Balas MC, Rice M, Chaperon C, et al. Management of delirium in critically ill older adults. *Crit Care Nurse*. 2012;32(4):15-26. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2012480>
3. Mehta S, Cook D, Devlin JW, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. *Crit Care Med*. 2015;43(3):557-66. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000727>
4. Almeida ICT, Soares M, Bozza FA, et al. The impact of acute brain dysfunction in the outcomes of mechanically ventilated cancer patients. *Plos One*. 2014;9(1):e85332. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085332>
5. Gouveia BR, Jomar RT, Valente TCO. Delirium in cancer patients admitted to the intensive care unit: a retrospective study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(4):536-40. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190064>
6. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41(1):263-306. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
7. Kezar A, Maxey D. The Delphi technique: an untapped approach of participatory research. *Int J Soc Res*

- Methodol. 2016;19(2):143-60. doi: <https://doi.org/10.1080/13645579.2014.936737>
8. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(7):3061-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
 9. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):206-13.
 10. Payen JF, Bru O, Bosson JL, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*. 2001;29(12):2258-63. doi: <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>
 11. Ely EW, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*. 2003;289(22):2983-91. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>
 12. Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001;29(7):1370-9. doi: <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>
 13. Trogrlić Z, van der Jagt M, Bakker J, et al. A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. *Crit Care*. 2015;19(1):157. doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0886-9>
 14. Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®. Versão 2017. Porto Alegre: Artmed; 2018.
 15. Bastos AS, Beccaria LM, Silva DC, et al. Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190068. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068>
 16. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch*. 1991;23(4):237-40. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
 17. Vale CCSO, Líbero ACA. A espiritualidade que habita o CTI. *Mental*. 2017;11(21):321-38.
 18. Gonçalves MCS, Brandão MAG, Duran ECM. Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis impaired comfort in oncology. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):115-24. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600016>
 19. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170001. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>

Recebido em 10/11/2020
Aprovado em 21/12/2020