

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área
de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

CONTEÚDOS CLÍNICOS RELEVANTES PARA A TOMADA DE DECISÃO E
DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PESSOA
SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPÉDICA DOS MEMBROS INFERIORES

(ANCA E JOELHO)

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Maria Carla Rodrigues Reis

Porto | 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Perioperatória

CONTEÚDOS CLÍNICOS RELEVANTES PARA A TOMADA DE
DECISÃO E DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM NA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA
ORTOPÉDICA DOS MEMBROS INFERIORES (ANCA E JOELHO)

RELEVANT CLINICAL CONTENT FOR DECISION-MAKING AND
DOCUMENTATION OF NURSING CARE FOR PEOPLE UNDERGOING
ORTHOPEDIC SURGERY OF THE LOWER LIMBS (HIP AND KNEE)

Dissertação orientada pela Professora Doutora Natália Machado
e pelo Professor Doutor Filipe Pereira

Autora
Maria Carla Rodrigues Reis

Porto, 2024

“Como não estás experimentado com as coisas do mundo, todas as coisas que tenham alguma dificuldade te parecem impossíveis. Confia no tempo, que consegue dar doces saídas a muitas amargas dificuldades”.

Miguel de Cervantes

AGRADECIMENTOS

Devo um agradecimento especial à Professora Doutora Natália Machado pela paciência, pela capacidade de sempre encontrar uma solução e pela sua disponibilidade para me ensinar e orientar, foi sem dúvida a sua presença e exemplo que não me deixaram desistir.

Agradeço ao Professor Doutor Filipe Pereira pela motivação e pela disponibilidade para me ensinar.

Quero agradecer a todos os enfermeiros perioperatórios que investem no seu percurso académico e de investigação pela força e resiliência.

Agradeço aos meus colegas e amigos do Bloco Operatório, Unidade Local de Saúde de Sto. António, que me apoiaram e motivaram para conseguir levar este projeto para diante.

Aos meus amigos por toda a compreensão, conforto, motivação e por sempre acreditarem em mim.

Ao Zé pelo apoio incondicional, por estar do meu lado, por estar quando eu precisava e por sempre me motivar a ir mais além.

Agradeço ao meu filho que nunca me deixou desistir, compreendeu as ausências, sempre acreditou e porque é uma verdadeira inspiração.

Aos meus pais pelo apoio e amor incondicional.

RESUMO

A tomada de decisão clínica à pessoa em situação perioperatória assume particular relevância no contexto deste estudo de investigação. A conceção de cuidados de enfermagem inicia-se com a identificação de dados que permitam a determinação de áreas de atenção e diagnósticos de enfermagem. A resolução das necessidades em cuidados de enfermagem traduz-se na intencionalidade dos cuidados sob a forma de objetivos e de intervenções de enfermagem que permitem dar resposta aos objetivos preconizados.

O trabalho que se apresenta tem como propósito contribuir para a identificação dos itens de informação relevantes para a tomada de decisão dos cuidados de enfermagem na pessoa submetida a cirurgia ortopédica dos membros inferiores (anca e joelho).

A metodologia usada foi uma pesquisa integrativa da literatura com o objetivo de identificar dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem, dos clientes nas condições cirúrgicas referidas. De seguida foi efetuado o mapeamento com os itens de informação que representam o conhecimento na ontologia de enfermagem.

Os resultados obtidos da revisão da literatura estão representados na ontologia de enfermagem. Estes integram os domínios conceituais plasmados na ontologia de enfermagem e que dizem respeito ao procedimento invasivo; processos corporais como termorregulação, tegumentos, sensações somáticas, como a dor, entre outros aspetos; processos mentais como a emoção associada à ansiedade prévia à cirurgia; assim como, os aspetos relativos ao autocuidado com impacto na recuperação cirúrgica aos membros inferiores.

As evidências que permitem uma reflexão e sugestão de inclusão na ontologia de enfermagem guardam relação com a intencionalidade dos cuidados na prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico e da manutenção da normotermia.

Palavras-Chave: Perioperatório; Tomada de decisão em enfermagem; Representação do conhecimento.

ABSTRACT

Clinical decision-making for people in perioperative situations is particularly important in the context of this research study. The conceptualization of nursing care begins with the identification of data that allows for the determination of areas of attention and nursing diagnoses. The resolution of nursing care needs is reflected in the intentionality of care in the form of nursing objectives and interventions that enable the recommended objectives to be met.

The purpose of this study is to contribute to the identification of relevant information items for decision-making in nursing care of patients undergoing orthopaedic surgery of the lower limbs (hip and knee).

This study used an integrative literature search to identify data, diagnoses, objectives and nursing interventions for clients with these surgical conditions. This was followed by data mapping with the information items that represent the knowledge in the nursing ontology.

Based on the results of the literature review, they are represented in the nursing ontology. These include the conceptual domains reflected in the nursing ontology and which relate to the invasive procedure; body procedures such as thermoregulation, teguments, somatic sensations such as pain, among other aspects; mental procedures such as emotion associated with anxiety prior to surgery; and the aspects relating to self-care with an impact on surgical recovery of the lower limbs.

The evidence that allows reflection and suggests inclusion in the nursing ontology is related to the intentionality of care in preventing injuries resulting from surgical positioning and maintaining normothermia.

Keywords: Perioperative; Nursing decision-making; Knowledge representation.

CHAVE DE SIGLAS

AAOS – *American Academy of Orthopaedic Surgeons*

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD – Atividades da Vida Diária

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

BO – Bloco Operatório

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIDESI-ESEP – Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DCPO – Disfunção Cognitiva Pós-Operatória

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-lei

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EVA-A – Escala de Vinculação do Adulto

HHCC – *Home Health Care Classification*

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

ICN – *International Council of Nurses*

ICNP – *International Classification of Nursing Practice*

IMC – Índice de Massa Corporal

ISO – *International Organization for Standardization*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MCD – Modelo Clínico de Dados

MS – Ministério da Saúde

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC – *Nursing Interventions Classification*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

SAMS – Serviço de Assistência Médico Social

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistemas de Informação da Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TENS – Estimulação Elétrica Transcutânea

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UNIESEP – Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	23
1.1 – A enfermagem à pessoa em situação perioperatória	24
1.1.1 – A pessoa submetida a cirurgia ortopédica dos membros inferiores	27
1.1.1.1 – A artroplastia total da anca	28
1.1.1.2 – A artroplastia total do joelho.....	32
1.2 – A tomada de decisão e a conceção de cuidados de enfermagem	37
1.3 – A representação do conhecimento de enfermagem em contexto perioperatório	45
2 – MATERIAIS E MÉTODOS	48
2.1 – Finalidade e objetivos	48
2.2 – Tipo de estudo.....	49
2.3 – Desenho do estudo	50
2.4 – Contexto do estudo.....	51
2.5 – Estratégias de recolha de dados.....	52
2.5.1 – Revisão integrativa de literatura	53
2.6 – Técnica de análise de dados	55
2.7 – Considerações éticas	56
3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
3.1 – Da análise de conteúdo dos artigos	62
3.1.1 – Dos aspetos relativos à preparação cirúrgica	64
3.1.2 – Dos aspetos que relevam durante a cirurgia	69
3.1.3 – Dos aspetos que relevam após a cirurgia	73
3.1.4 – Dos aspetos relativos à recuperação cirúrgica.....	76
3.2 – Mapeamento obtido com a Ontologia de Enfermagem	78
3.3 – Reflexão e análise dos resultados	85

CONCLUSÃO	91
BIBLIOGRAFIA.....	95
ANEXOS.....	125
Anexo I – Lista de Artigos Analisados.....	127

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de inclusão e de exclusão.....	60
Tabela 2: Mapeamento - Procedimento invasivo	80
Tabela 3: Mapeamento - Sensações somáticas	80
Tabela 4: Mapeamento - Sistema cardiovascular	81
Tabela 5: Mapeamento - Digestão	81
Tabela 6: Mapeamento - Pele e mucosas	82
Tabela 7: Mapeamento - Sistema regulador: Metabolismo e termorregulação.....	83
Tabela 8: Mapeamento - Emoção: Ansiedade	83
Tabela 9: Mapeamento - Autocuidado	84

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Descriptores DeCS seleccionados para a pesquisa	58
Figura 2: Frase Boleana	59
Figura 3: Fluxograma PRISMA 2020	61

INTRODUÇÃO

O presente estudo é desenvolvido no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Aprecia referir que este é o culminar de todo o percurso formativo traçado até então, assim como o reflexo de todo o conhecimento adquirido e da experiência profissional conseguida ao longo de anos de prática profissional de enfermagem. Isto porque, foram todos estes fatores que concorreram para a escolha do tema em foco e do estudo que aqui é apresentado.

A utilização de sistemas de documentação eletrónica na área da saúde, da qual a enfermagem faz parte, tem vindo a aumentar, constatando-se que, nos últimos anos, várias unidades hospitalares e instituições de saúde adotaram sistemas de registo eletrónico de saúde para facilitar o armazenamento e a gestão da informação dos clientes. Assim sendo, através destes sistemas, os profissionais de saúde, com destaque para os profissionais de enfermagem podem documentar, o atendimento realizado ao cliente, procedendo ao registo da informação relevante para a continuidade dos cuidados. A adoção e implementação dos sistemas de documentação eletrónica na área da saúde são extremamente benéficas, na medida em que contribuem para uma melhor acessibilidade, legibilidade e interoperabilidade dos dados do cliente o que, por sua vez, contribui para cuidados mais eficientes e coordenados.

De facto, a área da saúde está em permanente evolução, verificando-se que os avanços tecnológicos e de investigação têm vindo a revolucionar a forma como o atendimento ao cliente é prestado. Nesta ótica, a importância de uma documentação clínica precisa é fundamental, assumindo-se como uma ferramenta crucial para os profissionais de saúde na tomada de decisões informadas e na prestação de cuidados de saúde adequados. E no que respeita, particularmente, à enfermagem, a documentação dos cuidados desempenha um papel crucial na medida em que reporta a tomada de decisão clínica e o impacto que a ação profissional dos enfermeiros releva para a saúde das pessoas.

Na prestação de cuidados, os enfermeiros vêem-se confrontados com diversas tomadas de decisão, seja ao nível da seleção dos dados a recolher, seja ao nível da identificação dos diagnósticos, ou da prescrição das intervenções de enfermagem que irão responder às

necessidades de cuidados dos clientes (Silva, 2011). Como salienta Silva (2011), é necessário promover a sistematização na explanação da conceção de cuidados, assegurando a integridade referencial – relação adequada e portadora de sentido – entre os elementos do processo de Enfermagem – os dados iniciais, os diagnósticos, os objetivos e, essencialmente, as intervenções. Isto porque, a informação assume-se como uma componente crucial na tomada de decisão clínica e um requisito fundamental para a gestão dos cuidados de saúde (Marin et al., 2001).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), em Portugal, desde os anos 90 que os enfermeiros documentam os cuidados, contudo, volvidos 20 anos desde o início da documentação dos cuidados de enfermagem em suporte eletrónico, urge a necessidade de se uniformizar os conceitos utilizados nos aplicativos informáticos para representar os dados utilizados para inferir os diagnósticos e as intervenções de enfermagem (OE, 2020). Mediante este cenário, em 2019, a OE, a partir do trabalho desenvolvido pela ESEP, aprovou a Ontologia de Enfermagem (OE, 2020).

Ora, a Ontologia pode ser definida como um ramo da filosofia que se debruça sobre a natureza da existência e da realidade, sendo que no contexto da representação do conhecimento e da ciência da informação, diz respeito a uma representação formal do conhecimento, fornecendo uma forma estruturada de organização e categorização do conhecimento, possibilitando a definição clara e explícita de conceitos, bem como as relações existentes entre eles. Por isso mesmo, Schiessl (2007, p. 173) afirma que “as ontologias, apesar da controvérsia em torno de seu conceito, automatizam a interpretação de significado da informação contida nos documentos. Além disso, espera-se que as ontologias forneçam definições ao vocabulário utilizado para representar um dado conhecimento”.

Uma ontologia de Enfermagem como explica a OE (2020), “é uma descrição dos conceitos centrais da disciplina, bem como dos seus relacionamentos de acordo com a melhor evidência possível”. Nesse sentido, a aprovação de uma Ontologia de Enfermagem, e a sua manutenção pela OE, permitirá que todos os sistemas que a venham a usar no seu *backend* processem informação interoperável de um ponto de vista semântico.

A Ontologia de Enfermagem abrange diversas entidades: os dados (de avaliação inicial e de evolução); os diagnósticos; os objetivos e as intervenções de enfermagem. Assim sendo, enquanto estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, revelou-se importante contribuir para a

definição e expansão de conhecimentos relativos à disponibilização e gestão da informação produzida pelos enfermeiros no contexto do perioperatório.

Nesta ordem de ideias, o estudo desenvolvido insere-se no domínio dos conteúdos clínicos relevantes para a tomada de decisão e para a documentação dos cuidados de enfermagem, em particular dos clientes que são submetidos a cirurgias ortopédicas dos membros inferiores, mais especificamente, da anca e do joelho. Pretende-se abordar os conteúdos clínicos relevantes para a tomada de decisão e documentação dos cuidados de enfermagem em cirurgias eletivas de artroplastia total da anca (ATA) e artroplastia total do joelho (ATJ). Isto porque, tanto as ATA como as ATJ são das cirurgias mais frequentes em Portugal (Sousa, 2014), devido à condição de osteoartrite altamente prevalente entre os idosos e ao crescente envelhecimento demográfico da população.

Portanto, torna-se pertinente esta abordagem aos cuidados de enfermagem neste contexto clínico, porque se entende que é responsabilidade dos enfermeiros contribuir para a definição, refinamento e expansão dos conteúdos da Ontologia de Enfermagem relativos aos clientes submetidos a ATA e ATJ.

Reconhecendo-se a importância da documentação e do impacto da ação profissional dos enfermeiros nos resultados dos clientes, este estudo visa contribuir para a progressiva melhoria da estrutura de conteúdos da Ontologia de Enfermagem, com vista a atender às necessidades dos enfermeiros que exercem a profissão no contexto perioperatório, em particular, dos clientes submetidos a ATA e ATJ.

O presente documento encontra-se organizado em três capítulos: problemática em estudo; materiais e métodos; e apresentação e discussão dos resultados.

Assim sendo, no primeiro capítulo procede-se à apresentação da problemática em estudo e para isso, construiu-se um quadro teórico-concetual em torno da enfermagem à pessoa em situação perioperatória, do seu contexto de ação e dos aspetos que relevam para a pessoa submetida a cirurgia ortopédica dos membros inferiores (ATA e ATJ). Aborda-se ainda, a conceção dos cuidados de enfermagem e o processo de tomada de decisão clínica onde se integram os aspetos que relevam para a informação relevante para os enfermeiros no contexto perioperatório.

No segundo capítulo está em foco a metodologia de investigação, apresentando-se a finalidade e os objetivos do estudo, o tipo e desenho de estudo, contexto do estudo, estratégias de recolha

de dados, a análise de conteúdo como técnica de análise de dados e as considerações éticas tidas em linha de conta ao longo de todo o processo de investigação.

Já o terceiro capítulo debruça-se, exclusivamente, sobre a apresentação e discussão dos resultados e à reflexão e validação dos mesmos (resultados relativos aos dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem).

Por fim, para se encerrar o estudo realizado, são tecidas as principais conclusões do estudo, não se descurando, findo todo o processo de investigação, a identificação das limitações encontradas ao longo da realização do mesmo, assim como as recomendações/sugestões para futuras investigações.

1 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Este estudo pretende abordar os conteúdos clínicos, nomeadamente, os dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem, relevantes para a tomada de decisão e documentação dos cuidados de enfermagem referentes à pessoa submetida a cirurgia ortopédica eletiva dos membros inferiores, nomeadamente, à ATA e à ATJ.

Constata-se que a disponibilidade de conteúdo relevante que apoia e sustenta uma tomada de decisão informada, a par da existência de uma documentação precisa e esclarecedora, constitui um aspeto crucial ao nível dos cuidados de enfermagem prestados, verificando-se que, em resultado da evolução da profissão, a enfermagem tem vindo a abandonar a lógica executiva para adotar, de modo gradual, uma lógica mais concetual (Silva, 2001). De acordo com Pereira (2009), a sequência dos dados até ao conhecimento compreende dois níveis:

- 1) a tomada de decisão clínica;
- 2) a gestão organizacional da informação que, resultando da assistência, é documentada nos SIE (Sistemas de Informação da Enfermagem).

Esta realidade coloca a tónica na necessidade de uma permanente procura, recolha, análise e processamento de dados, tendo por finalidade a formulação de inferências diagnósticas, a prescrição de intervenções e o alcance de resultados que significam, em si mesmo, a progressão dos dados até ao conhecimento, no quadro da tomada de decisão clínica (Pereira, 2009).

Como refere Carpenito-Moyet (2007), o processo de enfermagem desenvolve-se ao longo de cinco etapas fundamentais, sendo elas: 1) a investigação (recolha de dados); 2) o diagnóstico; 3) o planeamento; 4) a implementação; e 5) a avaliação.

Neste processo, os enfermeiros interpretam as evidências e usam-nas como alicerce para a ação, pelo que as suas intervenções têm por base a interpretação de dados, independentemente, de estes serem ou não rotulados como diagnósticos de enfermagem (Lunney, 2004). Desta forma, a enfermagem e a prática baseada na evidência clínica resultam da combinação da perícia individual, clínica ou profissional com a melhor evidência externa por forma a resultar em práticas que, com maior probabilidade, conduzirão a resultados positivos para o cliente (*Joanna Briggs Institute* [JBI], 2004 como citado em Pereira, 2016).

1.1 – A enfermagem à pessoa em situação perioperatória

No cenário português, o exercício da profissão de enfermagem recua ao século XIX, sendo de destacar o trabalho de Florence Nightingale, uma referência importantíssima na área, e que ao trabalhar em hospitais militares no decorrer da guerra da Crimeia, realçou a importância que as enfermeiras tinham naquele ambiente, pois exerciam influência na saúde das pessoas. Tal como Cardoso et al. (2012, p.76) explicam, a teoria de Florence Nightingale “centrava-se no ambiente, sendo que, considerava que as defesas naturais das pessoas eram influenciadas por um ambiente saudável”.

Em Portugal, só a partir da segunda metade do século XX é que a profissão de enfermagem ganha destaque e lhe é reconhecida a devida importância enquanto profissão, na medida em que as competências exigidas aos enfermeiros sofreram alterações do ponto de vista académico e da formação profissional, o que concorreu para o desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril). Na sequência destes desenvolvimentos, ficou perceptível a necessidade de se reconhecer a importância do papel desempenhado pelo profissional de enfermagem perante a comunidade científica da área da saúde o que, por sua vez, colocou em destaque a necessidade do exercício profissional da enfermagem ser regulamentado juridicamente, tendo sido aprovado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) através do Decreto-Lei (DL) n.º 161/96, de 4 de setembro.

O referido diploma legal surgia assim para: clarificar conceitos, proceder à caracterização dos cuidados de enfermagem, especificar a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definir a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde, mas também junto da população em geral (DL n.º 161/96).

Assim sendo, a prática profissional de enfermagem visa auxiliar a pessoa, sã ou doente, na concretização de atividades que visam a preservação ou a recuperação da sua saúde, onde o profissional de enfermagem intervém no sentido de capacitar o cliente em termos de autonomia e independência (Henderson, 1966).

Pelo exposto até ao momento, facilmente se pode inferir que a profissão de enfermagem passou por uma grande evolução, não só em termos da prática profissional, como em termos da complexificação e dignificação do seu exercício profissional (OE, 2015). Ela, a enfermagem, diferenciou-se enquanto disciplina e afirmou-se enquanto profissão da área da saúde, privilegiando as interações, onde cada cliente, por meio do seu projeto de saúde, se torna único, indivisível e singular em todas as etapas do cuidado (Serrano et al., 2011).

Atualmente, a perspetiva inerente à profissão de enfermagem e aos cuidados de enfermagem traduz-se numa abordagem global, humanista e que trespassa todas as fases da vida do cliente, da sua família e outros grupos sociais em que este se encontra inserido (OE, 2015). Isto significa que esta privilegia uma prestação de cuidados sob uma ótica global e, ao mesmo tempo, personalizada, objetivando, em última instância, que este mantenha, melhore ou recupere a sua saúde e que, como resultado da sua atuação, obtenha a máxima capacidade funcional e o mais rápido possível (OE, 2015).

Voltando a nossa atenção para a enfermagem perioperatória, importa referir que, à semelhança do que se verifica em relação à profissão de enfermagem no geral, também este ramo específico da área de enfermagem foi evoluindo ao longo do tempo, tendo sido referido pela primeira vez nos finais da década de 70 (1978), para fazer referência à intervenção do enfermeiro no Bloco Operatório (BO) (Cabral, 2004). E de acordo com Castellanos & Jucias (1990), o domínio da prática de enfermagem perioperatória surgiu das situações, condições ou fenómenos que se relacionam com o processo de saúde-doença e consequentes à terapêutica médico-cirúrgica (procedimento anestésico-cirúrgico) como um evento da vida do cliente.

O Regulamento n.º 429/2018 menciona as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas suas diferentes áreas e também, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, que tem como foco a pessoa e a família a passar por uma experiência cirúrgica e/ou anestésica. Esta área específica da enfermagem assenta em três padrões (Cabral, 2004):

- Interligação entre os períodos pré, intra e pós-operatório, a qual visa a prestação de cuidados ao doente cirúrgico;
- A continuidade dos períodos pré, intra e pós-operatório garantida pela coordenação e pelas diretrizes que permitem considerar as necessidades das normas técnicas;
- A combinação dos conhecimentos teóricos, científicos e humanísticos, inerente a quem processa as tomadas de decisão.

De facto, pelo exposto até ao momento, depreende-se que a enfermagem à pessoa em situação perioperatória se traduz no campo especializado de enfermagem que se centra no cuidado de clientes antes, durante e depois da intervenção cirúrgica.

De acordo com a AORN (*Association of periOperative Registered Nurses*), a enfermagem perioperatória traduz-se no “conjunto das atividades de enfermagem realizadas por profissionais de enfermagem nos períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório da experiência cirúrgica do doente” (como citado em Bolander, 1998, p. 1694).

No que concerne ao enfermeiro em contexto perioperatório, este profissional trabalha, tendo em conta o contexto em que atua, numa ótica de complementaridade e de colaboração com outros profissionais de saúde, nomeadamente, cirurgiões, anestesistas e outros profissionais de saúde, com a finalidade de assegurar a segurança e o bem-estar do cliente ao longo de todo o processo que uma cirurgia implica.

O profissional de enfermagem no cuidado à pessoa em situação perioperatória desenvolve a sua ação por forma, a reduzir os riscos e eventuais complicações que possam decorrer da cirurgia ou do processo anestésico e ao longo do internamento, sendo este profissional o responsável por prestar uma assistência sistematizada ao cliente (Gotardo et al., 2008). O enfermeiro em contexto de perioperatório deve desenvolver uma prestação de cuidados planeada, e devidamente documentada. O cliente dos cuidados está, imperativa e permanentemente em interação com o ambiente e exerce influência sobre o mesmo, num ciclo contínuo, que passa pelo diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Piccoli & Galvão, 2001).

O enfermeiro em contexto perioperatório é o profissional de enfermagem que presta assistência e cuidados de enfermagem ao cliente (e família/pessoa significativa) que vai ser submetido a uma cirurgia ou a um procedimento invasivo no serviço do BO (Cabral, 2004; Christóforo & Carvalho, 2009), sendo que o período perioperatório engloba três fases (Regulamento n.º 429/2018):

- 1) pré-operatória: “tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória”;
- 2) intraoperatória: “inicia aquando da transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)”;
- 3) pós-operatória: “tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico”.

1.1.1 – A pessoa submetida a cirurgia ortopédica dos membros inferiores

O envelhecimento é um processo natural e comum a todos os seres vivos e apesar do “processo de envelhecimento ser extremamente complexo e possa ser interpretado à luz de várias perspectivas, trata-se de um processo universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo” (Lima, 2010, p.14). É um processo idiossincrático que implica grandes mudanças a nível social, psicológico, mas também físico, fisiológico e biológico (Fonseca, 2006; Lima, 2010; Neto & Monteiro, 2008).

No entanto, devido às mudanças físicas, fisiológicas e biológicas, surgem condições como a osteoporose, a qual afeta a independência funcional do indivíduo (Fernandes, 2013) e de acordo com Colibazzi et al. (2020), três a seis por cento da população europeia apresenta sintomas associados a degeneração osteoarticular, valores estes que têm tendência para aumentar, dado o envelhecimento da população, o qual também tem vindo a aumentar. De facto, com o envelhecimento ocorre uma degeneração da articulação, ou o enfraquecimento, devido à falta de estrutura óssea, podendo afetar a articulação da anca, assim como a articulação do joelho. E de acordo com Loures & Leite (2012), a par de uma maior expectativa de vida da população mundial, a qual concorre para uma população mais envelhecida dada a discrepância entre a maior expectativa de vida e a taxa de natalidade, também o número de substituições articulares aumenta.

Tanto a ATA (prótese da anca) como a ATJ (prótese do joelho) constituem as próteses mais utilizadas em cirurgia ortopédica (Santos, 2019) e são realizadas por diversas razões, nomeadamente, para aliviar a dor e melhorar a mobilidade de clientes com lesões articulares graves ou condições degenerativas, como o caso da osteoartrose, a qual afeta, maioritariamente, pessoas idosas, limitando a sua funcionalidade (Santos et al., 2012).

Neste sentido, em seguida explicita-se os aspetos mais relevantes das cirurgias ATA e ATJ, apresentam-se os motivos que levam à sua realização, enfatizando-se os cuidados de enfermagem prestados nestas situações em particular.

1.1.1.1 – A artroplastia total da anca

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a osteoartrose assume-se como a doença degenerativa mais frequente no que respeita à articulação da anca, tendo sido identificada como uma das causas mais importantes de incapacidade (OMS, 2003 como citado em Azevedo, 2015).

Existem várias doenças e condições que podem afetar a articulação da anca e uma delas é a osteoartrose, doença degenerativa progressiva que pode provocar incapacidade a curto, médio ou longo prazo (Gomes, 2013; Oliveira, 2013). É uma doença que apresenta características diversas e imprevisíveis, seja ao nível da sintomatologia, seja em termos de evolução ao longo do tempo, sendo a patologia mais comum da articulação coxofemoral (Oliveira, 2013).

Dados do Registo Português de Artroplastia (RPA), apontam que são efetuadas por ano cerca de 6000 ATA, em que apenas 10% dos casos são reservados a revisões das mesmas. O predomínio destas cirurgias é no sexo feminino 55%, e a maior incidência é na faixa etária entre os 60 e 80 anos. Em 86% dos doentes foi efetuada cirurgia unilateral e o procedimento mais comum, 60% foi a ATA não cimentada.

A ATA é, indiscutivelmente, um dos melhores métodos de tratamento, não só ao nível do alívio da dor, como ao nível da melhoria da funcionalidade de clientes acometidos pela doença degenerativa da articulação coxofemoral (Rabello et al., 2008).

Contudo, a osteoartrose não é a única forma de artrite que acomete a anca, pelo que Manuila et al. (2003) refere ainda a artrite inflamatória, destacando a artrite reumatoide, a artrite psoriática e as espondiloartropatias, a displasia do desenvolvimento, a displasia da anca na infância, a osteonecrose, as neoplasias, o trauma e o conflito fémur-acetabular. Dados da OMS (2014) demonstram que a artrite inflamatória acomete, aproximadamente, 10% da população mundial, com a osteoartrite e a artrite reumatoide a destacarem-se como as variantes mais frequentes. O que todas estas formas de artrite têm em comum, é o facto de todas elas provocarem dor e prejudicarem a funcionalidade da articulação.

Na generalidade dos casos, a ATA é utilizada em indivíduos em que a artrose já progrediu bastante, provocando uma limitação funcional o que, por sua vez, reduz a sua qualidade de vida

(Oliveira, 2013). E segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), a artrose constitui a doença mais comum entre os humanos (DGS, 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta assume-se como a doença degenerativa mais frequente no que respeita à articulação da anca, tendo sido identificada como uma das causas mais importantes de incapacidade (OMS, 2003 como citado em Azevedo, 2015).

A artrose primária, é documentada em cerca de 60% dos casos, assim como as fraturas do colo do fémur, 24% dos casos. As revisões de artroplastia total da anca tem a sua origem, no descolamento assético da haste e do acetábulo, seguido da luxação e infeção (RPA, 2013).

Caughran & Giangarra (2018) referem que a patologia da anca pode ser classificada em 3 grandes grupos, Intra/extra articular e proximais da anca:

- A patologia intra-articular, inclui lesões da articulação da anca, tais como osteoartrite, osteonecrose, conflito fémur-acetabular, lesões do labrum do acetábulo, defeitos condrais e lesões ligamentares;
- A Patologia extra-articular, inclui as lesões das estruturas circundantes da anca, tais como, roturas e estiramentos musculares e a síndrome da coxa saltans;
- Os proximais da anca, inclui as lesões em localizações distantes que causam dor referida à anca, tais como pubalgia do atleta, osteíte púbica e radiculopatia lombar.

No que se reporta ao procedimento cirúrgico refira-se que a pélvis constitui uma base circular estável que suporta o tronco. É um osso maciço e irregular criado pela fusão de três ossos, o ilíaco, o ísquio e mais anterior o púbis.

A porção acetabular do osso ilíaco e a extremidade proximal do fémur formam a articulação da anca. Esta é envolvida por uma cápsula, ligamentos e músculos que proporcionam a estabilidade. O ligamento iliofemoral prende o ilíaco ao fémur, anterior e superiormente, e os ligamentos isquiofemoral e pubo femoral prendem o ísquio e púbis ao fémur, respetivamente. O acetábulo é uma cavidade arredondada e profunda que se articula com a cabeça do fémur. A extremidade proximal do fémur consiste numa cabeça e um colo, a porção superior da diáfise e os grandes e pequenos trocânteres. O grande trocânter é um processo amplo que sobressai da porção superior da diáfise e projeta-se para cima a partir da junção do bordo superior do colo com a superfície externa da diáfise, servindo como ponto de inserção para os músculos abdutores e rotadores. O pequeno trocânter projeta-se a partir da porção posterior e inferior da base do colo

do fémur na sua junção com a diáfise, funcionando como um ponto de inserção do músculo iliopsoas (Bowen, 2007).

A ATA, também designada de prótese total da anca, foi desenvolvida por John Charnley nos anos 60, a qual consiste numa cirurgia que substitui as superfícies articulares desgastadas por um implante metálico interposto por um polietileno (plástico) (Oliveira, 2013, pp. 16-17).

Importa referir que a ATA se trata do procedimento de reconstrução da anca do cliente adulto realizado com maior frequência (Harkess, 2006), consistindo na substituição da articulação da anca (Kisner & Colby, 2009). Contudo, esta apenas é sugerida quando o tratamento conservador não produziu resultados, ou no caso de clientes com deformidade e limitação, significativa, de movimento (Kisner & Colby, 2009; Oliveira, 2013).

Este procedimento é realizado com o objetivo de substituir a articulação afetada por uma articulação artificial, o que diminui a dor e corrige as deformidades pré-existentes, melhorando a qualidade de vida destes indivíduos, na medida em que lhes permite realizar as suas atividades quotidianas (Mourad, 1994), possibilitando-lhes maior autonomia e independência.

Para a realização de uma ATA, o cirurgião pode recorrer a diferentes abordagens cirúrgicas, as quais dependem da via que este elege para ter acesso à articulação, sendo que estas abordagens são subjetivas e a experiência do cirurgião constitui um importante fator (Kennedy et al., 2006).

A abordagem selecionada para a intervenção cirúrgica, tem impacto direto no posicionamento cirúrgico do doente, decúbito dorsal, supina, lateral, se a anca é deslocada anteriormente ou lateralmente. Esta escolha será sempre da decisão do cirurgião, considerando a experiência com a técnica cirúrgica e complicações decorrentes da mesma.

As abordagens cirúrgicas anteriores:

- i) Smith-Petersen – Abordagem iliofemoral anterior de Smith Petersen. Esta técnica tem sido modificada por diversos cirurgiões ao longo do tempo devido à necessidade de preservar os músculos e evitar a lesão nervosa. A incisão é dois centímetros lateral à parte antero superior da crista íliaca. A abordagem é efetuada até à fáscia do músculo tensor da fáscia lata, até à estrutura óssea, preservando o músculo. Efetuada osteotomia do fémur proximal e removida cabeça do mesmo. As complicações mais comuns são a lesão do nervo femoral e lesões vasculares intraoperatórias.
- ii) Hardinge - Abordagem Antero-lateral. O doente é colocado em posição de supina ou em decúbito lateral. A incisão é centrada sobre o trocânter, é abordada a fáscia lata, expondo

o músculo e tendão do glúteo médio, assim como o vasto lateral proximal. A anca é deslocada anteriormente e efetuada a osteotomia da cabeça femoral. As complicações são: a lesão do nervo glúteo, do nervo femoral e do ciático; lesões vasculares e a fratura intraoperatória do fémur.

iii) Moore ou de Kocher – Abordagem Postero-lateral. O doente é posicionado em decúbito lateral, a abordagem é efetuada dez centímetros distal à crista ilíaca pósterio superior, estende-se posteriormente ao grande trocânter e paralelo ao eixo femoral. A incisão é efetuada através do glúteo maximus, piriformes e músculos rotadores, sendo afastados medialmente para exposição da cápsula. O nervo ciático é identificado e cuidadosamente afastado. Efetuada a capsulotomia e deslocado o fémur posteriormente e efetuada osteotomia do colo do fémur. As complicações mais comuns é a lesão do nervo ciático e as contraindicações é o risco de luxação maior no pós-operatório.

Existem dois tipos de ATA: a artroplastia cimentada e a artroplastia não cimentada, sendo que a grande diferença entre estes dois tipos de ATA reside no facto de se utilizar, ou não, cimento.

Segundo Parente et al. (2009) e Serra (2001), no caso da artroplastia cimentada, os componentes são interpostos por uma camada de cimento, ou seja, na fixação da haste da prótese utiliza-se cimento acrílico de fixação rápida, o qual funciona como um expansor da superfície dos componentes protésicos ao osso, gerando uma conexão harmoniosa para a transmissão da força entre os mesmos. O principal benefício associado à ATA cimentada consiste no facto de, logo a seguir à intervenção, o cliente poder aplicar o seu peso corporal (Maxey & Magnusson, 2003).

Já no segundo caso, apesar dos custos associados à prótese serem mais avultados do que no primeiro caso exigindo, também, maior perícia técnica (Maxey & Magnusson, 2003), recorre-se à ancoragem biológica secundária no envolvimento das trabéculas ósseas na superfície da haste ou à impactação (Parente et al., 2009). Uma vez que a ATA não cimentada, numa ótica de futura revisão protésica, é mais fácil de substituir pois preserva mais o osso, é mais adequada para clientes mais novos e ativos (Maxey & Magnusson, 2003). Mas, quando comparada à ATA cimentada, a prótese não cimentada requer mais tempo de recuperação, não permitindo que o cliente aplique peso corporal sobre os componentes, no mínimo, durante as primeiras seis semanas que se seguem à intervenção cirúrgica (Maxey & Magnusson, 2003).

Contudo, apesar do seu sucesso, são várias as complicações que podem decorrer da realização da ATA, seja no intraoperatório, no pós-operatório ou mesmo no domicílio, sendo que as mais frequentes são (Cabral, 2005 como citado em Oliveira, 2013):

- hematoma;
- luxação da prótese: pode ser provocada pelo deslocamento da articulação ou do implante do osso ou pelo desgaste do implante ao longo do tempo;
- infecção no local da cirurgia: as infecções constituem sérias complicações, na medida em que podem exigir terapêutica antibiótica, internamento e, em casos mais graves, pode ser necessária uma reintervenção cirúrgica para remover o implante;
- trombose venosa profunda: é um risco associado a qualquer cirurgia, aumentado pela idade, comorbilidades e trauma. Sendo explicado pelas diferenças nos volumes de medula óssea mobilizados durante procedimentos, causando a ativação da cascata da coagulação. Na ATA, a colocação do membro em flexão e rotação interna por períodos prolongados, resulta em estase venosa;
- lesões nervosas: durante a ATA, há um baixo risco de lesão de nervos ou vasos sanguíneos próximos. É um tipo de lesão que pode originar dormência temporária ou permanente, alteração da força muscular ou problemas de perfusão dos tecidos;
- imobilização.

Em síntese, ainda que a ATA seja considerada um procedimento cirúrgico seguro e eficaz, como qualquer cirurgia, ela apresenta riscos e dela podem resultar diversas complicações. No entanto, apesar de existirem riscos e de poderem surgir complicações após a intervenção cirúrgica, a maioria dos casos são bem-sucedidos e contribuem de forma significativa para uma melhor qualidade de vida dos clientes. Aliás, Hall & Brody (2001) referem que, a ATA, tem uma duração de, sensivelmente, 15 anos sendo a sua principal finalidade o alívio da dor, resultado este que é conseguido em mais de 95% dos casos, repondo a função e, concomitantemente, melhorando a qualidade de vida.

1.1.1.2 – A artroplastia total do joelho

A cirurgia de substituição articular total do joelho é um procedimento de última linha para o tratamento da gonartrose, sendo indicado para a resolução da dor, rigidez e limitação funcional do joelho. A gonartrose é uma doença que limita a qualidade de vida e desempenho social e físico do doente, sendo um dos principais fatores de risco para o aumento da doença em doentes

mais velhos e obesidade. De facto, é determinante na melhoria da qualidade de vida do doente quanto este é submetido a cirurgia (Silva, 2015).

A artroplastia total do joelho tornou-se bastante comum nas últimas décadas, em 2012 realizaram-se mais de 700 000 artroplastias totais do joelho nos EUA (Inácio et al., 2017).

Em Portugal, segundo o Registo Português de Artroplastias, sabe-se que em 2019, se realizaram pelo menos 2484 cirurgias primárias. Uma vez que este registo não é obrigatório, os hospitais de nível um e dois na região norte não tem qualquer registo, neste período, assim este valor pode estimar-se como consideravelmente maior. Pelos indicadores anteriores, a extrapolação dos dados obtidos para os EUA, em 2010 por Kremers et al. (2015) para a população portuguesa implicaria aproximadamente 150 000 portugueses alvo de pelo menos uma artroplastia do joelho.

À semelhança da ATA, também a ATJ constitui uma das intervenções cirúrgicas mais realizadas no tratamento da osteoartrose (Cintra et al., 2011; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2017), condição degenerativa e inflamatória que também afeta o joelho, mais precisamente, que é responsável pela destruição da cartilagem articular do joelho, provocando uma deformidade da articulação (Camanho, 2001).

A este respeito, vale fazer a ressalva de que o joelho constitui uma importante articulação do corpo humano, a qual suporta, continuamente, um grande peso (o peso do corpo), contudo, dada a composição das suas superfícies articulares, a sua resistência depende do suporte ligamentar do fémur e tibia, em particular, o ligamento cruzado anterior (Cailliet, 2001 como citado em Oliveira, 2012).

Assim, como explica a Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos (*American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS) (2020), se o joelho está gravemente danificado, seja por lesão, seja por artrite, o indivíduo pode ter dificuldades em realizar atividades simples como caminhar e subir escadas. E quando os tratamentos não cirúrgicos, como terapêutica medicamentosa e o uso de apoios para caminhada, não surtem efeito, a ATJ, cirurgia de substituição total do joelho, passa a ser a melhor opção (AAOS, 2020). Esta cirurgia é um procedimento seguro e eficaz para aliviar a dor, corrigir a deformidade da perna e ajudar o indivíduo a retomar as suas atividades normais (AAOS, 2020).

A ATJ é um procedimento cirúrgico cada vez mais comum (Iamaguchi et al., 2012; Pugely et al., 2013) e a tendência é que assim continue avistando-se até um aumento do número de cirurgias

realizadas, o que é justificado por vários motivos (*The Swedish Knee Arthroplasty Register*, 2011 como citado em Luthi et al., 2015):

- envelhecimento da população;
- aumento da prática desportiva;
- aumento da prevalência da obesidade;
- alargamento das indicações cirúrgicas.

No mesmo sentido, a OCDE revela que o fator mais comum do desenvolvimento e evolução da doença (osteoartrite) é a idade (aumento mais significativo a partir dos 50 anos), acrescentando ainda que esta tem maior incidência nos indivíduos do género feminino e que os principais fatores de risco são a obesidade, a inatividade física e as lesões (OCDE, 2017). Assim sendo, a ATJ é um procedimento cirúrgico realizado, maioritariamente, em indivíduos com mais de 60 anos, no entanto, desde que se justifique, também pode ser realizado em indivíduos mais jovens (Flamínio, 2018).

Realizada pela primeira vez em 1968, a ATJ constitui um dos procedimentos mais bem-sucedidos em toda a medicina, sendo que desde que foi realizada pela primeira vez até aos dias de hoje, as melhorias nos materiais utilizados e nas técnicas cirúrgicas empregadas, aumentaram significativamente a sua eficácia (AAOS, 2020).

Este procedimento é apontado como um dos procedimentos cirúrgicos da área de ortopedia com maior eficácia (Leão et al., 2014), permitindo “que os doentes retomem as suas atividades de vida diária sem dor e com uma mobilidade articular média de 120 graus, permitindo mesmo um desenvolvimento de exercícios físicos que não coloquem em risco a integridade da prótese” (Oliveira, 2012, p.23).

No entanto, este só é uma opção quando a terapêutica médica não possibilita o controlo dos sintomas, ou seja, quando o tratamento conservador (terapêutica farmacológica à base de analgésicos e anti-inflamatórios, acompanhada de fisioterapia) não produz resultados satisfatórios, isto é, quando não reduz a dor nem melhora a função articular (Brandes et al., 2011; Nilsdotter et al., 2009; Nuñez et al., 2011). De acordo com Silva et al. (2003) e com a AAOS (2020), as indicações para a realização da ATJ são:

- dor insuportável no joelho (mesmo durante o repouso);

- inflamação crónica e edema que não responde a terapias não invasivas alternativas (terapêutica medicamentosa com anti-inflamatórios, corticoterapia, injeções lubrificantes, fisioterapia e repouso);
- dor intensa que impede ou limita as atividades, por exemplo, caminhar, subir escadas e sentar e levantar de cadeiras;
- rigidez na articulação do joelho;
- instabilidade na articulação;
- grande deformidade do joelho varo/valgo;
- perturbações do sono devido à dor no joelho;
- artrose pós-traumática no joelho;
- tumor no joelho;
- osteonecrose.

Desta forma, a ATJ constitui um procedimento cirúrgico que é usado no tratamento da gonartrose e que consiste na substituição das superfícies danificadas ou desgastadas da articulação do joelho por componentes artificiais. O objetivo deste procedimento é eliminar a dor (sentida aquando da realização de um movimento) e criar um joelho estável, que permita ao indivíduo realizar as suas atividades, proporcionando-lhe maior autonomia e independência, o que resulta numa maior qualidade de vida (Seng et al., 2011).

Em síntese, a ATJ tem como objetivos diminuir a dor, melhorar a função articular e repor a mobilidade em indivíduos que apresentam uma degeneração grave da articulação do joelho. Trata-se de uma intervenção cirúrgica que apresenta uma elevada taxa de sucesso e que devolve e contribui para uma maior qualidade de vida dos indivíduos que, esgotadas todas as hipóteses como alternativa à cirurgia, ainda são acometidos por dor e incapacidade no joelho.

A ATJ pode ser efetuada com ou sem a conservação do ligamento cruzado posterior, esta é uma das principais diferenças da técnica cirúrgica. A incisão da ATJ mais usada, é na linha média anterior do joelho, com o joelho fletido. Deve ser considerada a incisão suficiente para evitar a distensão dos tecidos e conseqüente necrose. A exposição articular do joelho mais comum é a parapatelar medial, mantendo aproximadamente três a quatro milímetros do tendão quadrícipital até três a quatro cm da superfície articular da tíbia. Dependendo da técnica escolhida pelo cirurgião, pode ser removido o ligamento cruzado posterior ou preservado. O joelho é exposto, efetuada a luxação da rótula para visualização do compartimento lateral e permitir uma melhor flexão. A preparação através do instrumental cirúrgico, permite adaptar a

deformidade do joelho do doente aos cortes necessários para posterior aplicação dos implantes protésicos.

A artroplastia do joelho e anca podem ser cimentadas usando metil metacrilato ou não cimentadas ou usando métodos 'híbridos' para a integração da prótese. Em próteses não cimentadas, o crescimento ósseo é incentivado por um revestimento poroso no implante. Em doentes com 70 anos ou mais, próteses cimentadas foram associadas às menores taxas de revisão, e as taxas mais altas com tipos de substituição de metal em metal (Campebell, 2013).

Embora a taxa de complicações decorrentes da intervenção cirúrgica seja baixa, com complicações médicas, cardiovasculares ou o derrame, a acontecerem com pouca frequência e complicações graves, como a infeção na articulação do joelho, a ocorrerem em menos de 2% dos clientes, não se pode negar a existência de complicações associadas à ATJ (AAOS, 2020). As principais complicações apontadas pela AAOS (2020) são:

- a infeção: pode levar dias ou semanas a dar sinal da sua presença, podendo ocorrer na ferida ou em torno da prótese. Pequenas infeções na área da ferida, por norma, são tratadas através da administração de antibióticos, contudo, infeções mais graves podem resultar na realização de outra cirurgia ou mesmo na remoção da prótese;
- tromboembólicas: para prevenir esta complicação, pode ser sugerida a elevação periódica das pernas, a realização de exercícios específicos para a parte inferior das pernas com a finalidade de aumentar a circulação, a utilização de meias elásticas e terapêutica anticoagulante;
- os problemas com os implantes: as superfícies dos implantes podem desgastar-se e os componentes descelarem;
- a dor crónica: ainda que seja pouco frequente, uma pequena percentagem de clientes continua a sentir dor após a ATJ;
- a lesão neurovascular: apesar de serem pouco comuns, durante a cirurgia podem ocorrer lesões nos nervos ou nos vasos sanguíneos em volta do joelho.

Depois de submetidos à cirurgia da ATJ, a reabilitação e a fisioterapia são cruciais para auxiliar a recuperação e potenciar, ao máximo, os resultados deste procedimento cirúrgico.

1.2 – A tomada de decisão e a conceção de cuidados de enfermagem

O contínuo crescimento da enfermagem como uma disciplina do conhecimento e do saber, demonstra a sua evolução de um saber-fazer para uma abordagem centrada na conceção de cuidados e tomada de decisão dos enfermeiros.

De acordo com Silva (2006) e Silva (2011), numa fase inicial do desenvolvimento da profissão, os enfermeiros assumiam uma conduta centrada, essencialmente, na execução de tarefas (maioritariamente prescritas por outros profissionais), contudo, atualmente, o seu foco de atenção está direcionado para o exercício profissional autónomo, o que faz emergir a importância do raciocínio clínico, base da tomada de decisão, o qual se traduz no processo que permite a recolha de dados, a resolução de problemas e a tomada de decisão, no sentido de uma prestação de cuidados de enfermagem pautados por uma maior qualidade (Kuiper et al., 2009).

O processo de enfermagem traduz-se num método sistemático, rigoroso e eficiente de organização dos processos de pensamento para uma tomada de decisão clínica efetiva, centrada na resolução de problemas e na prestação de cuidados de enfermagem individualizados (Ackley & Ladwig, 2014; Silva, 2011). Este processo encontra-se estruturado em cinco etapas e visa ajudar o enfermeiro a abordar os eventuais problemas dos clientes, de modo estruturado e exigente: avaliação inicial; diagnóstico; planeamento; implementação; avaliação final.

A avaliação inicial constitui uma etapa em que os enfermeiros recolhem, analisam e interpretam os dados. Os dados constituem “(...) unidades elementares de informação (...) que os enfermeiros colhem tendo em vista identificar problemas reais ou potenciais, ou oportunidades de desenvolvimento do doente” (Silva, 2011, p.44).

O diagnóstico proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, “visando alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (Carpenito, 2003, p.22). Refere a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2005) que o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas dos indivíduos, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais e potenciais.

Assim sendo, inicialmente, o enfermeiro faz um julgamento clínico sobre os problemas reais ou potenciais do cliente e só depois decide quais as intervenções de enfermagem que são

adequadas para lidar com esses problemas e que vão permitir alcançar os resultados esperados (NANDA, 2003).

No planeamento está em foco a relação entre os dados, o que permite a sua evolução para informação (Silva, 2011). Por sua vez, esta informação é traduzida num diagnóstico de enfermagem que é definido pelo *International Council of Nurses* (ICN, 2016, p.17) “como um rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem”.

Por sua vez, a etapa da implementação corresponde à intervenção de enfermagem propriamente dita e consiste numa acção realizada para dar resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem (ICN, 2016, p.17). E de acordo com Doenges et al. (2010, p.87), as intervenções de enfermagem podem ser entendidas como “indicações de comportamentos, tratamentos, atividades ou acções que ajudam o doente a atingir os resultados esperados”.

Como se referiu anteriormente, a conceção de cuidados em enfermagem envolve múltiplas tomadas de decisão (escolha dos dados a recolher, diagnósticos e intervenções) baseadas numa intencionalidade, sendo por isso, necessário promover a sistematização na explanação da mesma, assegurando a integridade referencial – relação adequada e portadora de sentido – entre os elementos do processo de enfermagem, ou seja, os dados iniciais, os diagnósticos, os objetivos e, principalmente, as intervenções (Silva, 2011).

No processo de tomada de decisão dos enfermeiros, importa destacar, essencialmente, duas teorias: a teoria da tomada de decisão analítico-racional; e a teoria do processamento de informação (Sirkka et al., 1997).

O modelo apresentado por Carneval & Thomas (1993) recorre à teoria do processamento de informação para explicar o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão em enfermagem, baseado em estudos de resolução de problemas humanos. A eficiência do pensamento e atividade humana dependem, por um lado, da capacidade do indivíduo em identificar elementos de informação relevantes para a situação e, por outro, em produzir novas soluções, possibilitando novas perspetivas ou abordagens das situações. Este modelo utiliza o conhecimento anteriormente adquirido para a resolução de problemas, através da interpretação e análise dos dados/evidências e comparação com a informação armazenada, o que permite ao enfermeiro fazer inferências sobre os dados que surgem.

Benner (1984) foi a primeira teórica de enfermagem a considerar a intuição na prática clínica de enfermagem. Na sua perspectiva, a tomada de decisão intuitiva nos enfermeiros peritos é caracterizada por considerar que o conhecimento é imediato, que a atividade precede o pensamento e o uso de estratégias formais de tomada de decisão tem uma utilidade limitada.

O modelo de tomada de decisão analítico-racional corresponde a um modelo sistematizado, aplicável a diferentes situações, assentando nas seguintes premissas: o pensamento precede a atividade, a decisão/conclusão pode ser alcançada através da análise da situação e toda a informação importante para a decisão pode ser expressa, ou seja, o decisor é capaz de declarar os argumentos que comportam a conclusão do raciocínio. O processo de tomada de decisão, neste modelo, traduz-se num processo de etapas que se inicia com o reconhecer e definir do problema, reunir informação relevante, criar possíveis conclusões, testar possíveis hipóteses e avaliar as conclusões (Silva, 2011).

Como corrobora Ribeiro et al. (2021), no âmbito do processo de tomada de decisão, o cumprimento das etapas do processo de enfermagem, acrescido da existência de um sistema de informação eletrónico, que traduz as mesmas etapas, tem vindo a contribuir para a integração plena deste instrumento metodológico nos diversos contextos da prática profissional.

Os enfermeiros estão em constante processo de tomada de decisão, uma vez que fazem julgamentos sobre as necessidades dos clientes e tomam decisões sobre as intervenções que pretendem executar. Esta tomada de decisão é baseada em processos de intuição e aquisição de conhecimentos prévios e das próprias realidades e experiências dos enfermeiros.

O objeto da tomada de decisão profissional dos enfermeiros nos contextos da ação deverá estar relacionado com o objeto de estudo da própria disciplina (Silva, 2006). Por isso mesmo, a tomada de decisão clínica tem em linha de conta a viabilidade, adequação, significado e eficácia dos cuidados (Jordan et al., 2016). Além disso, esta tomada de decisão pode ser sustentada pelas melhores e mais credíveis evidências científicas, o contexto em que a prestação de cuidados se realiza, o paciente e o julgamento e experiência do profissional de saúde (Jordan et al., 2016).

De acordo com Shojania et al. (2009), o processo de tomada de decisão assume-se como um processo complexo, iterativo e dinâmico, de algum modo difícil de acomodar no quadro de referências relativo ao processo humano de gestão e processamento de informação, sendo intencional por natureza. Este deve ter, sempre, como base de apoio a prática clínica de

enfermagem baseada na evidência tendo em vista uma melhoria sustentada da prestação de cuidados.

Portanto, é no processo de tomada de decisão, que o enfermeiro tem em consideração diversos fatores, particularmente, as necessidades e as preferências do cliente, assim como os recursos disponíveis, as orientações práticas baseadas em evidências, as considerações éticas e legais e, por fim, mas não menos importante, o seu próprio conhecimento e experiência. Tendo em vista uma tomada de decisão informada e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, o enfermeiro comunica e coopera com outros profissionais de saúde.

Tomando como referência os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação perioperatória, importa sublinhar que estes “são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença.” (Regulamento n.º 429/2018, p.19366).

O contexto de ação profissional de enfermagem orientado para pessoa em situação perioperatória organiza-se em cinco áreas de atuação complementares entre si – a consulta perioperatória; a anestesia; a circulação; a instrumentação; e os cuidados pós-anestésicos – sendo ainda responsável pela segurança congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, p.19366).

A cirurgia é um momento significativo para o cliente que, independentemente de ser uma cirurgia em regime ambulatorio, minimamente invasiva, eletiva ou de emergência, constitui em si um marco de relevância, quer em termos pessoais, como sociais e também familiares. Os clientes têm, habitualmente, efetuado exames de diagnóstico criteriosos, acompanhados de consultas médicas e de enfermagem. O seu internamento pode ocorrer no dia anterior à cirurgia ou no próprio dia. Em cirurgias de maior complexidade, ou mediante a existência de comorbilidades, há a necessidade de internamento para a recuperação, adaptação e capacitação do cliente.

O período pré-operatório inicia-se quando se toma a decisão da intervenção cirúrgica e termina com a transferência do cliente para o BO (ou sala de cirurgia). Neste período, o enfermeiro avalia e prepara o cliente para o procedimento cirúrgico, garantindo as condições adequadas para a realização da cirurgia e para o impacto que esta possa ter na vida da pessoa.

É no pré-operatório que é realizada a consulta pré-operatória, a qual constitui o momento, por excelência, para o enfermeiro efetuar a avaliação inicial, recolher dados do cliente e adequar a abordagem às necessidades do mesmo. Além disso, é nesta fase que o enfermeiro valida com o cliente a sua percepção sobre a informação transmitida (jejum pré-operatório, a preparação da pele no dia anterior e no dia da cirurgia, a lateralidade, a interrupção de terapêutica anticoagulante, ou outra de relevância para a cirurgia) e alerta o mesmo para a necessidade de intervenções de enfermagem que podem ocorrer no intraoperatório, como a necessidade de cateter urinário, colocação de meias de compressão e a colocação de triângulo abdutor, no caso de um cliente submetido a ATA.

Os enfermeiros em contexto perioperatório preparam os clientes e as suas famílias sobre o processo cirúrgico, explicando, de forma sucinta, o percurso que estes irão percorrer entre o momento de entrada no internamento até ao BO, abordando também algumas regras organizacionais. Além disso, informam sobre os equipamentos específicos de apoio que irão ser necessários no domicílio após a alta do cliente, fazendo uma breve demonstração com os mesmos, envolvendo a família em todo este processo cirúrgico. Com a realização da consulta pré-operatória, além de se promover o conhecimento e a capacitação do cliente, espera-se também contribuir para a redução dos níveis de ansiedade. No mesmo sentido, também Grittem et al. (2006) salientam que a realização da consulta pré-operatória é fundamental para a preparação do cliente, sendo essencial para o acalmar e o tornar menos temeroso, através do esclarecimento de dúvidas.

Já o período intraoperatório tem início com a transferência do cliente para a mesa de operações no BO e termina com a sua admissão na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

Durante o procedimento cirúrgico, os enfermeiros em contexto perioperatório auxiliam a equipa cirúrgica garantindo um ambiente estéril, preparando e organizando os instrumentos e equipamentos cirúrgicos e antecipando as necessidades do cirurgião e demais membros da equipa. Além disso, estes profissionais de enfermagem ajudam a posicionar o cliente para a cirurgia, monitorizam os seus sinais vitais, administram medicamentos em função das indicações do anestesista e documentam o procedimento cirúrgico com precisão.

Com base no exposto, não é errado dizer que estes profissionais desempenham um papel fundamental na segurança do cliente, assim como na prevenção de infeções e na manutenção de um fluxo tranquilo no decorrer do processo cirúrgico. Portanto, proteger os clientes de lesões é uma das principais funções do enfermeiro perioperatório, sendo, para isso, essencial a adesão

às práticas recomendadas pela AORN e às metas de segurança do paciente da *Joint Commission* (Rothrock, 2014). Do mesmo modo, é igualmente importante que o enfermeiro em contexto perioperatório siga as recomendações da DGS e as normas nacionais para a qualidade e segurança do cliente.

Por último, o período pós-operatório começa com a admissão do cliente na UCPA e termina com a alta para o serviço. Assim sendo, após a cirurgia, os enfermeiros fornecem cuidados pós-anestésicos/cirúrgicos aos clientes na UCPA, são responsáveis por identificar precocemente alterações ou complicações decorrentes do procedimento cirúrgico, assumindo particular atenção às alterações de sinais vitais incluindo os níveis de dor e garantindo o conforto e segurança durante o período de recuperação imediata. Numa fase posterior, os enfermeiros preparam os clientes e as suas famílias acerca dos cuidados pós-operatórios, incluindo cuidados com feridas, restrição de atividades e a prevenção de complicações.

A sistematização da tomada de decisão dos enfermeiros, favorece os resultados obtidos com as pessoas (clientes dos cuidados), permitindo a identificação dos problemas e necessidades em cuidados de enfermagem. É através dos sistemas de informação em enfermagem que é efetuada a documentação das etapas inerentes à conceção de cuidados, contribuindo para a continuidade de cuidados e também para a produção de indicadores capazes de traduzir ganhos em saúde obtidos com o exercício profissional dos enfermeiros.

Jesus e Sousa (2011, p.227), referem igualmente que os sistemas de informação e documentação são “determinantes para a qualidade, segurança, eficácia, eficiência, efetividade e humanização dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais de saúde, independentemente do contexto, natureza jurídica da organização ou local onde a prestação de cuidados tem lugar”.

O recurso ao uso de uma linguagem comum para descrever os elementos do processo de enfermagem, promove uma abordagem sistemática do cuidado ao cliente e, concomitantemente, permite descrever, precisa e rigorosamente, a prática de enfermagem (Escalada-Hernández et al., 2015). Como salienta Silva (2006, p.29), “só comunicamos através da linguagem se todos atribuirmos aos mesmos significantes os mesmos significados”.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), do ICN, tendo em vista a uniformização da linguagem praticada pelos enfermeiros, é reconhecida e assumida como uma terminologia consensual que representa os diagnósticos e as intervenções de enfermagem (ICN,

2016). Além disso, é a única terminologia de enfermagem incluída no *World Health Organization Family of International Classifications* (Sequeira & Sampaio, 2018).

A criação da CIPE teve, principalmente, a grande finalidade de disponibilizar uma classificação internacionalmente útil para descrever a prática de enfermagem, pelo que o ICN (2016) definiu sete critérios:

- 1) Suficientemente vasta para servir os múltiplos propósitos requeridos por diversos países;
- 2) Suficientemente simples para ser vista pelos enfermeiros, no dia-a-dia, como uma descrição da prática com significado e como um meio útil de estruturar essa mesma prática;
- 3) Consistente com quadros de referência conceituais claramente definidos, mas não dependente de um quadro de referência teórico ou de um modelo de enfermagem em particular;
- 4) Baseada num núcleo central ao qual se podem acrescentar diversos aspetos, através de um processo contínuo de desenvolvimento e melhoria;
- 5) Sensível à variedade cultural;
- 6) O reflexo do sistema de valores comum da enfermagem em todo o mundo;
- 7) Possibilidade de utilização numa ótica de complementaridade ou de integração com a família de classificações desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo núcleo é a Classificação Internacional de Doenças – CID.

Há mais de quatro décadas que os enfermeiros organizam o seu processo de cuidar em enfermagem seguindo, como linha de representação, o processo de enfermagem. Um considerável nível de pesquisas evidenciou a necessidade de padronização da linguagem, o que resultou na criação de diversos sistemas de classificação para servir os propósitos da enfermagem:

- NANDA;
- Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification – NIC*);
- Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification – NOC*);
- *Omaha System*;
- Classificação de Cuidados de Saúde Domiciliários (*Home Health Care Classification – HHCC*);
- *Perioperative Nursing Data Set* (Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória);
- *Patient Care Data Set* (Conjunto de Dados de Atendimento ao Paciente);

- Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (*International Classification of Nursing Practice – ICNP*).

Naturalmente, estas classificações estão longe de serem estáticas, pois a pesquisa e o desenvolvimento científico continuam, de forma a contribuir para a qualidade da assistência prestada aos clientes.

Em meados do século XX, assistiu-se a uma procura de teorização do que é a enfermagem e o que a distingue de outras disciplinas do saber, sendo que na década de 50 surgiram diferentes teorias e modelos conceituais de enfermagem, com o objetivo de representar e explicar as realidades, tendo sido influenciadas pelos interesses profissionais e contextos socioculturais e pela base experiencial e educacional dos teóricos nos diferentes momentos (Meleis, 2005).

Tendo em conta a representação deste processo e a sua utilização de modo interoperável, bem como as diferentes terminologias de enfermagem a nível internacional, a Organização Internacional e o Comité Internacional de Normalização (*International Organization for Standardization – ISO*) criaram, em 2003, uma norma de terminologia de enfermagem: a ISO 18104, que foi desde então sujeita a alterações. Esta norma estabelece um modelo de terminologia de referências para os diagnósticos e intervenções de enfermagem, constitui um instrumento para facilitar o mapeamento entre as diversas terminologias, facilita a integração e a interoperabilidade dos sistemas de informação e os registos eletrónicos de enfermagem (Sousa, 2011).

A este respeito, a OE (2017, p. 8) determina que a excelência do exercício profissional exige “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”.

Os SIE são sistemas informáticos incluídos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que permitem colher, editar, guardar, relacionar, mostrar e comunicar dados para gerir os serviços, os recursos e a prática de Enfermagem, melhorando os cuidados prestados aos doentes e promovendo uma prática avançada (Kim, 2006). Portanto, ao longo do tempo, é notável o reconhecimento da OE quanto à crescente importância e emergência da informatização dos serviços de saúde.

Paiva et al. (2014), debruçaram-se sobre a análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), tendo constatado que a introdução de SIE em suporte eletrónico se configurava, por um lado como uma oportunidade para tornar os cuidados de

enfermagem mais significativos para os cidadãos, facilitando a reflexão sobre as práticas profissionais a partir da documentação, por outro lado, esta análise permitiu ainda propor enunciados de diagnósticos e de intervenções de enfermagem unificados, bem como uma estrutura de ligação entre ambos.

O recurso à investigação, com elevado nível de evidência, é crucial para a definição dos princípios da conceção de cuidados em Enfermagem, por forma a que estes estejam presentes nos SIE e se constituam, efetivamente, como facilitadores da ação dos enfermeiros na prática clínica com a finalidade de garantir a integridade referencial entre os elementos da documentação produzida, centrando o debate em torno do exercício profissional autónomo dos enfermeiros. Nesta matéria, e no contexto europeu, Portugal tem-se destacado nas tecnologias de saúde (*European Observatory on Health Systems and Policies*, 2018).

A documentação em Enfermagem tem finalidades éticas e legais e, ao mesmo tempo, auxilia no processo de tomada de decisão clínica, bem como na partilha de informação, continuidade dos cuidados, avaliação da qualidade dos cuidados (quer individualmente como em grupo), contributo para a gestão, formação, investigação, produção estatística e de indicadores essenciais para o processo de tomada de decisão política.

1.3 – A representação do conhecimento de enfermagem em contexto perioperatório

O profissional de saúde exerce a sua profissão com a finalidade de manter e melhorar a saúde e o bem-estar do cliente, contudo, é da responsabilidade de cada um afirmar-se e defender a sua presença na equipa, dando a conhecer, através de atos e por escrito, a natureza do seu contributo para melhores resultados em saúde dos seus clientes (Paulo, 2001). Neste sentido, concorda-se com Goossen (2002) quando explica que “(...) se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam de ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação e para aplicar a tecnologia de informação de forma inteligente, na sua atividade de cuidar” (citado em Figueirôa-Rego, 2003, p.39).

Refira-se que os sistemas de classificação de enfermagem possibilitam o cuidado através de uma linguagem criteriosa e da fundamentação da enfermagem clínica, onde a prática do profissional de enfermagem perioperatória assenta num modelo que se baseia em quatro áreas: a segurança

do cliente; o sistema de saúde; as respostas fisiológicas; e as respostas comportamentais (Cheever & Hinkle, 2015).

O contexto particular da enfermagem em contexto de perioperatório que se organiza em três fases revela-se um desafio interessante na demonstração da relevância dos conteúdos de informação que integram os SIE.

Paiva et al. (2014), a partir da análise da utilização dos SIE, sublinham a necessidade de desenvolvimento de taxonomias e ontologias de Enfermagem. Pode dizer-se que uma Ontologia é uma especificação dos conceitos e das suas relações e, por sua vez, um Modelo Clínico de Dados (MCD) corresponde a um subconjunto da Ontologia, designado nos SIE como modelo de especificação algorítmica. Assim sendo, entende-se que a Ontologia é composta por todos os MCD concebidos e que representam o conhecimento da disciplina de enfermagem.

Desta forma, a especificação de um MCD organizado, a partir de um modelo de referência, por domínios dos focos de atenção dos enfermeiros constituirá uma Ontologia de Enfermagem.

Segundo Leite (2016, p.36), sustentando-se no contributo dado por Pereira (2007) “a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente”. Este facto deve-se à ausência de dados de Enfermagem acessíveis e completos nos sistemas de informação, o que conduz à ideia de que a contribuição da Enfermagem para a saúde das populações é pouco significativa.

A maior contribuição dos registos eletrónicos em saúde é a padronização dos SIE, através da definição de um conjunto de dados representados por arquétipos. Sendo estes, modelos de dados altamente relacionados e clinicamente significativos, constituindo-se por pares de conhecimento que representam conceitos ou informação (Hovenga et al., 2005).

Sousa (2012), acrescenta que o desenvolvimento de um arquétipo torna possível a definição do máximo conjunto de dados de um determinado conceito clínico, garantindo uma universalidade na sua utilização.

A informação é o resultado do processamento de dados e do conhecimento de uma disciplina ou área, sendo que este processamento inclui a transformação da informação, então o conhecimento depende do acesso aos dados e à informação gerada. Portanto, depreende-se que a qualidade do acesso e a velocidade da informação facilita o processo de tomada de decisão, no caso dos profissionais de saúde.

Os sistemas de informação servem para processar os dados e produzir a informação, constatando-se que na concepção dos sistemas de informação automatizados, cada elemento, ou seja, cada dado é definido e classificado. Na classificação dos dados, tem-se em conta os termos de como eles serão usados pelo utilizador.

Assim segundo Bastos et al. (2021), a ontologia em enfermagem foca-se no estudo da natureza do ser, da existência e da realidade quanto à profissão, implicando a análise dos conceitos, conjecturas e princípios fulcrais que estão na base do conhecimento e da prática da enfermagem.

Esta serve diferentes propósitos, nomeadamente:

- a compreensão da natureza da enfermagem: auxiliando os enfermeiros na exploração da essência da enfermagem, ou seja, o que é a enfermagem, quais os seus objetivos e o que a distingue de outras áreas da saúde;
- a orientação para o desenvolvimento da teoria de enfermagem: as abordagens ontológicas exercem influência na concepção e aprimoramento das teorias de enfermagem, auxiliando académicos na construção de modelos e estruturas que norteiam a prática, a educação e a investigação em enfermagem;
- a informação para a prática de enfermagem: ao fornecer uma base filosófica para a prática de enfermagem, a ontologia em enfermagem interfere na forma como os enfermeiros compreendem a experiência humana relativamente à saúde, à doença e ao cuidado, sem descuidar os aspetos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais;
- a melhoria da colaboração interdisciplinar: ao promover a comunicação e a colaboração entre profissionais de saúde de diferentes áreas, concorre para uma melhor prestação dos cuidados e para melhores resultados;
- a facilitação da tomada de decisão ética: as diretrizes ontológicas são extremamente importantes para a tomada de decisão ética na prática de enfermagem, uma vez que ao proporcionar um maior conhecimento dos deveres morais e dos valores e princípios éticos, ajuda o profissional de enfermagem a lidar com impasses éticos complexos, contribuindo para uma prestação de cuidados eticamente sólidos e adequados.

Portanto, a ontologia em enfermagem possibilita, aos enfermeiros, uma maior compreensão da sua profissão, o que, conseqüentemente, concorre para uma prestação de cuidados de grande qualidade e os quais se focam no cliente.

2 – MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia, de acordo Fortin (2003, p.372), reflete o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”. Portanto, a metodologia abrange os métodos e as técnicas que o investigador seleciona para estudar o fenómeno em estudo, neste caso, aferir os conteúdos clínicos relevantes para a tomada de decisão e documentação dos cuidados de enfermagem em cirurgia ortopédica dos membros inferiores. Nesta ordem de ideias, pode-se então afirmar que a metodologia se traduz como “plano criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2003, p.372).

A escolha da metodologia deve ser feita em função do tipo de estudo que se pretende realizar, sendo determinada pela problemática em estudo (Canastra et al., 2015). Ela implica a escolha do desenho de investigação a seguir, assim como a escolha dos instrumentos de recolha de dados e as técnicas de análise de dados (Silva, 2017). Além disso, interessa fazer a ressalva de que

a escolha dos métodos e técnicas constitui uma etapa relevante do processo de investigação, aquela em que operacionalizamos, em que concretizamos, uma estratégia para responder à questão que desejamos esclarecer. Os diferentes métodos (qualitativos/quantitativos) e as diversas técnicas (análise de conteúdo, análise estatística, etc.) possuem diferentes vantagens e desvantagens. Em cada pesquisa, é necessário ponderar questões relativas à sua adequabilidade, perguntando se aquilo que se deseja saber pode ser respondido por via da utilização da estratégia escolhida. (Álvares, 2020, p.5)

Mediante o exposto, em seguida passa-se a especificar os objetivos de investigação, bem como o tipo de estudo, o desenho e o contexto do estudo, as estratégias de recolha de dados e as considerações éticas.

2.1 – Finalidade e objetivos

A definição dos objetivos de investigação é uma parte importante de qualquer investigação, traduzindo-se em necessidades “legítimas, viáveis e funcionais relativamente à hierarquia das

necessidades a satisfazer” (Zabalza, 1992, p.82). Além disso, se por um lado os objetivos orientam o investigador ao longo de todo o processo (Fortin, 2009), por outro, são fundamentais para que se atinjam os resultados que se pretendem obter com o estudo (Sousa & Baptista, 2011).

De facto, os objetivos de investigação constituem declarações específicas que descrevem as metas e os propósitos de um estudo, fornecendo uma direção e um foco bastante precisos e ajudando a definir o que o investigador pretende alcançar por meio da investigação.

A finalidade do presente estudo é: Contribuir para a melhoria da tomada de decisão e documentação dos cuidados de enfermagem no contexto do perioperatório, em clientes submetidos a cirurgia ortopédica do membro inferior (artroplastia da anca e joelho).

Decorrendo da finalidade do estudo, foram estipulados dois objetivos para este estudo:

- Identificar os dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem relevantes para a documentação dos cuidados de enfermagem no contexto perioperatório em clientes submetidos a cirurgia ortopédica do membro inferior;
- Mapear os dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem identificados na revisão efetuada, com os itens/conteúdos de informação que integram a ontologia de enfermagem.

2.2 – Tipo de estudo

No que concerne ao tipo de estudo, importa referir que o presente estudo se insere no paradigma qualitativo de investigação, por ser o paradigma que melhor serve os propósitos que culminaram na realização do estudo.

De acordo com a literatura que versa sobre o tema, a investigação qualitativa está inscrita num contexto naturalista e é adequada para estudos que estão associados à vida das pessoas (Bogdan & Biklen, 1994). Esta “centra-se na compreensão dos problemas, analisando os comportamentos, as atitudes ou os valores. Não existe uma preocupação com a dimensão da amostra nem com a generalização dos resultados (...)” (Sousa & Baptista, 2011, p.56).

Na verdade, a investigação qualitativa foca “o quê”, “como” e “porquê” e apresenta quatro características que a distinguem dos demais métodos de investigação (Pinto et al., 2018):

- 1) A fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador constitui o principal agente da sua recolha;
- 2) Os dados recolhidos são, na sua maioria, de carácter descritivo;
- 3) O investigador interessa-se, principalmente, pela compreensão do significado que os participantes atribuem às suas experiências;
- 4) A análise dos dados é feita de forma indutiva.

Portanto, a investigação qualitativa enfatiza o processo de investigação em si e não só os resultados, sendo um tipo de investigação indutiva, interpretativa e descritiva. Acredita-se que até ao momento, as opções metodológicas adotadas são as mais adequadas, porque o estudo que se pretende realizar é uma revisão integrativa da literatura (RIL). Estudo em que o processo de investigação importa, bem como decorrem todas as etapas de investigação, importando, naturalmente, os resultados que provêm de estudos já publicados e os quais serão analisados de forma indutiva.

Ainda no que concerne ao tipo de estudo, interessa referir que se trata de um estudo descritivo, procedendo-se à descrição e análise das evidências empíricas recolhidas em estudos publicados. Isto porque, nos estudos descritivos “o investigador interpreta os resultados referindo-se ao quadro conceptual e às informações obtidas por meio de questões de investigação. Discute características que se destacam do contexto do estudo, estabelece comparações e procura possíveis associações entre as variáveis” (Fortin, 2009, p.479).

2.3 – Desenho do estudo

Conforme Fortin (2009), o desenho de investigação guia o investigador ao nível da planificação e na realização do seu estudo, por forma a que o objetivo seja atingido. É o desenho do estudo que fornece um plano, o qual permite responder às questões ou verificar hipóteses (Burns & Grove, 2003). Além disso, este também especifica os mecanismos de controlo que servirão para minimizar as fontes potenciais de enviesamento e que aumenta o risco de afetar a validade dos resultados do estudo (Burns & Grove, 2003).

Nesta ordem de ideias, este estudo encontra-se estruturado da seguinte forma: inicialmente, procedeu-se ao enquadramento teórico e concetual do estudo, relativamente à conceção de cuidados e tomada de decisão em enfermagem nas pessoas em situação perioperatória submetidas a artroplastia da anca ou do joelho.

Após este enquadramento, procedeu-se à realização da RIL, procurando-se reunir evidências empíricas sobre os conteúdos clínicos, nomeadamente, os dados, diagnósticos, objetivos e intervenções, relevantes para a tomada de decisão e documentação dos cuidados de enfermagem em cirurgias eletivas de artroplastia total da anca e do joelho.

Tendo em conta o tema que subjaz ao estudo realizado, e precedendo toda a pesquisa de evidências, procedeu-se à pesquisa dos descritores na área da saúde (DeCS). A pesquisa dos DeCS foi um passo importante para a realização da RIL, pois através desta pesquisa selecionaram-se os descritores mais adequados ao tema em estudo e também permitiu a utilização, aquando da pesquisa de evidências, da terminologia comum para a pesquisa em três idiomas (inglês, espanhol e francês), possibilitando um curso único e consistente para a recuperação da informação, independentemente do idioma (Araújo, 2017). Além da pesquisa dos descritores, importa também referir que se utilizou a terminologia própria de cada base de dados.

Depois de selecionados os DeCS, o passo seguinte passou pela definição dos critérios de seleção dos estudos, ou seja, os critérios de inclusão e os critérios de exclusão. Em seguida, procedeu-se à pesquisa das evidências em diferentes bases de dados, tendo-se construído a expressão de busca (frase booleana), recorrendo-se aos operadores booleanos (AND e OR).

Após a pesquisa de estudos, estes foram analisados e procedeu-se à seleção dos estudos a integrar na presente RIL, tendo-se construído o fluxograma PRISMA, por forma a explicitar todo o processo de pesquisa e de como se chegou à amostra final de estudos.

2.4 – Contexto do estudo

O presente estudo é desenvolvido no âmbito da frequência do segundo ciclo de estudos em Enfermagem-Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Além do facto de se desempenharem funções no contexto perioperatório e na área de ortopedia, o que permite, através da prática profissional constatar algumas lacunas ou dificuldades em documentar os cuidados de enfermagem a este respeito, outros motivos estiveram na origem da realização do estudo. De facto, este estudo pretende abordar os conteúdos clínicos relevantes para a tomada de decisão e documentação dos cuidados de enfermagem em cirurgias eletivas de artroplastia da anca e do joelho, visto serem das mais frequentes em Portugal, devido à condição de osteoartrite altamente prevalente entre os idosos, e o crescente envelhecimento demográfico da população. Estudos mostram que, desde 2000, se tem vindo a assistir a um aumento exponencial da artroplastia da anca entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), tendo aumentado em cerca de 35% entre os anos de 2000 e 2013.

Mediante o exposto, parece-nos interessante contribuir com este estudo para os aspetos que podem relevar para a conceção de cuidados de enfermagem, considerando ainda que cabe aos enfermeiros a responsabilidade de contribuir para a definição, refinamento e expansão dos conteúdos da Ontologia, este estudo apresenta-se como um desafio e uma oportunidade para a enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

2.5 – Estratégias de recolha de dados

Para se selecionarem as estratégias de recolha de dados, teve-se em linha de conta os objetivos do estudo, bem como a metodologia selecionada, mas também os tipos de dados que se pretendiam recolher. As estratégias de recolha de dados adotada foi: a RIL; a categorização dos resultados em unidades de registo para posterior discussão e análise dos resultados.

Em seguida, cada uma destas estratégias é abordada de modo particular e pormenorizadamente.

2.5.1 – Revisão integrativa de literatura

A revisão integrativa da literatura possibilita a combinação de investigação primária e secundária (Sousa et al., 2018). Trata-se de um tipo de revisão mais amplo, na medida em que permite incluir estudos experimentais e não-experimentais com vista a uma maior compreensão do fenómeno em estudo; permite também a inclusão de diferentes estudos e que recorrem a distintos métodos de investigação, o que concorre para um aumento da profundidade e abrangência das conclusões da revisão; delinea um quadro completo de conceitos; possibilita a combinação de dados da literatura teórica e empírica; e ainda permite identificar eventuais problemas associados aos cuidados de saúde e que são relevantes de ter em conta na prática clínica de enfermagem (Russel, 2005; Souza et al., 2010).

Além disso, permite a realização de uma sistematização do conhecimento científico, o que por sua vez possibilita uma maior aproximação do investigador à problemática em estudo (Botelho et al., 2011). Os autores, acrescentam ainda que o método da revisão integrativa pode ser “incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas da saúde e da educação” (Botelho et al., 2011, p.133) e que permite que se delinieie um panorama sobre a produção científica, possibilitando a compreensão da evolução do tema ao longo do tempo, podendo colocar em destaque eventuais oportunidades de investigação (Botelho et al., 2011).

Por outro lado, entende-se que a revisão integrativa de literatura seria um estudo pertinente a realizar, pois tem ganho destaque na área da saúde. Isto porque,

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza et al., 2010, p.102).

Neste caso, reúnem-se e sintetizam-se as evidências acerca dos dados, dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem relevantes para a documentação e tomada de decisão nos cuidados de enfermagem no perioperatório em clientes submetidos a cirurgia ortopédica do membro inferior. Por isso mesmo, entende-se que a revisão integrativa da literatura é o tipo de revisão mais adequado para o fenómeno em foco no presente estudo, pois é adequada para

casos em que se pretende realizar “a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado” (Botelho et al., 2011, p.133) e/ou quando se pretende obter “informações que possibilitem aos leitores avaliarem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão” (Botelho et al., 2011, p.133). Por outras palavras, a RIL

além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (Souza et al., 2010, p.102).

Recorde-se que a RIL, conforme realçam Whitemore & Knaf (2005), permite a combinação de diversas metodologias e apresenta um grande potencial em termos de utilidade na prática baseada na evidência para a enfermagem. Além disso, através dela, é possível: identificar lacunas na investigação realizada, tornando evidentes as necessidades existentes após a realização da investigação; estabelecer a ponte de ligação entre diferentes áreas do trabalho, identificando questões fulcrais em áreas específicas; encontrar elementos que contribuem para a formulação da questão de investigação; identificar um quadro teórico ou concetual; explorar os métodos de pesquisa utilizados de forma mais eficaz e bem-sucedidos. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Mendes et al. (2008) refere que a RIL constitui um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis em torno do tema investigado, sendo que o seu produto final reflete o estado atual do conhecimento do tema de investigação, assim como a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos e a identificação de lacunas que sugerem o desenvolvimento de novas investigações.

A RIL assume-se, indiscutivelmente, um método que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática (Souza et al., 2010). Segundo vários autores (Sousa et al., 2018; Souza et al., 2010), a revisão integrativa é composta por seis fases, a saber:

- 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou elaboração da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
- 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostra ou pesquisa de literatura (pesquisa ou amostra na literatura);
- 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos e recolha de dados;

- 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e análise crítica dos estudos selecionados;
- 5) Interpretação e discussão dos resultados;
- 6) Apresentação da revisão / síntese do conhecimento.

2.6 – Técnica de análise de dados

Para se proceder à análise dos dados recolhidos, seja em relação às referências contempladas na RIL, recorreu-se à análise de conteúdo.

A análise de conteúdo tem como objeto a fala, ou seja, “o aspeto individual e atual (em ato) da linguagem” (Bardin, 2009, p.45). Portanto, através dela é possível analisar e interpretar, de forma sistemática, o conteúdo de diferentes formas de comunicação e neste caso, é o texto dos artigos contemplados na RIL.

A análise de conteúdo traduz-se num conjunto de procedimentos e técnicas de análise das comunicações e não um instrumento (Bardin, 2009; Sousa, 2005). De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo traduz-se numa técnica de análise de informação que tem a finalidade de explicar e compreender, fazer inferências, identificando as particularidades do discurso. Isto porque, “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (...) é a busca de outras realidades através das mensagens” (Bardin, 2009, p.45).

Através da análise objetiva e sistemática do conteúdo, é possível obter insights acerca das características, estrutura e significado do conteúdo que é analisado. Pois a análise de conteúdo é um “processo de busca e de organização sistemática de transcrições de entrevistas, de notas de campos e de outros materiais que foram acumulados” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 205). Este processo de busca e de organização sistemática, no entender de Fortin (2009), desenvolve-se ao longo de quatro de fases, sendo elas:

1. Pré-análise;
2. Exploração do material;
3. Tratamento dos resultados;
4. Inferência e interpretação.

Aqui, por meio da análise de conteúdo, pretende-se obter insights acerca dos dados, dos diagnósticos, dos objetivos e das intervenções de enfermagem que devem ser documentados nos sistemas de informação de enfermagem.

A organização sistemática dos resultados encontrados requer uma leitura e análise dos artigos encontrados, seguido de uma criteriosa categorização dos mesmos. Através da identificação de “unidades de registo”, que são encontrados nas citações que traduzem o conteúdo essencial e importância para o estudo a que nos propomos. A “unidade de registo” será identificada com o número do artigo no qual foi identificada.

Como define Bardin (2016), unidade de registo é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial, e o critério de recorte na análise é sempre de ordem semântica.

A categorização das “unidades de registo”, tem por base as quatro classes de informação que relevam para a concepção de cuidados: i) dados que resultam de avaliação a partir do cliente, ii) diagnósticos, iii) objetivos e iv) intervenções de enfermagem.

2.7 – Considerações éticas

Segundo afirma Nunes (2013, p.6) é da responsabilidade dos enfermeiros “salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações. O que inclui assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética”. A este respeito, é de salientar que os riscos associados à realização do estudo foram diminutos, assim como os custos envolvidos, pois para a realização do estudo, que se traduz numa RIL, apenas foi necessário ter ligação à internet para se proceder à pesquisa de evidências através de bases de dados. O acesso à ontologia de enfermagem para se proceder ao mapeamento dos conteúdos obtidos na pesquisa foi efetuado a partir do acesso disponibilizado aos estudantes da ESEP. Ao mesmo tempo, este estudo cumpre as exigências que constam na avaliação ética de um estudo, como “a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente (...)” (Nunes, 2020, p.5).

Além disso, conforme relembra Nunes (2020, p.5), “o olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores”. E neste sentido, considera-se crucial sublinhar o facto de que o presente estudo procede à correta e adequada referência de todas as fontes bibliográficas utilizadas, e respetivos autores, sendo que as mesmas estão especificadas na parte final do documento. Além disso, vale fazer a ressalva de que a informação presente neste estudo é credível e fidedigna, tendo-se recorrido a bases de dados adequadas e, também elas, credíveis. O exposto vai de encontro ao advogado por Nunes (2013, p.10), quando refere que “seja qual for o formato da revisão, visa apresentar o “estado da arte”. Inevitável a evocação do princípio da integridade académica - materializável nas citações e referências, no respeito pela fidelidade ao autor”.

3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A realização da revisão integrativa da literatura, teve início no aglomerador de conteúdo bibliográfico computadorizado EBSCO *host*, efetuada no dia vinte e sete de julho de 2023, e proporcionou-nos acesso às bases de dados, CINAHL, MEDLINE Complete, *Academic Search Complete*. Foi também efetuada a pesquisa bibliográfica na base de dados SCOPUS. A pesquisa teve em consideração os descritores em ciências da saúde MeSH e o tema em estudo. Após a pesquisa, foram selecionados os descritores, de acordo com a base de dados selecionada, *subject heading* no caso da CINAHL ou *subjects terms* na *Academic Search Complete*, tal como a Figura que se segue o demonstra.

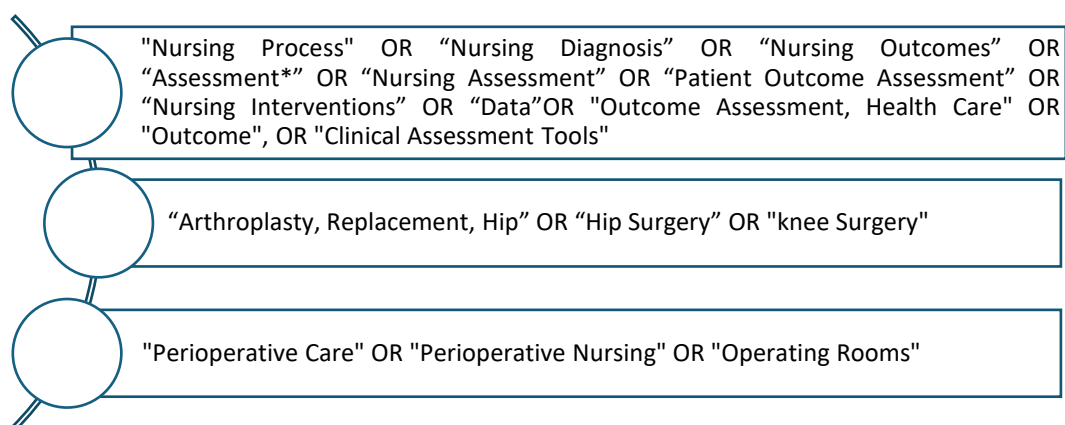


Figura 1: Descritores DeCS selecionados para a pesquisa

Com a finalidade de se ter acesso a evidências importantes para o estudo, foi formulada uma frase booleana que facilitasse a pesquisa e permitisse o acesso aos resultados desejados e que se constituiu da seguinte forma:

((("Nursing Process" OR "Nursing Diagnosis" OR "Nursing Outcomes" OR "Assessment*" OR "Nursing Assessment" OR "Patient Outcome Assessment" OR "Nursing Interventions" OR "Data" OR "Outcome Assessment, Health Care" OR "Outcome" OR "Clinical Assessment Tools")) AND ("Arthroplasty, Replacement, Hip" OR "Hip Surgery" OR "knee Surgery")) AND (("Perioperative Care" OR "Perioperative Nursing" OR "Operating Rooms"))).

A definição da frase booleana permite ao investigador limitar a pesquisa através de uma combinação de palavras-chave e da sua combinação entre os termos, de forma a facilitar o processo de análise, assim como a definição objetiva de critérios de inclusão e exclusão para obter as referências relevantes para a RIL.

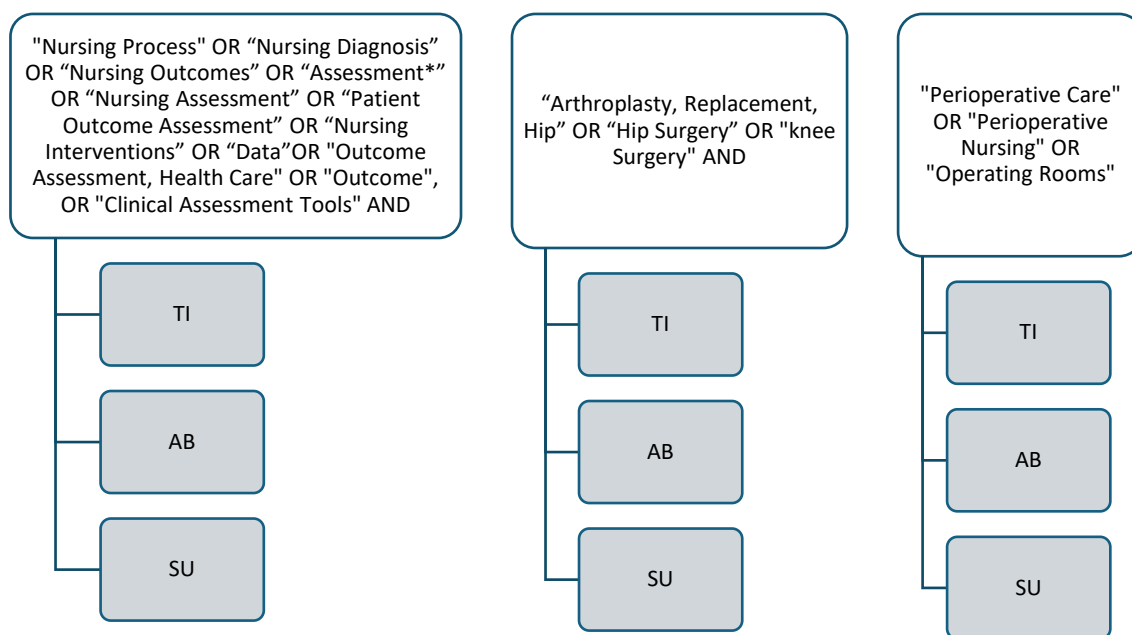


Figura 2: Frase Boleana

Os descritores considerados como relevantes para o estudo, foram integrados numa frase booleana, sendo cada parte da mesma, pesquisada em TI (título), AB (*abstrat*) e SU (assunto), em cada uma das bases de dados. Assim a pesquisa foi efetuada vinte e sete vezes em cada base de dados, totalizando 108 pesquisas.

Com o objetivo de se proceder a uma pesquisa adequada e que fosse de encontro ao pretendido, ou seja, que apenas evidenciasse os estudos que focassem o tema em estudo, procedeu-se à especificação dos critérios de seleção: critérios de inclusão e critérios de exclusão. Atente-se à Tabela que se segue:

Crêterios de Inclusão	Crêterios de Exclusão
- Referências dos últimos 10 anos (2013-2023);	- Referências anteriores a 2013;
- Referências disponíveis na íntegra e de acesso gratuito;	- Referências não disponíveis na íntegra e sem gratuidade de acesso;
- Referências nos idiomas inglês, francês, espanhol e português;	- Referências noutros idiomas;
- Referências em contexto de cuidados de enfermagem no perioperatório;	- Referências no âmbito de outros cuidados de enfermagem;
- Referências que focam a cirurgia ortopédica eletiva dos membros inferiores (ATA e ATJ).	- Referências no âmbito de outras cirurgias ortopédicas.

Tabela 1: Crêterios de inclusão e de exclusão

Com vista a uma melhor exposi o do processo de pesquisa e de extra o de dados, em seguida apresenta-se o fluxograma do processo (Figura 3) de revisão de acordo com a PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) 2020.

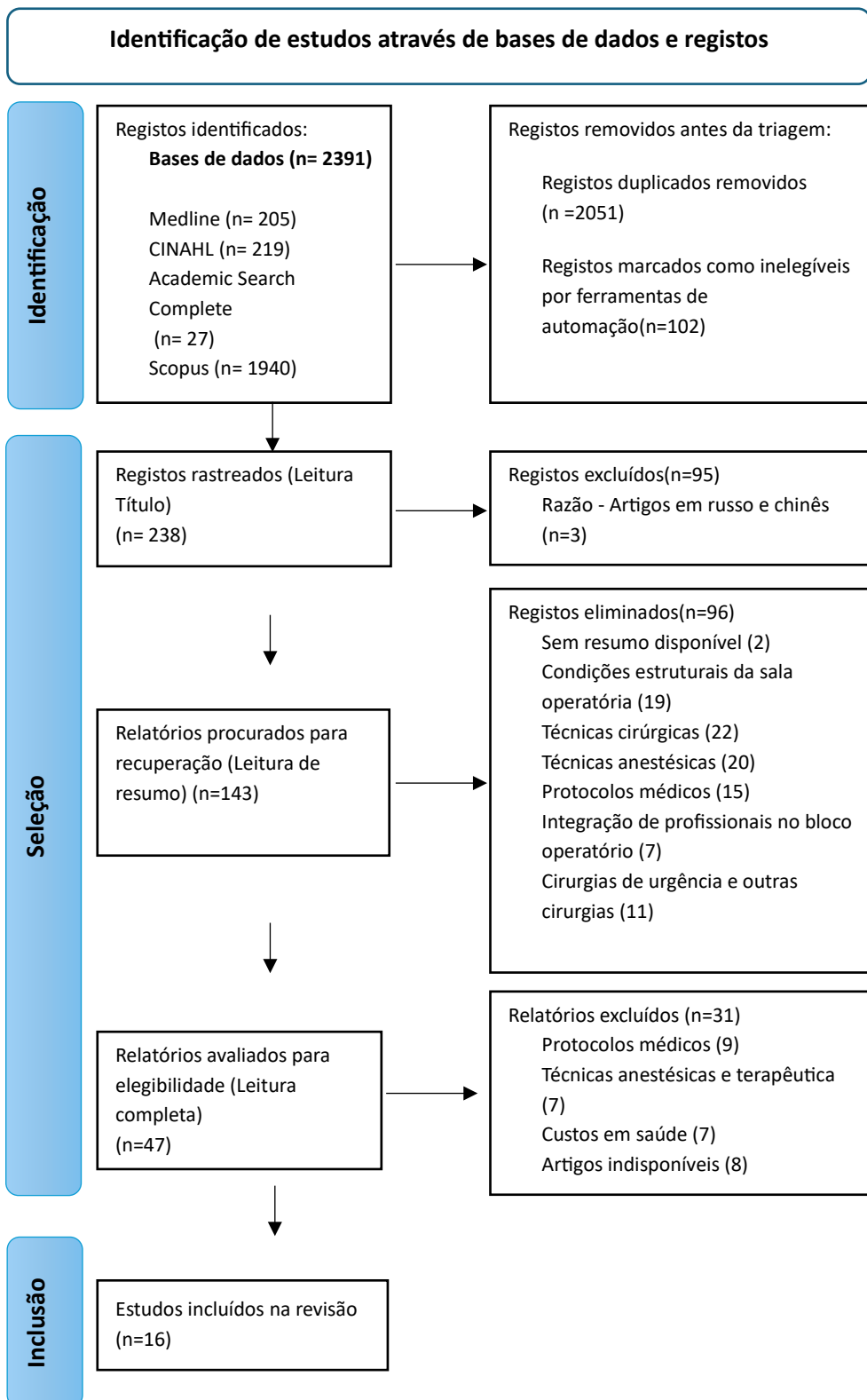


Figura 3: Fluxograma PRISMA 2020

A atualização do fluxograma foi feita através da Declaração PRISMA 2020, a qual foi concebida, principalmente, mas não só, para revisões sistemáticas que avaliam os efeitos de intervenções em saúde (Galvão et al., 2022).

Da pesquisa bibliográfica realizada foram obtidos 2391 artigos, e de acordo com as ferramentas de automação, para encontrar duplicados, foram eliminados 2051 artigos. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, quanto à data de publicação, a partir de 2013, foram eliminados 102 artigos e selecionados 238 artigos.

Após a leitura do título dos 238 artigos, foram eliminados 95 artigos, que eram referentes a outras temáticas, como protocolos médicos cirúrgicos, comparação entre técnicas cirúrgicas, técnicas anestésicas, programas de doentes em cuidados intensivos, artigos de doentes com patologias médicas e três artigos que eram em russo e chinês.

Foram selecionados 143 artigos, que após leitura do resumo, foram eliminados 96, por serem artigos com temáticas relativas à ventilação da sala operatória, ruído na sala operatória, administração de fármacos (ácido tranexâmico, terapêutica anticoagulante, opioides), técnica de cirurgia robótica, utilização de ecografia como coadjuvante da técnica anestésica e custos em saúde. Dois artigos não tinham o resumo disponível.

Foram selecionados 47 artigos para leitura integral, sendo eliminados 31 artigos, dos quais 23 eram referentes a artigos de doentes submetidos a ATA com doenças de natureza reumática, técnica cirúrgica em ATA e de anestesia e oito artigos que não estão disponíveis para acesso livre.

Da seleção de dezasseis artigos para revisão, foi elaborada uma tabela com os artigos analisados e selecionados para a pesquisa, que se apresenta em anexo (Anexo 1).

Tal como se referiu anteriormente, a RIL possibilita a sintetização do conhecimento, pelo que em seguida se apresenta um resumo dos resultados obtidos.

3.1 – Da análise de conteúdo dos artigos

A categorização na análise de conteúdo é uma operação de classificação de elementos constituídos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente por reagrupamentos segundo o

género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos, as unidades de registo, na análise de conteúdo (Bardin, 2009). O critério de classificação realizado foi de caráter semântico: por exemplo todos os temas que remetiam para o diagnóstico de Ansiedade, tais como verbalização de emoções que remetiam para este estado, segundo a classificação CIPE, emoção negativa: sentimentos de ameaça perigo ou angústia. Outro critério de classificação apontado é o sintático (os verbos, os adjetivos), o léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinónimos próximos) e o expressivo (por exemplo, categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem) (Bardin, 2009). Ainda segundo o mesmo autor que refere que classificar elementos em categorias, impõem que cada elemento seja investigado para se saber o que um tem em comum com outro elemento. É um processo composto por duas etapas: o inventário (isolar elementos) e a classificação (organizar os elementos).

Da análise de conteúdo, após leitura integral dos artigos, foi efetuada uma categorização ampla, de caráter semântico, “in vivo”, de unidades de registo, a partir dos elementos da conceção de cuidados: dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem, utilizando a linguagem dos artigos.

Como previamente abordado, a análise decorreu a partir dos pressupostos da organização dos itens de informação da Ontologia de enfermagem: dados de avaliação inicial, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem, considerando-se todos os aspetos relativos à preparação e recuperação cirúrgica.

Globalmente, a análise de conteúdo permitiu perceber a ênfase atribuída aos dados de avaliação inicial relativos a aspetos relacionados por exemplo com processos corporais, como dor, perda sanguínea, hipotermia ou ferida e os objetivos e as intervenções de enfermagem que permitem a sua resolução, minimização ou prevenção.

O processo de conceção de cuidados de enfermagem baseia-se no raciocínio clínico desenvolvido pelo enfermeiro e é elaborado a partir da recolha de dados para a identificação de diagnósticos que requerem a formulação de objetivos e conseqüentemente, o planeamento das intervenções de enfermagem.

Na análise dos artigos evidenciam-se as diferentes fases que constituem o período perioperatório, designadas como pré-operatório; intraoperatório e pós-operatório. A abordagem que a seguir se apresenta organiza-se pelas unidades temáticas que emergiram dos

artigos e que integram as fases anteriormente referidas, consideram-se deste modo os aspetos inerentes à preparação para o procedimento cirúrgico, os aspetos que relevam durante o ato cirúrgico, os aspetos que assumem particular atenção no período imediatamente a seguir ao final da cirurgia e os aspetos que relevam para a recuperação cirúrgica. Ao longo do texto enfatiza-se numa tonalidade acentuadamente mais escura as categorias identificadas a partir da análise de conteúdo dos artigos.

3.1.1 – Dos aspetos relativos à preparação cirúrgica

A preparação para a experiência cirúrgica programada inicia-se com a interação do cliente com o enfermeiro que aborda os aspetos necessários para que todo o processo decorra de acordo com a qualidade desejada. Esta preparação inicia-se na consulta de enfermagem pré-operatória que é uma ação com a finalidade de conhecer o cliente e dotá-lo de conhecimento específico que este poderá mobilizar durante o seu percurso cirúrgico em resposta às suas necessidades (Mendes, 2021).

Esta consulta deve ser entendida como um momento privilegiado de interação entre o enfermeiro e o cliente, em que é possível a colheita de dados, identificação das necessidades e implementação de intervenções de enfermagem que contribua para o processo cirúrgico. É relevante contextualizar o circuito que o cliente vai percorrer desde que entra na instituição hospitalar (admissão, internamento, bloco operatório, ou outros espaços de acordo com a organização institucional) e abordar os aspetos que relevam para que o cliente obtenha o conhecimento necessário para o processo cirúrgico e as consequências que do mesmo possam decorrer.

Pela análise dos artigos percebe-se a atenção atribuída, como dados de avaliação inicial, o **tipo de cirurgia e a preparação pré-operatória**. As unidades de registo identificadas a partir da análise dos artigos, que são atribuídas à **preparação pré-operatória** são: o jejum, a importância do banho antes da cirurgia e no dia da cirurgia, a remoção de adereços para a cirurgia, os antecedentes clínicos (como HTA, diabetes, IMC), assim como a terapêutica pré-operatória.

Os artigos ainda referem que os dados que foram recolhidos dos processos clínicos incluíam: idade, sexo, índice de massa corporal, doenças pré-existentes, diabetes, HTA, doenças prévias (Pan, et al., 2015) (5). Coutinho et al. (2021) (2), refere a relevância da colheita de dados e informações, tais como: sexo, idade, tipo de procedimento cirúrgico, score de ASA, presença de comorbilidades, IMC (...), como aspetos de interesse na *“deteção, orientação e tratamento de condições clínicas relevantes (diabetes, HTA) e desnutrição”*. Assim como Romano et al. (2021) (3), também acrescenta que a *“avaliação e otimização da consulta pré-operatória é relevante para a deteção e tratamento precoce de doenças crónicas como a HTA, diabetes”*.

Outros autores como Milne et al. (2012) salientam que se deve ter em conta a realização de uma avaliação prévia à cirurgia, devendo identificar-se os indivíduos com maior risco de complicações incisionais. Os fatores de risco determinantes são: o estado nutricional, obesidade, tabagismo/habitação partilhada com fumador, comorbilidades como diabetes, artrite reumatoide, corticoterapia, esteroides e imunossupressores. Também para Doherty (2011), a prevenção das complicações cirúrgicas começa no período pré-operatório através da avaliação da doença e dos fatores de risco do cliente. Sabe-se que muitos fatores desencadeantes de complicações pós-cirúrgicas podem ser evitáveis, quer pela avaliação dos seus riscos ou através da limitação de possíveis fragilidades em todo o processo (Sousa, 2015).

Romano et al. (2020) (3), a respeito de um protocolo implementado de *Fast Track*, enfatiza a *“importância da informação pré-operatória, apoio aos doentes, (...)”*. E Coutinho et al. (2021) (2), refere que *“o banho pré-operatório é uma medida fortemente recomendada pela OMS na prevenção da ILC (infecção do local cirúrgico)”*.

Para Pulkkinen et al. (2020) (4), *“a educação e informação pré-operatória do doente tem impacto no sucesso da cirurgia e recuperação e foi descrito como importante para envolver e capacitar os doentes para o autocuidado e, assim, melhorar a sua recuperação, podendo ser determinante para diminuir a ansiedade e um internamento menos prolongado”*.

Corroborado por Romano et al. (2021) (3), que refere ainda a *“atenção especial nas informações pré-operatórias e no treino dos doentes, avaliação clínica, anestesia e controle da dor, tratamento de feridas e mobilização precoce”* assim como *“o envolvimento do doente através de equipe multidisciplinar, programa de coaching motivacional e apoio psicológico; otimização do apoio social do doente; otimização do aconselhamento de exercício físico e estilo de vida; passos educativos para “marcos funcionais” com fisioterapeuta; gestão do regime terapêutico*

(diabetes, HTA, desnutrição) e jejum pré-operatório” são aspetos considerados cruciais para a qualidade assistencial.

O impacto que uma cirurgia aos membros inferiores pode ter ao nível da realização das atividades de vida diária, requer que a ação profissional dos enfermeiros, quer no período pré-operatório, como no pós-operatório seja da maior importância, dado que é impreterível que a pessoa integre **conhecimento** relativo à manutenção da nova condição (Dias et al., 2021).

As expectativas dos doentes submetidos a artroplastia do joelho ou anca num momento pré-operatório podem afetar os resultados pós-operatórios (Lucas, 2008), especialmente porque os doentes podem não entender que a recuperação completa pode levar até um ano.

Os dados identificados nos artigos analisados orientam-se para o **conhecimento** do cliente quanto ao procedimento cirúrgico e anestésico. *“A preparação para o procedimento cirúrgico: técnica anestésica, gestão da dor pré e pós-operatória, exercícios de fisioterapia pré e pós-operatória, cuidados pós-operatórios, incluindo a importância da mobilização e regresso a casa ou centro de reabilitação”*, como expõe Bell et al. (2022) (1) são de particular atenção.

Coutinho et al. (2021) (2) referem a **preparação pré-operatória** enfatizando que *“a educação em saúde do doente pode ser uma estratégia para a utilização do saber adquirido, a fim de promover cuidados no local da incisão cirúrgica e de prevenir complicações, como infeção do local cirúrgico”*. Merollini et al (2013) (15), referem que *“as diretrizes recomendam o uso de profilaxia antibiótica pré-operatória, banho pré-operatório, (...) cessação tabágica e controle da glicemia”*.

Kim & Aloia, (2018, p. 164), referem que *“a educação pré-operatória do cliente se evidencia como um pilar fundamental para a recuperação cirúrgica visto que o controlo da dor ou a participação nos cuidados pós-operatórios são influenciados pela expectativa e participação do cliente”*.

Jansson et al. (2019) (8), mencionam a importância de *“informar o doente de que vai acordar na unidade de cirurgia pós-anestésica (UCPA) e o conhecimento que deve ser transmitido sobre como vai ser transferido para o internamento”*.

“O tempo de internamento reduzido requer intervenções eficazes, centradas no doente e motivadas para serem participantes ativos nos seus próprios cuidados. Essas estratégias podem facilitar a alta precoce dos doentes submetidos a artroplastia”, como é mencionado por Pulkkinen et al. (2020) (4).

Rothrock (2008), citado por Silva (2016), afirma que o período pré-operatório se define como o tempo oportuno para avaliar as condições psicossociais uma vez que os clientes submetidos a cirurgia, são sujeitos a elevadas condições de stress.

Neste período é por isso fundamental contribuir para a diminuição da **ansiedade** e dos fatores desencadeantes de stress que a perspectiva de uma cirurgia pode acarretar, pois impacta diretamente numa melhor recuperação pós-operatória e na sua própria percepção da recuperação física e mental do cliente submetido ao processo cirúrgico.

Bell et al. (2022) (1), refere que *“64,7% das pessoas programadas para artroplastia total da anca ou joelho têm uma classificação de cinco ou mais na escala de ansiedade”* [escala de avaliação de ansiedade de 1 a 10] e que *“um maior nível de ansiedade no pré-operatório está associado a uma maior necessidade de anestesia na indução e maior instabilidade hemodinâmica e maior percepção da dor no pós-operatório”*.

O mesmo artigo refere que *“a consulta de enfermagem pré-operatória parece ser eficaz na redução da ansiedade pré e pós-operatória e da dor pós-operatória”* após ter desenvolvido neste estudo *“a avaliação da ansiedade em vários momentos, antes e após a consulta de enfermagem, no dia anterior à cirurgia e durante o internamento”*.

Mencionado ainda no mesmo artigo, a importância da consulta pré-operatória na **diminuição da ansiedade** em doentes submetidos a artropatia da anca e joelho, baseado na teoria de Peplau, que *“demonstra a importância de o doente transformar a sua ansiedade em energia positiva para conseguir atender às suas próprias necessidades”* entendendo *a consulta de enfermagem pré-operatória como o momento de preparar o doente através do ensino de técnicas de relaxamento o que pode gerar comportamentos mais adequados à sua recuperação diminuindo a ansiedade”*.

“Foi relatado que a ansiedade diminui enquanto o doente recebe tratamento adequado, educação e informação”, como é referido por Pulkkinen et al. (2020) (4).

No período pré-operatório de cirurgia ortopédica aos membros inferiores, **fornecer informações** verbais e escritas aos doentes sobre exercícios pós-operatórios e de alívio da dor pós-operatório permite que os doentes se familiarizem com as informações, pratiquem habilidades e retirem dúvidas antes da cirurgia. As informações fornecidas nesse momento ajudam a preparar os doentes para o procedimento com impacto na gestão da dor que possam vir a experimentar e

na redução da ansiedade pré-operatória (McDonald et al. 2004; Walker, 2007). Bell et al. (2022) (1), referem no seu estudo que *“a intensidade da dor foi avaliada antes da consulta de enfermagem pré-operatória e durante os três primeiros dias de pós-operatório”*.

Como referem Jansson et al. (2019) (8), *“o ensino sobre a técnica cirúrgica e anestésica, ansiedade pré-operatória e suas consequências, a dor, exercícios de recuperação”* é relevante, tendo *“os doentes manifestado ter recebido uma orientação/informação escrita sobre preparação pré-operatória, consulta e cirurgia”*.

A consulta pré-operatória pode apresentar-se como oportunidade para o doente **praticar o uso de auxiliares de marcha** ou **realizar exercícios antes da cirurgia**, o que pode aumentar a confiança no seu uso no período de pós-operatório constituindo-se como relevante para a recuperação cirúrgica.

Conforme demonstrado por Jansson et al. (2019) (8) *“estes aspetos que traduzem uma intencionalidade dos profissionais para reduzir a ansiedade, controlar a dor ou para melhorar a capacidade dos clientes para o uso de equipamentos adaptativos que irão utilizar na fase pós-operatório”*, foram considerados como pretexto para *“a satisfação do paciente que foi medida usando uma escala de avaliação numérica”*.

Vieira et al. (2017) e Giordani et al. (2015) afirmam que o processo de hospitalização, a cirurgia, e o medo do desconhecido provocam **ansiedade**, insegurança, como consequência também da falta de informação.

Relativamente à preparação cirúrgica os artigos remetem para dados de avaliação do **conhecimento** que os clientes têm sobre o processo cirúrgico, incluindo os aspetos que relevam do processo anestésico e do circuito que percorrem. Enfatizam ainda os dados de avaliação de ansiedade ou a forma de **gestão da dor** em doentes com dor crónica pela patologia ortopédica dos membros inferiores.

Os artigos remetem a intencionalidade dos cuidados de enfermagem para a promoção do conhecimento dos doentes sobre a necessidade de jejum, do banho de preparação cirúrgica, da medicação que podem ou não efetuar no dia da cirurgia remetendo para uma preparação adequada para a vivência cirúrgica em resultado de intervenções de enfermagem que instruem o cliente para este processo. Enfatizando ainda alguns artigos a necessidade de promover

estratégias de gestão da **ansiedade** e de conhecimento de **medidas de alívio da dor** no período pós-operatório.

3.1.2 – Dos aspetos que relevam durante a cirurgia

No momento de chegada ao bloco operatório, é validado com o cliente os dados relativos a identificação do doente, lateralidade da cirurgia e demais critérios de segurança necessários. Um dos pontos é a **verificação da identidade do doente** através da pulseira de identificação, associada a outros meios adequados de identificação como o processo clínico, a identificação positiva e a **identificação do local cirúrgico** a intervir.

A correta identificação do doente é indispensável, sendo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela *Joint Commission International (JCI)*, como a primeira meta de segurança do doente e um indicador a integrar os sistemas de gestão da qualidade.

Gil et al. (2020) (6), mencionam que os dados importantes a serem considerados, são o “(...) *tipo de cirurgia, lado da cirurgia, colocação de pulseira de identificação (...). A correta identificação dos doentes, constitui uma importante etapa dos cuidados de enfermagem: determinar com segurança que o doente é o legítimo recetor do procedimento (...). A identificação do doente e do local cirúrgico são as primeiras verificações a realizar na Lista de Verificação Segura*”.

A confirmação da identidade do doente, do procedimento a ser realizado e do local da cirurgia integra a lista de verificação definida pela OMS que deve ser aplicada no momento prévio à cirurgia e novamente no momento de admissão no bloco operatório (WHO, 2009a).

No intraoperatório, na ATJ, o **garrote pneumático** é frequentemente utilizado. Romano et al. (2021) (3), referem a necessidade de um “*tempo reduzido de garrote com a pressão mínima necessária (250mmHg, e máximo de 40 minutos)*”. O garrote deve ser adequado ao tamanho do doente, a pele deve ser protegida aquando da sua colocação e a pressão a que o garrote deve ser insuflado, está relacionado com a idade, a pressão arterial e o tamanho do membro. A pressão de insuflação para a perna deve ser de 250 a 350 mmHg. O tempo máximo recomendado é de duas horas (Kutty, 2002).

No contexto intraoperatório a existência de **acesso venoso** é uma prioridade uma vez que a fluidoterapia perioperatória permite a manutenção da pressão de perfusão do fluxo sanguíneo a fim de prevenir situações de hipovolêmia (IPOL, 2017). Gil et al. (2020) (6), referem a *“colocação de cateter venoso periférico no lado oposto à cirurgia.”*

O **posicionamento do cliente** para a cirurgia assume também particular atenção e tem como objetivo proporcionar uma ótima exposição e acesso ao local cirúrgico, mantendo o alinhamento corporal, facilitando as funções circulatória e respiratória, protegendo a integridade neuromuscular e a **pele** (Rothrock, 2021, p.146).

O artigo de Kadry et al. (2014) (12), referem a relevância de *“identificar necessidades de posicionamento adequadas em todos os doentes e em particular, os doentes de elevado IMC.”* Considerar ainda *“o tempo anestésico e cirúrgico, ou dificuldades de posicionamento (...)”* são aspetos a ponderar na avaliação inicial.

Nos procedimentos cirúrgicos aos membros inferiores nomeadamente, na artroplastia da anca o cliente é colocado em decúbito lateral, com o membro a interencionar colocado para cima. Na artroplastia do joelho o cliente é posicionado em decúbito dorsal com o membro interencionado fletido a 90 graus. Considerando o exposto, o reconhecimento do risco de **lesão da pele** e a **prevenção de úlceras de pressão**, assumem importância na conceção de cuidados de enfermagem.

Outra área de atenção de enfermagem que se constitui como relevante no perioperatório, e em particular, enquanto decorre a cirurgia, é a **temperatura corporal** e a sua manutenção em valores dentro da normalidade.

Os artigos analisados reportam diferentes aspetos a considerar nesta área. Segundo referem Koc et al. (2017) (9), *“a temperatura deve ser avaliada no internamento, (...)”*, *“nos momentos cirúrgicos seguintes deve considerar-se a monitorização da temperatura corporal e prevenção de hipotermia do utente em situação perioperatória.”* Pan et al. (2020) (5), mencionam que *“a temperatura foi avaliada a cada cinco minutos através de sonda esofágica, os dispositivos de aquecimento só foram utilizados quando temperatura inferior a 36°”*. Também mencionado por Koëter et al. (2013) (16), *“o início do aquecimento ativo no pré-operatório, mostrou-se eficaz em cirurgias como ATA, ATJ”*.

Koc et al. (2017) (9), referem ainda que *“à chegada ao bloco operatório, no intraoperatório, UCPA e à chegada ao internamento, a administração de fluidoterapia deve ser aquecida”*. De igual modo *“à chegada ao serviço de ortopedia, as mantas de aquecimento foram aplicadas, e toda a superfície corporal do doente foi coberta e mantida nesse período perioperatório”*. Os mesmos autores referem que *“deve ser aplicado aquecimento ativo no pré-operatório*. Outros estudos ainda *“indicam que deve haver no mínimo 60 minutos de aquecimento antes da indução anestésica”*.

A **hipotermia** é um elemento de desconforto no pós-operatório, está associada ao risco de ocorrência de lesão por pressão, comprometimento do processo de cicatrização com o aumento do risco de infeção do local cirúrgico (Rothrock, 2014). O estudo realizado por Fred et al. (2012), mostra que a redução da temperatura corporal em 0,55°C, aumenta o risco de desenvolvimento de lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico em 20,2%.

Como referem Pan et al. (2020) (5), *“a hipotermia inadvertida ocorre durante cirurgias principalmente devido à exposição da pele a ambientes frios, perda de continuidade dos tecidos e exposição e ocorre interrupção do controle termorregulador”*. Pulkkinen et al. (2020) (4), mencionam que *“a hipotermia prejudica a cascata da coagulação ao inibir as reações enzimáticas que causa o tempo da protrombina prolongado e menor intervenção das plaquetas, diminuindo a formação do tampão hemostático rico em fibrina.”* Este mesmo artigo menciona também que *“a hipotermia inadvertida, é causada pela exposição da pele e temperatura da sala operatória e os meios de aquecimento passivos como os cobertores e campos cirúrgicos e os sistemas de aquecimento ativos, que incluem o ar forçado, aquecimento com fluidoterapia”* assumem relevância na prevenção da mesma.

A **hipotermia não intencional** (temperatura central inferior a 36°C) é um efeito secundário frequente em doentes submetidos a cirurgia devido a temperatura ambiente, o tipo de anestesia, bem como a extensão e duração da cirurgia que influenciam a temperatura central (Rauch et al., 2021).

A hipotermia tem uma incidência de 70% no doente cirúrgico submetido a anestesia, o que potencia a ocorrência de inúmeras complicações pós-operatórias, entre as quais a infeção do local cirúrgico (DGS, 2015).

Romano et al. (2021) (3), referindo-se à **prevenção da hipotermia**, referem a importância do *“aquecimento de fluidos”* no intraoperatório. Pan et al. (2020) (5) referem *“que a manutenção*

da normotermia pode diminuir o risco de complicações pós-operatórias” e que “o aquecimento pré-operatório de ar forçado pode diminuir significativamente a hipotermia intraoperatória”.

Azenha et al. (2017) enfatizam a importância da normotermia como estado a ser garantido durante o período perioperatório, pelo que o controlo do parâmetro vital se assume como uma prática a implementar em todos os doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

Relativamente a estratégias para manutenção da temperatura corporal dentro dos padrões de normalidade *“as mantas de aquecimento na prevenção da hipotermia usadas na fase pós-operatória demonstram que o aquecimento precoce com esses cobertores é mais eficaz do que os dispositivos de convecção usados no intraoperatório”*, como referido por Koc et al. (2017) (9).

O **controlo da glicemia capilar** também é uma recomendação da OMS para a prevenção da infeção do local cirúrgico. Assim a manutenção da **normoglicemia** é fundamental para a redução da mortalidade hospitalar (Jean et al., 2012, como referido em Santos, 2018).

No estudo de Agos et al. (2014) (14), *“as evidências apoiaram a monitorização da glicemia em todas as três fases do ambiente perioperatório e monitorização e pesquisa de hiperglicemia de pacientes diabéticos e não diabéticos submetidos à artroplastia total de joelho e anca”*. Mencionam também Coutinho et al. (2022) (2) que *“a Diabetes Mellitus e a hiperglicemia perioperatoria contribuem para a ILC”*.

A quantidade de sangue perdida durante o procedimento cirúrgico tem como objetivo a deteção precoce de complicações inerentes à **perda sanguínea**. Pan et al. (2019) (5) referem *“a perda sanguínea calculada pelo volume de sangue no recipiente de aspiração menos a quantidade de solução usada na lavagem durante a cirurgia e pela quantidade de sangue existente nas compressas, sendo avaliado através do peso das mesmas.”*

Como também corroboram Koc et al. (2017) (9) *“avaliar a perda sanguínea média (volume de sangue no recipiente de aspiração antes da lavagem com sistema de lavagem com Pulsavac) é um aspeto importante a “documentar no processo clínico do doente.”*

A **Ferida Cirúrgica** definida como *“corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais*

de infecção ou pus” (ICN, 2016, p.58; ICN, 2019) apresenta-se com área de atenção dos enfermeiros em contexto perioperatório.

Os dados de avaliação referidos na literatura analisada, são o local da ferida cirúrgica, o tipo de sutura e material usado, como menciona Romano et al. (2022) (3) *“Mini-incisão posterolateral mínima e mini medial parapatelar do joelho, assim como, a abordagem anterior direta para a anca. Sutura farpada e ligadura de Robert Jones (joelho)”* são aspetos a considerar nos procedimentos cirúrgicos em análise.

Em clientes submetidos a ATA é mencionado no artigo de Acelas et al. (2019) (7) *“a colocação de drenos Portovac”*.

Na referência aos aspetos que contribuem para a **infecção do local cirúrgico** os artigos analisados enfatizam que *“a tricotomia só deve ser realizada quando estritamente necessária, sem o uso de lâminas e pouco tempo antes da cirurgia”* Coutinho et al. (2022) (2). O mesmo é corroborado por Merollini et al. (2013) (15) que afirmam que *“as estratégias para as quais havia evidência de aumento da infecção do local cirúrgico relacionavam-se com o procedimento de remoção de pêlos”*.

3.1.3 – Dos aspetos que relevam após a cirurgia

Nos procedimentos cirúrgicos aos membros inferiores nomeadamente, a artroplastia total da anca e joelho, o tipo de anestesia mais frequentemente mencionado na literatura é o procedimento anestésico loco-regional ou este combinado com sedação ou combinado com bloqueio de nervos periféricos.

Segundo referem Coutinho et al. (2022) (2) *“a evolução das práticas de anestesia com ênfase em raquianestesia e bloqueios de nervos periféricos foram as técnicas anestésicas mais utilizadas e também efetivas no tratamento da dor”*. Romano et al. (2021) (3) referem que *“a anestesia subaracnóidea seletiva (...), analgesia por infiltração local (...), agentes hipnóticos sedativos de curta duração (...), são os protocolos mais utilizados de anestesia”*.

A anestesia geral proporciona ao utente um quadro de inconsciência reversível, imobilização e analgesia (Duarte & Martins, 2014). A função cerebral fica alterada após anestesia, podendo o doente apresentar alteração da consciência, da atenção, memória e do tempo de reação.

O estudo de Romano et al. (2021) (3), referem *“a anestesia do programa de Fast recovery, leva a que o doente tenha uma melhoria no seu conforto, redução da ansiedade, melhor controlo tensional e dessa forma menor perda hemática. Além disso o uso de agentes hipnóticos de curta duração não interfere na recuperação pós-operatória, permitindo a ingestão oral precoce, mobilização precoce, ausência de cateteres vesicais, tempo de recuperação mais rápido”*.

A **lesão nervosa no membro intervencionado** após artroplastia da anca ou joelho é mencionado no estudo de Derman et al. (2016) (10), *“o doente apresentava défice neurológico transitório, atribuído ao bloqueio epidural” e “fraqueza motora não atribuída a efeitos anestésicos”*. *“Os objetivos orientam-se para: manter a vigilância de lesão nervosa do membro intervencionado e as intervenções para vigiar sinais de lesão nervosa no membro intervencionado”*. O reconhecimento precoce de **défices ou lesões nervosas**, é fundamental, pois a taxa de paralisia do nervo peroneal após artroplastia do joelho varia de 0,3% a 1,3% em estudos retrospectivos. A taxa de lesão neurológica após artroplastia da anca é relatada em 0,08% a 2,1%.

No período pós-operatório as **náuseas e vômitos** são manifestações frequentes, podendo ser causa de muitas complicações, tais como: desidratação, desequilíbrio hidroeletrólítico, arritmias cardíacas, aspiração de conteúdo estomacal, deiscência de ferida, rotura esofágica, enfisema subcutâneo e pneumotórax bilateral (Genit & Ozbayir, 2020).

No artigo de Acelas et al. (2019) (7) é referido que *“Verificar a náusea através de sinais objetivos, que são validados com a confirmação do paciente. Os pacientes através do aspeto geral, como expressão, postura corporal, coloração, sudorese e tom da pele, devem ser considerados, pois podem ser indicativos de náuseas (...)”*. *“o objetivo é, melhorar as náuseas dotando o doente com o conhecimento sobre a medicação antiemética e técnicas de relaxamento para aliviar a náusea”*. *(...) “É importante vigiar as náuseas e referir ao médico na ausência de terapêutica para o efeito.”*

A **dor** é uma área de atenção relevante no período após a cirurgia. Como é referido por Acelas et al. (2019) (7), *“o processo de avaliação da dor é extenso e envolve a obtenção de informações relacionadas à data de início, localização, intensidade, duração e periodicidade, episódios de dor, além de aspetos sensoriais e afetivos”*. Ainda mencionado pelos mesmos autores, são *“Indicadores para avaliar o nível de dor: Expressões faciais de dor, dor relatada, duração de*

episódios de dor, agitação, irritabilidade, diaforese, náusea, frequência respiratória e cardíaca e tensão arterial”.

“A importância da avaliação precoce da dor e da intervenção apropriada é fundamental para o cuidado pós-operatório ideal” como mencionam Doi et al. (2014) (13). Acrescentando que *“a administração oportuna de terapêutica farmacológica e não farmacológica, promove um controle eficaz da dor”.*

Para Bell et al (2022) (1) *“a dor pós-operatória foi avaliada através de escala numérica simples (ENS-D) (...) solicitando o doente a contar a intensidade da sua dor, variando de zero (sem dor) a 10 (dor máxima imaginável).”* Referem ainda que a *“avaliação da intensidade da dor na consulta de pré-operatório e nos primeiros três dias de pós-operatório”* é uma prática relevante a considerar.

Está descrito nos artigos que após a ATA, a dor é frequente e pode ser aumentada pela mobilização. Oliveira et al. (2013) referem que a dor, quando não é devidamente controlada, pode predispor o cliente a cronicidade da dor pós-operatória, o que representaria um evento adverso, salientando a importância da avaliação e registo.

Pulkkinen et al. (2020) (4) referem no seu estudo a importância do *“apoio, educação individual, orientação no controlo da dor, beneficiando um cuidado participativo e individual fornecido por enfermeiros perioperatórios”.*

Como referem Doi et al. (2014) (13) *“o uso de medidas não farmacológicas, como crioterapia, relaxamento, imagens guiadas e aromaterapia, constituem medidas coadjuvantes para o controlo da dor”.* Também Romano et al. (2021) (3), menciona a *“Postura antiálgica, analgesia pós-operatória, analgesia multimodal, criocompressão intermitente”*, como intervenções necessárias para **controlar a dor**.

Bell et al. (2022) (1) referem como estratégia para o controlo da dor *“utilizar a técnica de relaxamento na unidade de recobro pós-cirúrgico e no internamento”.* É mencionado que *“os enfermeiros ensinam o doente a fazer respiração abdominal e a associar a uma imagem e a um canal sensorial, visual, auditivo, olfativo, gustativo (...)”.*

Na sequência do processo cirúrgico é fundamental o conforto do doente cirúrgico relativamente à **normotermia**, como referido no ponto anterior, pois contribui para a diminuição do período de permanência na UCPA (Ribeiro et al., 2017).

Koc et al. (2017) (9) mencionam a avaliação do “conforto térmico e da temperatura corporal à chegada à UCPA” como intervenções relevantes, assim como o recurso às “*mantas de aquecimento para a prevenção da hipotermia pós-operatória em artroplastia articular*”.

3.1.4 – Dos aspetos relativos à recuperação cirúrgica

Os processos de doença – artrose de articulação dos membros inferiores – representam limitações funcionais prévias ao procedimento cirúrgico, pelo que é fundamental a **recuperação** precoce com o início do programa de reabilitação.

A recuperação da funcionalidade de uma forma mais célere, bem como a readaptação da pessoa, permite uma redução do período de internamento (Araújo et al., 2017; Foss et al., 2020). Fica evidente nos objetivos dos cuidados a necessidade de promover o envolvimento do doente e se adequado, o envolvimento também da pessoa significativa/família no processo de recuperação.

Coladonato et al. (2020) e Pereira et al. (2021) referem que após a colocação de PTA pode ocorrer uma alteração do equilíbrio, tanto estático, como dinâmico, sendo indispensável que seja considerado aquando do primeiro levante do doente, de forma a assegurar a segurança do treino de transferências e de **marcha**, o que permitirá maior confiança e **autonomia** do mesmo.

Pulkkinen et al. (2016) (11) mencionam que *“o foco estava nas necessidades pessoais dos pacientes com apoio emocional, motivação para participar no autocuidado e continuidade de cuidados”*.

O artigo de Jansson et al. (2019) (8), refere *“a reabilitação, por exemplo, como fazer ou não fazer exercício, uso de ajudas, quantidade de exercícios, capacidade de conduzir com cuidado (...) como gerir a dor no período pós-alta e as complicações (por exemplo, ocorrência de infeções adquiridas, discrepância no comprimento das pernas, necessidade de revisão cirúrgica, capacidade para funcionar após a substituição da anca ou joelho)”*.

Os mesmos autores também mencionam que, *“os pacientes encontraram dificuldades no processo de alta por falta de acompanhante dificultando os cuidados no pós-operatório.”* Assim

como reconhecem que *“fornecer cuidados centrados no doente significa que o cuidador sabe quais os cuidados específicos de que o individuo necessita”* para a sua **autonomia**. Enfatiza-se neste artigo que *“Ensinar o doente sobre: **auxiliares de marcha**”* é uma intervenção de particular relevância.

Pulkkinen et al. (2016) (11), referem no seu estudo que, *“(...) incentivar o doente a **deambular na enfermaria e este ver como o consegue fazer bem**”* contribui para a perceção de que em casa o doente o vai conseguir fazer igualmente bem. Este artigo refere ainda que *“a **reabilitação** deveria ser mais personalizada (por exemplo, exercícios individualizados com alternativas e objetivos) em termos de **instruções dos exercícios** dados a cada doente”*.

No processo de recuperação cirúrgica fica também evidente que *“ajudar os pacientes a estabelecer metas realistas pode contribuir para que estes se tornem participantes mais ativos no seu plano de tratamento e permitindo que atinjam ou superem as suas expectativas”*, como mencionado por Doi et al. (2014) (13).

Conforme referido por Jansson et al. (2019) (8) *“a maioria dos doentes relataram estarem altamente comprometidos com os seus programas de exercícios após a alta. Acharam importante a compreensão do programa de exercícios, do **conhecimento** sobre a possibilidade de **aluguer de materiais** como auxiliares da mobilidade. As informações importantes relacionadas com os doentes estão relacionadas com informações claras, informação abrangente, comunicação adaptada ao doente, de forma a permitir decisões informadas e proporcionar o autocuidado.”*

A **autogestão do regime de exercícios**, a adesão à fisioterapia e a motivação para o cliente voltar a uma atividade física adequada, requer a **preparação e conhecimento** que facilite a perceção dos ganhos em saúde e de qualidade de vida.

No artigo de Jansson et al. (2019) (8) é referido um programa de exercício físico e de alimentação prévio ao procedimento cirúrgico, onde se identifica que *“pouco mais de metade dos pacientes fizeram algumas mudanças no estilo de vida antes da cirurgia, enquanto 63,6% receberam aconselhamento sobre estilo de vida, de um centro de recuperação com treino de mobilidade, de um fisioterapeuta ou do médico responsável. A mudança de estilo de vida mais frequente foi relacionada à quantidade de exercício físico, enquanto outros receberam aconselhamento relacionado ao IMC excessivamente elevado”*.

Merollini et al. (2013) (15) enfatizam a importância da alimentação para a recuperação dos doentes referindo *“o incentivo à ingestão proteica enquanto condições promotoras de um processo de cicatrização adequado”*. Também enfatizado por Coutinho et al. (2022) (2), *“a desnutrição atrasa a **cicatrização da ferida** operatória e requer dietas proteicas para a sua prevenção”*.

O processo de cicatrização da ferida cirúrgica é referido nos diferentes artigos mencionado com o *“objetivo de promover o conhecimento sobre os cuidados ao local da ferida cirúrgica e de prevenção de infeção”* conforme Merollini et al. (2013) (15).

Coutinho et al. (2021) (2) referem também que *“a educação em saúde do doente e dos seus familiares pode ser uma estratégia para utilização do saber adquirido, a fim de promover **cuidados no local da incisão cirúrgica** e de prevenir complicações, como infeção do local cirúrgico”*.

O conhecimento do doente sobre a cicatrização da ferida cirúrgica e a prevenção da infeção do local da ferida cirúrgica ficam por isso, bem evidentes nos artigos analisados.

Como referido por Acelas et al. (2019) (7) *“os contactos telefónicos após a alta hospitalar foram reconhecidos como importantes para avaliação do estado do doente e intervenção particularmente, no controlo da dor”*.

O artigo de Jansson et al. (2019) (8) referem a avaliação da *“**satisfação do paciente**, medida usando uma escala de avaliação numérica”* esta avaliação reporta não apenas *“Maior satisfação com o atendimento”*, mas também com o resultado na *“**recuperação do doente**”*.

3.2 – Mapeamento obtido com a Ontologia de Enfermagem

A partir da análise de conteúdo efetuada e das áreas temáticas e categorias identificadas, em referência a dados, focos/diagnósticos de enfermagem, objetivos e intervenções de enfermagem estabelecemos o mapeamento com a ontologia de enfermagem, considerando o particular dos procedimentos cirúrgicos de doentes submetidos a ATA e ATJ.

As tabelas que se apresentam de seguida estão organizadas considerando-se os diferentes domínios que emergiram dos artigos analisados e, que são passíveis de serem mapeados com a ontologia de enfermagem. Optou-se por apresentar o mapeamento considerando os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica onde se integra o procedimento invasivo, e de seguida, a apresentação segue a ordem em que os conceitos se representam na ontologia de enfermagem, designadamente: processo corporal, processo mental e ação.

Na tabela que se segue reúnem-se as categorias que emergiram associadas ao procedimento cirúrgico numa perspetiva de preparação prévia para a cirurgia, que se orienta para dotar os clientes do conhecimento necessário para a experiência cirúrgica. Os aspetos que relevam para a verificação pré-operatório dos doentes são mencionados nos artigos apesar de alguns dados não apresentarem correspondência na ontologia de enfermagem.

Procedimento de Diagnóstico e Terapêutica Médica		
	Revisão da Literatura	Ontologia de Enfermagem
	<i>"Tipo de Cirurgia"</i>	Tipo de procedimento invasivo
Dados	<i>"informação pré-operatória"</i> <i>"preparação para o procedimento cirúrgico: técnica anestésica, gestão da dor pré e pós-operatória"</i>	Conhecimento sobre procedimento Invasivo
Foco/Diagnóstico	<i>"Procedimento cirúrgico"</i>	Procedimento Invasivo Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo
Objetivo	<i>"envolver e capacitar os doentes para melhorar a sua recuperação"</i>	Promover a autogestão: procedimento invasivo.
	<i>"informar o doente de que vai acordar na UCPA (...) e vai ser transferido para o internamento"</i>	Ensinar sobre circuito
Intervenções	<i>"o ensino sobre técnica anestésica"; "...Jejum pré-operatório".</i>	Ensinar sobre procedimento anestésico
	<i>"o ensino sobre a técnica cirúrgica"; o banho pré-operatório"; "a preparação para o procedimento cirúrgico"</i> <i>"gestão da dor pré e pós-operatória, cuidados pós-operatórios, a importância da mobilização"; e "prevenir complicações"</i>	Ensinar sobre procedimento cirúrgico
Dados	<i>"tipo de cirurgia, lado da cirurgia, pulseira de</i>	Verificações pré-operatórias

<i>identificação”; “Remoção de próteses”</i>	
<i>Remoção de adereços</i>	<i>Sem correspondência</i>
<i>Doenças pré-existentes e terapêutica associada</i>	<i>Sem correspondência</i>

Tabela 2: Mapeamento - Procedimento Invasivo

Ao nível do processo neuromuscular, nomeadamente, das sensações somáticas, emergem conceitos cuja intencionalidade dos cuidados se orienta para a gestão de sinais e sintomas como a dor, referindo-se ainda aspetos, orientados para a forma como o doente pode controlar e gerir essa dor. Por outro lado, e na sequência de utilização de técnicas, como o garrote pneumático ou bloqueio do neuroeixo, emerge uma atenção particular para determinar alterações de focos como, a força muscular ou a sensibilidade no membro intervencionado.

Processo neuromuscular – Sensações somáticas		
	Revisão da Literatura	Ontologia de Enfermagem
Dados	<i>“a intensidade da dor foi avaliada”; “dor avaliada através de escala numérica”</i>	Intensidade da dor
	<i>“Expressões faciais de dor”</i>	Intensidade da dor: expressão facial
	<i>“Duração de episódios de dor”</i>	Duração da dor
	<i>“localização de dor”</i>	Localização da dor
	<i>“dor relatada”</i>	Tipo de dor
	<i>“educação no controlo da dor”</i>	Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas
Foco/Diagnóstico	<i>“Dor”</i>	Dor
	<i>“avaliação precoce da dor”</i>	Determinar evolução da dor
Objetivos	<i>“uso de medidas não farmacológicas para reduzir a dor”</i>	Diminuir a dor
	<i>“necessário para controlar a dor”</i>	Promover autocontrolo da dor
	<i>“vigiar a dor”</i>	Avaliar evolução da dor
Intervenções	<i>“o uso crioterapia”</i>	Aplicar frio
	<i>“o relaxamento, imagens guiadas e aromaterapia”.</i>	Aplicar técnica não farmacológica de alívio da dor
	<i>“Postura antiálgica”</i>	Posicionar para aliviar a dor
	<i>“analgesia pós-operatória”</i>	Gerir analgesia
Dados	<i>“lesão nervosa no membro intervencionado”</i>	Força muscular
		Sensibilidade superficial
Intervenções	<i>“vigiar sinais de lesão nervosa no membro intervencionado”</i>	Avaliar evolução da força muscular Avaliar evolução da sensibilidade

Tabela 3: Mapeamento - Sensações somáticas

O procedimento cirúrgico provoca perdas hemáticas que a literatura enfatiza numa perspectiva de identificação da quantidade de sangue perdida e as estratégias para realizar essa quantificação. A técnica referida anteriormente (garrote pneumático) requer uma determinação atenta de sinais de complicação com impacto no processo vascular.

Processo cardiorrespiratório - Sistema cardiovascular		
	Revisão da Literatura	Ontologia de Enfermagem
Dados	<i>"avaliar a perda sanguínea média"</i> <i>"quantidade de sangue existente nas compressas"</i>	Perda sanguínea
Foco/Diagnóstico	<i>"Perda Sanguínea"</i>	Hemorragia
Dados	<i>"lesão nervosa no membro intervencionado"</i>	Temperatura das extremidades Coloração das extremidades
Foco/Diagnóstico	<i>"Alteração neurovascular"</i>	Processo neurovascular comprometido

Tabela 4: Mapeamento - Sistema cardiovascular

Na sequência do procedimento anestésico e do efeito dos fármacos emergem com frequência efeitos adversos como as náuseas. Neste domínio o objetivo dos cuidados orienta-se para o alívio da náusea, enfatizando-se a sua determinação precoce e a referenciação para outros profissionais, como o médico.

Processo do Sistema Gastrointestinal – Digestão		
	Revisão da Literatura	Ontologia de Enfermagem
Dados	<i>"os doentes manifestam náusea"</i> <i>"dotar o doente de conhecimento sobre medicação antiemética e alívio da náusea"</i>	Gravidade da náusea Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea
Foco/Diagnóstico	<i>"Náuseas"</i>	Náusea
Objetivo	<i>"aliviar náusea"</i>	Aliviar náusea
Intervenções	<i>"vigiar náuseas"</i> <i>"referir náuseas ao médico"</i>	Avaliar evolução da náusea Referenciar náusea ao médico

Tabela 5: Mapeamento - Digestão

Os tegumentos assumem relevância pela ferida que resulta do processo cirúrgico, onde a cicatrização e a inerente prevenção de infeção assumem a intencionalidade dos cuidados de enfermagem. Reporta-se como interessante a abordagem ao conhecimento das pessoas para assumirem comportamentos que favoreçam o processo de cicatrização.

Neste domínio assume também, particular relevância a prevenção de alterações da pele decorrentes do posicionamento cirúrgico.

Processo do Sistema Tegumentar – Pele e mucosas		
	Revisão da Literatura	Ontologia de Enfermagem
Dados	<i>“identificar necessidades de posicionamento do doente”</i> <i>“tempo cirúrgico pode ser causa de alteração da pele”</i>	Alterações da integridade da pele
Foco/Diagnóstico		Pele e mucosas
Objetivo	<i>“proteger a integridade da pele”</i> <i>“Manter a integridade da pele”</i>	<i>Sem correspondência</i>
Dados	<i>“Mini-incisão posterolateral mínima e mini medial parapatelar do joelho, Sutura farpada”</i>	Localização da ferida Sutura da lesão tegumentar
Foco/Diagnóstico	<i>“Ferida Cirúrgica”</i>	Ferida Cirúrgica
Objetivo	<i>“Promover os cuidados ao local de incisão cirúrgica e prevenir infecção”</i> <i>“Promover o conhecimento sobre os cuidados ao local da ferida cirúrgica”</i>	Promover a cicatrização da ferida Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica
Intervenções	<i>“Promover os cuidados ao local de incisão cirúrgica”</i>	Executar tratamento da ferida cirúrgica

Tabela 6: Mapeamento - Pele e mucosas

O processo do sistema regulador abrange dos conceitos: o metabolismo que assume uma orientação dos cuidados dirigida à determinação de alterações dos valores que têm impacto no sucesso cirúrgico pela sua relação com a prevenção de infecção do local da ferida cirúrgica. Por outro lado, assume relevância a termorregulação cuja alteração influencia igualmente o sucesso cirúrgico. Neste particular, o objetivo de manter os valores de temperatura dentro dos valores normais assume relevância, e as intervenções de enfermagem que permitem esse desígnio são especificamente exploradas.

Processo do sistema regulador		
Metabolismo		
	Revisão da Literatura	Ontologia de Enfermagem
Dados	<i>“Valor de glicemia”</i>	Glicemia Capilar
Objetivo	<i>“Manter a normoglicemia para a prevenção da ILC”</i>	Controlar a glicemia
Intervenção	<i>“monitorização da glicemia em todas as três fases do perioperatório”</i>	Avaliar evolução da glicemia

Termorregulação		
Dados	<i>"a temperatura deve ser avaliada no internamento, (...)"</i>	Temperatura corporal
Foco/Diagnóstico	<i>"Normotermia" "Hipotermia"</i>	Termorregulação
Objetivo	<i>"Prevenção de hipotermia" "Manter a normotermia"</i>	Promover a termorregulação
Intervenções	<i>"a temperatura corporal foi avaliada no pré-operatório e nos momentos cirúrgicos seguintes"</i>	Avaliar evolução da temperatura corporal
	<i>"a temperatura foi avaliada a cada cinco minutos através de sonda esofágica"</i>	
	<i>"aquecimento ativo no pré-operatório"; "As mantas de aquecimento foram aplicadas à chegada ao serviço de ortopedia"</i>	Aplicar manta de aquecimento
	<i>"utilizar manta de aquecimento" "deve haver no mínimo 60 minutos de aquecimento antes da indução anestésica"</i>	

Tabela 7: Mapeamento - Sistema regulador: Metabolismo e termorregulação

A ansiedade apresenta-se como aspeto valorizado nos momentos prévios à cirurgia constituindo-se como área de atenção a considerar. A valorização de dados para avaliar a ansiedade permitirão adequar o objetivo de diminuir a mesma, através de estratégias promotoras da sua redução.

Processo mental – Emoção		
	Revisão da Literatura	Ontologia de Enfermagem
Dado	<i>"avaliar a ansiedade"</i>	Verbalização de ansiedade
Foco/Diagnóstico	<i>"Ansiedade" "ansiedade diminui"</i>	Ansiedade
Objetivo	<i>"diminuir a ansiedade dos doentes através de relaxamento"</i>	Diminuir ansiedade
Intervenções	<i>"Avaliar a ansiedade, através de representação numérica em vários momentos, antes e após"</i>	Avaliar evolução da ansiedade
	<i>"ensino de técnicas de relaxamento "; "o ensino do relaxamento inclui técnicas, respiração abdominal e visualização".</i>	Executar técnica de relaxamento Instruir estratégias de relaxamento

Tabela 8: Mapeamento - Emoção: Ansiedade

O autocuidado revelou-se nos artigos associado ao processo de recuperação cirúrgica. Considerando que os artigos analisados se orientam para procedimentos cirúrgicos dos membros inferiores, o processo de recuperação que emergiu enfatiza essencialmente a marcha e a capacidade para, usando equipamentos adaptativos, a pessoa recuperar a sua autonomia.

Ação – Autocuidado	
Revisão da Literatura	Ontologia de Enfermagem
Dados	
<i>“capacidade do doente para andar com auxiliares da marcha”</i>	Capacidade para andar (com dispositivo)
<i>“conhecimento sobre a possibilidade de aluguer de materiais como auxiliares da mobilidade”</i>	Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar
<i>“satisfação com o resultado na recuperação do doente”</i>	Satisfação com a autonomia para andar e disponibilidade para melhorar
Foco/Diagnóstico	
<i>Andar usando auxiliares de marcha</i>	Andar comprometido
<i>“conhecimento sobre a possibilidade de aluguer de materiais”</i>	Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados
Objetivo	
<i>“recuperação do doente”</i>	Promover autonomia para andar
<i>“(…) incentivar o doente a deambular”</i>	Assistir no andar
Intervenções	
<i>“Ensinar o doente sobre: auxiliares de marcha”</i>	Instruir a andar (com dispositivo)
<i>“conhecimento sobre a possibilidade de aluguer de materiais”</i>	Ensinar sobre dispositivos aconselhados

Tabela 9: Mapeamento - Autocuidado

Efetuada o mapeamento dos conceitos que resultaram da análise de conteúdo dos artigos, tomando por referência os itens de informação que se encontram na ontologia de enfermagem – dados de apreciação, focos/diagnósticos de enfermagem, objetivos e intervenções de enfermagem passaremos seguidamente à reflexão e análise sobre o obtido.

3.3 – Reflexão e análise dos resultados

O contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória organiza-se em diferentes espaços das instituições de saúde, compreendendo as diferentes fases preconizadas - pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, o que se traduz no impacto da ação profissional de muitos profissionais e de diferentes equipas de cuidados.

A conceção de cuidados dos doentes submetidos a um procedimento cirúrgico é influenciada por referenciais teóricos que se adequam a cada contexto. De facto, é da competência do enfermeiro em contexto perioperatório, ajudar o cliente a compreender e a encarar as mudanças físicas, psicológicas e sociais que decorrem da cirurgia, contribuindo para uma perceção de segurança e de domínio dos doentes (Akinsulore et al., 2015). Nesta ordem de ideias, a fase pré-operatória deve incluir uma preparação prévia, que deve ser efetuada a todos os doentes antes da cirurgia, de modo a avaliar e orientar o doente em relação a todo o período perioperatório, esclarecendo as suas dúvidas (Bagés et al., 2015; Gonçalves et al., 2017). A preparação emocional para a experiência cirúrgica revela-se também um contributo relevante pois é frequente o aparecimento de desequilíbrios emocionais e psicossociais que favorecem o aumento da ansiedade (Barbosa, Terra & Carvalho, 2014).

Já na fase do intraoperatório, que compreende o período em que o cliente é transferido para o BO e, após a realização da cirurgia, para a UCPA (OE, 2018), requer a atenção a diferentes aspetos relacionados com o decurso da cirurgia e numa interação profissional dos enfermeiros com os médicos cirurgiões e anestesistas, que se pauta pela ação colaborativa e de equipa.

Nesta fase do processo cirúrgico assume particular importância os aspetos de segurança associados aos cuidados que se estabelecem em padrões definidos pelas entidades de saúde e expressos em normas de atuação e de feixes de intervenções a serem cumpridos para a garantia da “Cirurgia Segura”.

Na fase pós-operatória, que tem início com a entrada do cliente na UCPA e apenas termina quando se entende que o cliente recuperou do processo cirúrgico/anestésico (OE, 2018), assume particular importância a recuperação do doente, numa primeira fase, dos aspetos que se relacionam essencialmente, com o efeito provocado pelo processo anestésico; e numa fase

seguinte, com o processo de recuperação cirúrgica e a retoma das atividades de autocuidado que se viram condicionadas na sequência do processo cirúrgico.

A complexidade do decurso do processo cirúrgico e a sua organização por diferentes espaços clínicos condiciona a partilha de informação entre os diferentes contextos e pode não estar garantida a informação que traduza a tomada de decisão clínica dos enfermeiros do contexto mais abrangente, inerente ao perioperatório.

Tomamos por referência contextos cirúrgicos específicos, cirurgias dos membros inferiores como a ATA e ATJ, para perceber a partir dos resultados da pesquisa integrativa da literatura quais os dados de avaliação inicial, os diagnósticos, os objetivos e as intervenções de enfermagem que plasmam a conceção de cuidados de enfermagem.

Considerando como anteriormente já mencionado, que a ontologia de enfermagem tem o propósito de representar o conhecimento de enfermagem, procedemos ao mapeamento entre o que a revisão da literatura apresenta e a informação já integrada na ontologia de enfermagem.

Desse mapeamento resulta claro, que os conceitos obtidos na revisão da literatura integram a ontologia de enfermagem na sua grande maioria.

O procedimento cirúrgico e anestésico assume-se como o ponto de partida para a conceção de cuidados de enfermagem.

Os artigos que tiverem enfoque principal na consulta pré-operatória valorizam a melhoria da qualidade dos cuidados com informação pré-operatória que contribua para a preparação do cliente para o processo cirúrgico e anestésico, incluindo nesse momento, os aspetos que podem influenciar a recuperação pós-operatória e o regresso a casa. A informação fornecida quanto ao procedimento cirúrgico e anestésico, assim como o circuito cirúrgico, pode contribuir para uma diminuição da ansiedade do doente e uma melhor adaptação às limitações físicas do pós-operatório.

A ontologia de enfermagem prevê a abordagem do conhecimento sobre o procedimento invasivo, o que permite responder aos pontos essenciais identificados nos artigos analisados orientados para a preparação prévia dos doentes. A experimentação prévia do uso dos dispositivos garante a sua utilização de um modo mais adequado, podendo contribuir para a consciencialização da necessidade do seu uso e do impacto na recuperação cirúrgica. As cirurgias que requerem o uso de dispositivos adaptativos, como são exemplo, as abordagens cirúrgicas

que contemplamos neste trabalho, sugerem que os aspetos da capacidade para usar um dispositivo, a autoeficácia para o seu uso, o acesso ao dispositivo aconselhado e eventualmente, o significado atribuído ao seu uso. Na perspetiva de preparação prévia podia-se entender adequada a inclusão da capacidade para o uso de equipamentos associada ao procedimento invasivo, aspetos estes que já estão incluídos na ontologia, mas não associados ao Procedimento invasivo. Neste particular, importa estabelecer a diferença entre aquilo que são as questões da representação do conhecimento numa ontologia de *frames* e o processo de organizar “*templates*” para os sistemas de informação, com vista a agilizar o processo de documentação dos cuidados de enfermagem. Devemos, a todo o custo, evitar uma lógica de representação do conhecimento que parta dos “quadros patológicos” e/ou “procedimentos cirúrgicos” que caracterizam um determinado ambiente de cuidados ou “doentes-tipo”. Uma ontologia, como aquela em apreço, deve ser robusta concetualmente e manter o seu modelo de referência.

No contexto de perioperatório, são muito valorizados os aspetos relativos às verificações cirúrgicas como: a identificação do doente, a lateralidade do membro a intervir, a garantia do jejum e da preparação da pele com banho com clorhexidina 2%, a administração da medicação prévia à cirurgia entre outros aspetos, que globalmente encontram expressão na ontologia de enfermagem.

A reflexão a partir da constatação daquilo que está expresso na ontologia de enfermagem e os aspetos que os artigos reportam relativamente ao procedimento cirúrgico, dizem respeito à especificação do processo cirúrgico e, sobretudo, à especificação do processo anestésico que se pode apresentar de diferentes formas, por exemplo – anestesia geral ou locoregional – com implicações de cuidados distintas face a cada uma dessas modalidades. A especificação do tipo de cirurgia está prevista, à qual se poderá acrescentar o processo anestésico, esta especificação poderá identificar necessidades em cuidados de enfermagem a partir do efeito dos fármacos e da posição do doente para a abordagem cirúrgica.

O objetivo de promover a prevenção de lesões da pele, nomeadamente, úlceras de pressão que decorre dos aspetos acima referidos não está contemplado na ontologia de enfermagem em associação com o procedimento invasivo. A ontologia prevê a intenção de prevenir as úlceras de pressão associada apenas à condição de compromisso da consciência. No doente anestesiado, existe uma alteração intencional da consciência por via do efeito de fármacos. Esta constatação permite-nos refletir sobre a intencionalidade dos cuidados orientada para a

prevenção de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico e sugerir a sua inclusão na ontologia de enfermagem.

No período intraoperatório ganham importância as ações conducentes à prevenção de infeção que é um objetivo comum a todos os diferentes profissionais da sala operatória. A valorização de aspetos relacionados com parâmetros avaliados durante a cirurgia, como: frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigénio; concentração de CO₂ na via aérea; o índice bispectral (BIS) que revela o nível ótimo de anestesia; quantidade de líquidos eliminados; quantidade de sangue perdida – são assumidos pelos enfermeiros que consomem essa informação juntamente com os restantes elementos da equipa, no entanto esta informação é relevante para a decisão médica podendo apenas servir aos enfermeiros para compreender a implementação de intervenções resultantes de prescrição.

A indução anestésica leva à inibição do mecanismo de vasoconstrição responsável pela manutenção da temperatura, assim ocorre a vasodilatação, maior aporte sanguíneo nas extremidades e perda de calor corporal do cliente submetido a cirurgia (Kamal & Hussein, 2011); também a exposição corporal necessária ao procedimento cirúrgico e a temperatura ambiente da sala operatória podem resultar em hipotermia.

Em Portugal o feixe de intervenções de prevenção de ILC (Norma 020/2015 da DGS, 2015) alerta para esta problemática colocando como prioridade o objetivo da manutenção da normotermia. A literatura relativa a procedimentos cirúrgicos revela como fundamental uma ação preventiva no sentido de evitar a hipotermia. O objetivo de manter ou assegurar a temperatura corporal dentro dos valores considerados normais (e superiores a 36 graus centígrados) determinam uma intencionalidade que pode requerer a implementação de: intervenções de enfermagem como aquecer o doente ou aplicar manta de aquecimento; aplicar dispositivo de aquecimento ou administrar soluções intravenosas aquecidas sem que exista uma condição efetiva de hipotermia.

Podemos constatar que a ontologia de enfermagem prevê o objetivo “promover a termorregulação”, no entanto, as intervenções de enfermagem que contribuem para o aquecimento do doente encontram-se associadas exclusivamente à identificação da hipotermia.

Neste contexto particular da ação profissional de enfermagem seria relevante a inclusão de um novo objetivo dos cuidados associado à termorregulação que traduzisse a intenção de manter a normotermia, com intervenções de enfermagem que garantissem esse propósito, mesmo

passando por estratégias que em outros contextos podem ser geradoras de aumento da temperatura corporal.

A temperatura corporal assume assim uma importância significativa pelo efeito associado à infecção do local da ferida cirúrgica que estando plasmada na ontologia de enfermagem, não permite representar com rigor as necessidades em cuidados dos doentes cirúrgicos.

As abordagens cirúrgicas aos membros inferiores como os que foram contemplados neste estudo usam com frequência a anestesia loco-regional que pode envolver o bloqueio num grande nervo periférico, num plexo nervoso, na região epidural ou subaracnóidea através de agentes anestésicos locais, impedindo desta forma a transmissão do estímulo nociceptivo. (Sousa & Marques, 2014). Também fatores como a flexão articular durante o posicionamento cirúrgico, o uso de garrote pneumático e duração do procedimento superior a uma hora e trinta podem contribuir para complicações que importa valorizar. A ontologia de enfermagem prevê na sua estrutura um conjunto de atitudes terapêuticas asseguradas pelos enfermeiros na sequência de uma prescrição médica ou de um protocolo. Da literatura analisada e na relação com os procedimentos cirúrgicos considerados emergem os aspetos que relevam da abordagem anestésica de bloqueio do neuroeixo que no mapeamento efetuado, associamos aos domínios da força muscular e das sensações somáticas como a sensibilidade, mas também ao processo neurovascular. Esta condição se fosse considerada na ontologia de enfermagem como atitude terapêutica poderia associar os aspetos mencionados e relevantes para vigilância, evitando a proliferação por distintos focos de atenção.

De igual modo, o uso do garrote pneumático usado nas cirurgias que abordamos na pesquisa e que foi mencionado nos artigos pela vigilância necessária e também pela proteção da pele onde este garrote é colocado, assume um conjunto de ações de enfermagem o que se sugere a sua assunção também como atitude terapêutica na ontologia de enfermagem.

Os aspetos obtidos nos artigos relativos ao processo pós-cirúrgico e de recuperação encontram-se globalmente plasmados na ontologia de enfermagem. Estes aspetos guardam relação com a cicatrização da ferida cirúrgica e os comportamentos dos doentes que favoreçam esse processo; a gestão e controlo da dor, e que são contemplados de forma pertinente na ontologia.

No particular das cirurgias dos membros inferiores contempladas neste estudo, evidenciam-se os aspetos com impacto no autocuidado, nomeadamente no andar. Nos artigos obtidos que enfatizaram a preparação física para a autonomia do doente para andar não surgiram

referências concretas para outros autocuidados como por exemplo, o sentar-se ou o transferir-se, que se inferem como podendo estar condicionados. Alguns artigos mencionavam também o envolvimento de um cuidador que se constituísse como uma ajuda na fase inicial do regresso a casa, todos estes aspetos estão contemplados na ontologia de enfermagem.

A ação profissional do contexto perioperatório, em particular no intraoperatório, tem como propósito maximizar a segurança dos doentes pois os acidentes e erros são frequentes sendo os mais comuns: doente/cirurgia/local errado; incidentes anestésicos; retenção inadvertida de itens cirúrgicos (ex. compressas); avaria de equipamentos/instrumentos; queimaduras por uso inadequado em eletrocirurgia; lesões provocadas por garrotes pneumáticos; contaminação por quebra da técnica asséptica; não cumprimento das dotações seguras; falhas de comunicação (AESOP, 2012; AORN, 2020; Barroso, et al., 2021). Estes aspetos, inscrevendo-se no âmbito da ação profissional dos enfermeiros, remetem para a garantia da segurança direcionada a todos os doentes e que não sendo contemplada na conceção de cuidados de enfermagem, não carecem de qualquer evidência em estruturas de dados de enfermagem como a ontologia de enfermagem, estando devidamente integradas em procedimentos preconizados pelas organizações de saúde para garantir a segurança e a qualidade em saúde.

O mapeamento efetuado entre os aspetos que emergiram da revisão da literatura relativos aos itens dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem e os itens que integram a ontologia de enfermagem permitem-nos reconhecer que as áreas de atenção dos enfermeiros em contexto perioperatório se encontram representadas na ontologia de enfermagem.

CONCLUSÃO

A enfermagem à pessoa em situação perioperatória assume-se como área específica das competências profissionais dos enfermeiros, demonstrando a relevância de se desenvolver conhecimento que representa esta área de atuação.

O contexto perioperatório facilmente se associa ao contexto dos cuidados prestados no espaço físico do bloco operatório, considerados como intraoperatório. A complexidade sobretudo técnica que decorre da realização de um procedimento cirúrgico e anestésico, onde cada elemento da equipa assume uma função específica, gera por vezes dificuldade para descrever as necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes neste contexto dada a sua natureza essencialmente colaborativa.

A finalidade deste estudo teve como propósito: contribuir para a melhoria da tomada de decisão e documentação dos cuidados de enfermagem no contexto de perioperatório, em clientes submetidos a cirurgia ortopédica do membro inferior (artroplastia da anca e joelho).

Tomando como referência os aspetos que relevam para a conceção de cuidados de enfermagem, fomos identificar os dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem contemplados na literatura científica relativos ao contexto perioperatório de doentes submetidos a cirurgia ortopédica do membro inferior.

A revisão integrativa da literatura foi a estratégia utilizada que nos permitiu a obtenção de itens de informação relativos à conceção de cuidados e que organizamos em quatro momentos dos cuidados.

Os aspetos que relevam para a preparação cirúrgica onde se inclui o conjunto de informação agregado genericamente na consulta pré-operatória. A preparação dos doentes para a vivência da experiência cirúrgica assume um carácter de importância, sendo evidente o seu impacto, não só no conhecimento que o doente passa a deter, mas o impacto na ansiedade que o desconhecimento face a um evento cirúrgico pode gerar nas pessoas. Esta preparação dos doentes tem também impacto na garantia das condições exigidas para a cirurgia o que pode traduzir sucesso na eficácia dos serviços de saúde com as repercussões económicas que daí podem resultar.

Para as fases seguintes foram obtidos aspetos que relevam para o decurso da cirurgia e os aspetos que emergem no pós-operatório imediato onde a intenção dos cuidados se organiza essencialmente em duas vertentes – a deteção precoce de alterações congruentes com complicações cirúrgicas e a prevenção de complicações que podem comprometer a recuperação cirúrgica.

A revisão da literatura, permitiu ainda, evidenciar a relevância da recuperação cirúrgica na perspetiva do impacto no autocuidado que uma cirurgia aos membros inferiores pode acarretar.

A partir da informação obtida fomos mapear as categorias “in vivo” com os dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem integrados na ontologia de enfermagem. Este mapeamento permitiu-nos constatar, que a grande maioria dos aspetos com relevância para a conceção de cuidados em contexto perioperatório, à pessoa submetida a cirurgia de membro inferior que emergiram da revisão integrativa, estão incluídos na ontologia de enfermagem.

A reflexão em torno do obtido com este mapeamento permite-nos admitir a sugestão de inclusão de necessidades de cuidados que emergem de atitudes terapêuticas, que decorrem essencialmente, no período intraoperatório, e que ao serem incluídas, poderiam representar melhor essa vertente da ação profissional dos enfermeiros.

Os aspetos preconizados pelas normas instituídas no âmbito do programa “Cirurgia segura” que evidenciou a necessidade de práticas rigorosas, teve uma ancoragem muito prescritiva que resultou em efetivas melhorias das práticas cirúrgicas sobretudo na fase intraoperatória. No entanto, no caso particular da enfermagem, as medidas associadas aos objetivos de cuidados como a prevenção de lesões decorrentes do posicionamento ou a manutenção da normotermia, são assumidos como intervenções de enfermagem decorrentes das normas instituídas, quando se devem assumir como áreas de atenção dos enfermeiros e que resultam da sua decisão autónoma.

Esta reflexão, que emergiu neste trabalho, reporta uma necessidade de se evidenciar na ontologia de enfermagem, os aspetos que representem de forma mais adequada, a condição da pessoa em situação perioperatória.

Para finalizar reportamos algumas limitações do estudo como a restrição da revisão integrativa a clientes com condições cirúrgicas particulares; a limitação do número de artigos obtido constringido pelo espaço temporal definido e pela produção científica existente.

A representação do conhecimento relativa à enfermagem perioperatória na ontologia de enfermagem carece de mais estudos como este que se apresenta, com metodologias de validação dos itens obtidos na literatura por peritos na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Em conclusão, reconhecemos que os itens de informação que relevam para a tomada de decisão clínica dos enfermeiros à pessoa em situação perioperatória estão plasmados na ontologia de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

Acelas, A., Mantovani, V., Montañez, W., Engelman, B., da Silva, M., & Almeida, M. (2020). Evaluation of Acute Pain in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty: A Cohort Study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(2), 145–149. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12257>

Ackley, B., & Ladwig, G. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidenced-Based Guide to Planning Care* (10.^a Edição). Elsevier.

Afonso, A. (2012). *Cultura de Segurança nos Cuidados Perioperatórios: Impacto no Intraoperatório* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://web.esenfc.pt/?url=vu4onImX>

Agos, F., Shoda, C., & Bransford, D. (2014). Part II: Managing perioperative hyperglycemia in total hip and knee replacement surgeries. *Nursing Clinics of North America*, 49(3), 299–308. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.004>

Ahmed, K., Khan, N., Khan, M. S., & Dasgupta, P. (2013). Development and content validation of a surgical safety checklist for operating theatres that use robotic technology. *BJU International*, 111(7), 1161–1174. <https://doi.org/10.1111/bju.12010>

Akinsulore, A., Owojuyigbe, A., Faponle, A., & Fatoye, F. (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East Journal of Anesthesiology*, 23(2), 235–240.

Álvares, M. (2020). *Introdução à Investigação Quantitativa e Análise SPSS*. <http://hdl.handle.net/10400.2/10529>

Amaro, S. (2019). *O impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2277>

American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2020). *Total Knee Replacement*. <https://orthoinfo.aaos.org/en/treatment/total-knee-replacement>

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Araújo, L., & Queiroz, C. (2017). A Arte de Pesquisar: estratégias de busca e fontes de informação (Trabalho apresentado no Curso de Acesso à Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz)). <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29469>

Araújo, P., Bártolo, M., Cadavez, D., Januário, F., Luís, L., Machado, L. & Mónico, L. (2017). Avaliação da função e qualidade de vida após artroplastia total da anca por diferentes vias de abordagem. *Acta Medica Portuguesa*, 30(9), 623–627. <https://doi.org/10.20344/amp.7834>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.

Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*. <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>

Austin, M., Urbani, B., Fleischman, A., Fernando, N., Purtill, J., Hozack, W., Parvizi, J., & Rothman, R. (2017). Formal Physical Therapy After Total Hip Arthroplasty Is Not Required: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Bone and Joint Surgery: American Volume*, 99(8), 648–655. <https://doi.org/10.2106/JBJS.16.00674>

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A., & Gomes, M. (2017). *Consensos de Manutenção da Normotermia no período perioperatório*. SPA. <http://www.spanesthesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A., Gomes, M. (2017). *Recomendações da SPA para a manutenção da normotermia no período perioperatório. Guidelines de conduta clínica*. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. <http://www.spanesthesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Azevedo, T. (2015). *Reabilitação, no Domicílio, da Pessoa com Prótese Total da Anca* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1434>

Bandman, E., & Bandman, B. (1995). *Critical Thinking in Nursing*. Appleton & Lange.

- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bastos, F., et al. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. Suplemento digital Rev ROL Enferm ; 44(11-12).
- Battié, R., & Steelman, V. (2014). Accountability in nursing practice: why it is important for patient safety. *AORN journal*, 100(5), 537–541. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.08.008>
- Becker, A., Israel, B., Gustat, J., Reyes, A., & Allen, A. (2005). Strategies and Techniques for Effective Group Process in Community-Based Participatory Research Partnerships. In A. Israel B., E. Eng, J. Schulz A., & A. Parker E. (Eds.), *Methods in Community-Based Participatory Research for Health, 2nd Ed.* (pp. 52-72). Jossey-Bass.
- Bell, M.-P., Garcia, M., Thievenaz, J., & Zehr, J. (2023). Effets préliminaires d’une consultation préopératoire infirmière auprès des patients devant subir une arthroplastie de la hanche ou du genou: une étude préexpérimentale. *Recherche En Soins Infirmiers*, 151(4), 99–108. <https://doi.org/10.3917/rsi.151.0099>
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. Addison Wesley.
- Beyea, S. (2000). Perioperative data elements: interventions and outcomes. *AORN journal*, 71(2), 344–352. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)62114-5](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)62114-5)
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação, uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckmann. Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lusodidacta.
- Botelho, L., Cunha, C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11),121–136. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Bowen, B. (2007). Cirurgia Ortopédica. In J. Rothrock. *Alexander - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição, pp. 704-798). Lusodidacta.

Brandes, M., Ringling, M., Winter, C., Hillmann, A., & Rosenbaum, D. (2011). Changes in physical activity and health-related quality of life during the first year after total knee arthroplasty. *Arthritis Care & Research*, 63(3), 328–334. <https://doi.org/10.1002/acr.20384>

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford University Press.

Burns, N., & Grove, S. (2003). *Understanding Nursing Research*. Saunders.

Cabral, D. (2004). Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/64648>

Camanho, G. (2001). Tratamento da osteoartrose do joelho. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 36(5), 135-140. <https://rbo.org.br/detalhes/107/pt-BR/tratamento-da-osteoartrose-do-joelho>

Cambotas, C.(2014). A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória [Relatório de Estágio de Mestrado em enfermagem perioperatória, Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/7489>

Canastra, F., Haanstra, F., & Vilanculos, M. (2015). *Manual de Investigação Científica da Universidade Católica de Moçambique*. Instituto Integrado de Apoio à Investigação Científica.

Cardante, S. (2020). Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspetiva dos enfermeiros [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/34037>

Cardoso, A., Felizardo, H., & Januário, J. (2012). O Enfermeiro como Gestor do Processo de Preparação do Regresso a Casa. In P. Queirós (Ed.), *Enfermagem: De Nightingale aos Dias de Hoje – 100 Anos* (pp. 75-88). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Carnevali, D., & Thomas, M. (1993). *Diagnostic Reasoning and Treatment Decison making in Nursing*. Lippincott.

Carpenito-Moyet, L. (2007). *Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planeamento do cuidado para estudantes*. Artmed.

Castellanos, B., & Jocias, V. (1990). Assistência de Enfermagem Perioperatória – Um Modelo Conceitual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 24(3), 359–370. <https://doi.org/10.1590/0080-6234199002400300359>

Cheever, K., & Hinkle, J. (2015). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Guanabara Koogan.

Christóforo, B., & Carvalho, D. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 43(1), 14–22. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>

Cintra, F., Yepéz, A., Rasga, M., Abagge, M., & Alencar, P. (2011). Componente tibial na revisão da artroplastia do joelho: comparação entre fixação cimentada e híbrida. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 46(5), 585–590. <https://doi.org/10.1590/S0102-36162011000500017>

Coladonato, A., Colibazzi, V., Romanini, E., & Zanazzo, M. (2020). Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *HIP International*, 30(2S), 20–29. <https://doi.org/10.1177/1120700020971314>

Colibazzi, V., Coladonato, A., Zanazzo, M., Romanini, E. (2020). Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *HIP International*, 30(2_suppl), 20–29. <https://doi.org/10.1177/1120700020971314>

Conde, M., & Adams, S. (2014). *Overview of the management of postoperative pulmonary complications*. <http://www.uptodate.com>

Coutinho, B., Ribeiro, A., de Oliveira, S., Miranda, M., & Gouvea-e-Silva, L. (2022). Infecções de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas de um hospital do estado do Pará, Brasil. *Avances En Enfermería*, 40(3), 395–407. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n3.93397>

Cruz, D., & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 415–422. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300017>

Cunha, E. (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

de Peralta, S., Dodge, K., & Jones, R. (2021). An Overview of Quality Improvement Processes and Data Analysis in Perioperative Nursing Practice. *AORN Journal*, *114*(4), 294–308. <https://doi.org/10.1002/aorn.13501>

DeBlicek, C., LaFlamme, A., Rivard, M., & Monsen, K. (2013). Standardizing Documentation for Postoperative Nausea and Vomiting in the Electronic Health Record. *AORN Journal*, *98*(4), 370–380. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.12.021>

Debus, M. (2004). Manual de excelência em la investigación mediante grupos focales. In E. Esperidião (Ed.), *Reflexões sobre a utilização do grupo focal como técnica de pesquisa*. Fundação Editora de UNESP.

Decreto-Lei n.º 104/98 do Ministério da Saúde (1998): Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. (1998). Diário da República n.º 93, Série I de 21-04-1998. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1998): Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). Diário da República n.º 205, Série I-A de 04-09-1996. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-241640>

Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, nº 28. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República II Série, Nº 187 de 24-09-2021 (96-103). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Delaney, C., & Moorhead, S. (1995). The nursing minimum data set, standardized language, and health care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, *10*(1), 16-30. <https://doi.org/10.1097/00001786-199510010-00005>

Denyes, J., Orem, D., & Bekel, G. (2001). Self- Care: A Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*, *14*(1), 48–54. <https://doi.org/10.1177/089431840101400113>

Derman, P., Iyer, S., Garner, M., Orr, S., Felix, K., Goldberg, A., Ologhobo, T., Wu, M., Robbins, L., & Cornell, C. (2016). An initiative to standardize the identification of and acute response to postoperative lower-extremity neurological deficits: Effects on provider knowledge,

confidence, and communication skills. In *Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*, 98(23), e105. <https://doi.org/10.2106/JBJS.16.00303>

Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). (2015). Diário da República n.º 187, Série II de 24-09-2021.

Dias, P., Ferreira, R., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>

Dias, P., Ferrinho F., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>

Direção-Geral da Saúde - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátrica (2005). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-contra-as-Doen%C3%A7as-Reum%C3%A1ticas.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2011). *Orientação n.º 018/2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2019). *Norma n.º 008/2019: Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2010). *Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS – Cirurgia segura salva vidas*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/manual-de-implementacao-da-lista-de-verificacao-de-seguranca-cirurgica-da-oms-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2013). *Norma n.º 002/2013: Cirurgia segura, salva vidas*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2015). *Norma clínica 020/2015: Feixe de intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2010). *Nursing Diagnosis Manual. Planning, Individualizing, and Documenting Client Care*. Davis Company.

Doherty, G. (2011). *Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento* (13.ª ed). Guanabara Koogan

Doi, K., Shimoda, R., & Gibbons, G. (2014). Improving pain management in orthopedic surgical patients with opioid tolerance. *Nursing Clinics of North America*, 49(3), 415–429. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.015>

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford University Press.

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

ECRI Institute PSO. (2016). *Patient Identification. Executive Summary*. https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/PSO%20Deep%20Dives/Deep%20Dive_PT_ID_2016_exec%20summary.pdf

Ehrenberg, A., & Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 278–284. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00231.x>

Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (1999). Patient Problems, Needs, and Nursing Diagnosis in Swedish Records. *Nursing Diagnosis*, 10(2), 65–76. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618x.1999.tb00028.x>.

Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., Gonzáles-Vargas, J., Faria-Raposo, I., Girón-García, J., & García-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*, 28(2), 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.05.006>

European Observatory on Health Systems and Policies (2018). *Health System Review – Portugal Phase I Final Report*. World Health Organization Regional Office for Europe.

European Operating Room Nurses Association (2019). *EORNA framework for Perioperative nurse competencies*. EORNA Educational committee. (2.^a ed.). <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/05/Competencies-brochure-final.pdf>

Fernandes, M. (2013). Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem. In M. Lopes (Org.), *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp. 3-37). Lusociência.

Figueirôa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas e Velhas Problemáticas em Enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar Enfermagem*, 7(2), 34–48.

Flamínio, J. (2018). A pessoa submetida a artroplastia total do joelho: impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação e benefícios em saúde [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora, Institutos Politécnicos de Beja, Portalegre, Setúbal e Castelo Branco]. <http://hdl.handle.net/10174/23327>

Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005). Quality of Nursing Diagnosis: Evaluation of an Educational Intervention. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16(2), 33–43. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2005.00008.x>.

Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Universidade Católica Editora.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – Da Conceção à Realização*. Lusociência.

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.
- Foss, O., Husby, V., Winther, S., Klaksvik, J. (2020). Increased muscle strength limits postural sway during daily living activities in total hip arthroplasty patients. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(7), 608–612. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001382>
- Fred, C., Ford, S., Wagner, D., & Vanbrackle, L. (2012). Intraoperatively acquired pressure ulcers and perioperative normothermia: a look at relationships. *AORN Journal*, 96(3), 251–260. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.06.014>
- Furuya, R., Nakamura, F., Gastaldi, A., & Rossi, L. (2011). Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 167–175. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100022>
- Gaffney, C., Gililand, J., Pelt, C., & Peters, C. (2017). Perioperative Pain Management in Hip and Knee Arthroplasty. *Orthopedic Clinics of North America*, 48(4), 407–419. <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2017.05.001>
- Galvão, T., & Tiguman, G. (2022). A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(2), e2022107. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742022000200033>
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In G. Gaskell, & M. Bauer (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 64-89). Vozes.
- Gecit, S., & Ozbayir, T. (2020). Evaluation of Preoperative Risk Assessment and Postoperative Nausea and Vomiting: Importance for Nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(6), 625–629. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.04.006>
- Gil, M., Campo, M., Luis, M., Díez, F., & Martínez, M. (2020). Colocación de pulseras identificativas y de grupo sanguíneo en quirófano de ortopedia. *Metas de Enfermería*, 23(3). <https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.23.1003081568>
- Gill, S., & McBurney, H. (2013). Does exercise reduce pain and improve physical function before hip or knee replacement surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1), 164–176. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.08.211>

Giovanazzo, R. (2001). Focus Group em pesquisa qualitativa: fundamentos e reflexões. *Revista Administração OnLine*, 2(4). http://www.fecap.br/adm_online/art24/renata2.htm

Gomes, J. (2013). A Pessoa com Artroplastia Total da Anca. Atividades de Vida Diária e Qualidade de Vida [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1324>

Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 17-25.

https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1235&codigo=

Goossen, W., Goossen-Baremans, A., & Van der Zel, M. (2010). Detailed clinical models: a review. *Healthcare Informatics Research*, 16(4), 201–214. <https://doi.org/10.4258/hir.2010.16.4.201>

Gotardo, J., Silveira, R., & Galvão, C. (2006). Hipotermia no perioperatório: análise da produção científica nacional de enfermagem. In *Resumos*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Grittem, L., Méier, M., & Gaievicz, A. (2006). Visita Pré-Operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*, 11(3), 245–251.

Gui, R. (2003). Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*, 3(1), 135–159. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v3n1/v3n1a07.pdf>

Guido, A., Goulart, C., Brum, C., Lemos, A., Umman, J. (2014). Cuidado de enfermagem perioperatória: revisão integrativa da literatura. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 6(14), 1601–1609. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770031>

Guimarães, A. (2021). Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo] <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2787>

- Guimarães, M. & Silva L. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e a sua aplicabilidade para enfermagem*. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hall, C., & Broby, L. (2001). *Exercício Terapêutico. Na Busca da Função*. Guanabara Koogan S.A.
- Hammond, K. (1996). Upon Reflection. *Thinking and Reasoning*, 2(2 & 3), 239-248. <https://doi.org/10.1080/135467896394537>
- Harkess, J. (2006). Artroplastia do quadril. In S. Canale (Ed.), *Cirurgia ortopédica de Campbell* (pp. 315-482). Manole.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. Macmillan.
- Hooper, V., Chard, R., Clifford, T., Fetzer, S., Fossum, S., Godden, B., Martinez, E., Noble, K., O'Brien, D., Odom-Forren, J., Peterson, C., & Ross, J. (2009). ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion of perioperative normothermia. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 24(5), 271–287. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2009.09.001>
- Hore, P., & Harley, I. (2014). *Anaesthesia: An Introduction: Vol. Fifth edit*. IP Communications. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=890892&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Hovenga, E., Garde, S., & Heard, S. (2005). Nursing constraint models for electronic health records: a vision for domain knowledge governance. *International journal of medical informatics*, 74(11-12), 886–898. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.013>
- Hull, L., Arora, S., Aggarwal, R., Darzi, A., Vincent, C., & Sevdalis, N. (2012). The impact of nontechnical skills on technical performance in surgery: a systematic review. *Journal of the American College of Surgeons*, 214(2), 214–230. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.10.016>
- Idvall, E., & Ehrenberg, A. (2002). Nursing Documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 734-742. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00688.x>

Im, E., & Meleis, A. (1999). Situation-Specific Theories: Philosophical Roots, Properties, and Approach. *ANS - Advances in Nursing Science*, 22(2), 11-24. <https://doi.org/10.1097/00012272-199912000-00003>.

International Council of Nurses. (2016). *International Classification for Nursing Practice, 2015 Release*. Portuguese Nursing Council.

IPOL. (2017). *Procedimentos 2017: Procedimentos e protocolos utilizados em anestesia clínica e analgesia do pós-operatório*. Baxter Médico Farmacêutica.

Jansson, M., Harjumaa, M., Puhto, A., & Pikkarainen, M. (2019). Patients' satisfaction and experiences during elective primary fast-track total hip and knee arthroplasty journey: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 567-582. <https://doi.org/10.1111/jocn.15121>

Jesus, É. (1999). *A Decisão Clínica em Enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto].

Jesus, É. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva no processo da decisão clínica de enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/9768>

Jesus, É. & Sousa, P. (2011). *Sistemas de Informação e profissionais de Saúde – Visão dos enfermeiros* in Pereira, D., Nascimento, J.C., Gomes, R., *Sistema de Informação na Saúde – Perspetivas e Desafios em Portugal*, 226-241. Edições Silabo.

Jordan, P., Bowers, C., & Morton, D. (2016). Barriers to implementing evidence-based practice in a private intensive care unit in the Eastern Cape. *Southern African Journal of Critical Care*, 32(2), 50-54. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2016.v32i2.253>

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(1), 58-71. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155>.

Junttila, K., Salanterä, S., & Hupli, M. (2005). Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *Journal of advanced nursing*, 52(3), 271-280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03586.x>

- Kadry, B., Press, C., Alish, H., Opper, I., Orsini, J., Popov, I., Brodsky, J., & Macario, A. (2014). Obesity increases operating roomtimes in patients undergoing primary hip arthroplasty: A retrospective cohort analysis. *PeerJ*, 2, e530. <https://doi.org/10.7717/peerj.530>
- Kamal, M., & Hussein, N. (2011). Prevention of postspinal shivering by using ketamine plus midazolam in comparison with nefopam. *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 27(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.egja.2010.12.002>
- Karaca, T., & Aslan, S. (2018). Effect of 'nursing terminologies and classifications' course on nursing students' perception of nursing diagnosis. *Nurse education today*, 67, 114–117. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.011>
- Karkkainen, O., & Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 198-205. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00727.x>.
- Kennedy D., Stratford, P., Hanna, S., Wessel, J., & Gollish, J. (2006). Modeling early recovery of physical function following Hip and Knee Arthroplasty. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11(7), 100. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-7-100>
- Kim, B., & Aloia, T. (2018). What is “enhanced recovery,” and how can I do it?. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 22(1), 164-171. <https://doi.org/10.1007/s11605-017-3605-9>.
- Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos. Fundamentos e técnicas*. Editora Manole, Lda.
- Kitzinger, J. (2000). Focus groups with users and providers of health care. In C. Pope, & N. Mays (Eds.), *Qualitative research in health care*. BMJ Books. (2^a ed., pp. 21-31)
- Klein, A., Meek, T., Allcock, E., Cook, T., Mincher, N., Morris, C., Nimmo, A., Pandit, J., Pawa, A., Rodney, G., Sheraton, T., & Young, P. (2021). Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery. *Anaesthesia*, 76(9), 1212–1223. <https://doi.org/10.1111/anae.15501>
- Koc, B., Schotanus, M., Kollenburg, J., Janssen, M., Tijssen, F., & Jansen, E. (2017). Effectiveness of Early Warming with Self-Warming Blankets on Postoperative Hypothermia in Total Hip and Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 36(5), 356–360. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000383>

- Koëter, M., Leijtens, B., & Koëter, S. (2013). Effect of thermal reflective blanket placement on hypothermia in primary unilateral total hip or knee arthroplasty. *Journal of Perianesthesia Nursing, 28*(6), 347–352. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.08.007>
- Kuiper, R., Pesut, D., & Kautz, D. (2009). Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. *The open nursing journal, 3*, 76–85. <https://doi.org/10.2174/1874434600903010076>
- Kyle, E. (2023). Information Management. *AORN Journal, 118*(5), 332–337. <https://doi.org/10.1002/aorn.14024>
- Lauri, S., Salanterä, S., Bild, H., Chalmers, K., Duffy, M., & Kim, H. S. (1997). Public health nurses' decision making in Canada, Finland, Norway, and the United States. *Western journal of nursing research, 19*(2), 143–165. <https://doi.org/10.1177/019394599701900202>
- Leal, M. (2006). *A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidades*. Lusociência.
- Leão, M., Santoro, E., Avelino, R., Coutinho, L., Granjeiro, R., & Júnior, N. (2014). Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a artroplastia total do joelho em Manaus. *Revista Brasileira de Ortopedia, 49*(2), 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2013.12.005>
- Leite, F. (2016). *Sistemas de informação em enfermagem: contributos para a definição de um painel de indicadores do exercício profissional dos enfermeiros num departamento de medicina [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]*. <http://hdl.handle.net/10400.26/12878>
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Loures, E., & Leite, I. (2012). Análise da qualidade de vida de pacientes osteoartrosicos submetidos a artroplastia total do quadril. *Revista Brasileira de Ortopedia, 47*(4), 498–504. <https://doi.org/10.1590/S0102-36162012000400017>
- Lunney, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem*. Artmed.
- Luthi, F., Pereira, L., & Jolles, B. (2015). Os 12 pontos-chave da reabilitação após artroplastia total do joelho. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 13*(4), 303–309. <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/issue/view/11>

- Machado, N. (2004). A Evolução do exercício profissional de enfermagem de 1940 a 2000: Análise numa perspectiva histórica [Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/9591>
- Machado, N. (2013). Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.14/14957>
- Makundi, E., Manongi, R., Mushi, A., Alilio, M., Theander, T., Ronn, A., & Bygbjerg, I. (2005). The use of nominal group technique in identifying community health priorities in Moshi rural district, northern Tanzania. *Tanzânia Journal of Health Research*, 7(3), 133–141. <https://doi.org/10.4314/thrb.v7i3.14250>
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2003). *Dicionário Médico*. Climpisi.
- Marek, J. (2010). Avaliação do Sistema Músculo-Esquelético; Osteoartrite e Artrite Reumatóide. In F. Monahan (Ed.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (pp. 1537-1568). Lusodidacta.
- Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., Nielsen, G., & Yan, J. (2001). *Building Standard-Based Nursing Information Systems*. Pan American Health Organization.
- Martins, L., Cordeiro, A., Stacciarini, T., Engel, R., Haas, V., Rezende, M., & Ferreira, L. (2020). Fatores sociodemográficos e diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos às cirurgias ortopédicas. *Escola Anna Nery*, 24(3), e20190292. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0292>
- Matias, F., Ferreira, C., Matos, F., & Martins, M. (2017). Pré-aquecimento de dez minutos: uma boa forma de evitar a hipotermia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 19-25. Retirado de: <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/7710/8939>
- Maxey, L., & Magnusson, J. (2003). *Reabilitação Pós-Cirúrgica para o Paciente Ortopédico*. Editora Guanabara Koogan S.A.
- McCrae N. (2012). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of advanced nursing*, 68(1), 222–229. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2011). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. (2019). Facilitating and managing transitions: an imperative for quality care. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 21 (1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.famt>

Melo, J., Teixeira, A., Novo, A., Figueiredo, M., & Branco, N. (2013). Visita de enfermagem pré-operatória – a opinião dos doentes. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 44(18), 171–182. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8173>

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Menezes, S., Rodrigues, R., Tranquada, R., MüLLER, S., Gama, K., & Manso, T. (2013). Lesões Decorrentes do Posicionamento para Cirurgia: Incidência e Fatores de Risco. *Acta Medica Portuguesa*, 26(1), 12–16.

Merollini, K., Zheng, H., & Graves, N. (2013). Most relevant strategies for preventing surgical site infection after total hip arthroplasty: Guideline recommendations and expert opinion. *American Journal of Infection Control*, 41(3), 221–226. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.03.027>

Miller, R., Eriksson, L., Fleisher, L., Wiener-Kronish, J., Cohen, N., & Young, W. (2014). *Miller's Anesthesia* (8.ª Ed.). Saunders

Milne, J., Vowden, P., Fumarola, S., Leaper, D. (2012). Posoperative incision management – made easy. *Wounds UK*, 8(4), 1–4. https://wounds-uk.com/wp-content/uploads/sites/2/2023/02/content_10639.pdf

Ministério da Saúde (2009). *RSE – Registo de Saúde Eletrónico. R1: Documento de Estado da Arte*. http://ser.cies.iscte.pt/index_ficheiros/ACSS2009.pdf

Mitchell, M. (2016). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 225–237. <https://doi.org/10.1111/jocn.13375>

- Morgan, D. (1997). *Focus group as qualitative research*. Sage.
- Mourad, L. (1994). *Ortopedia*. Mosby.
- Mozzato, R., & Grybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea, Curitiba, 15(4)*, 731-747.
- Naik, S., Voong, S., Bamford, M., Smith, K., Joyce, A., & Grinspun, D. (2020). Assessment of the Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQUIRE) database using a data quality index. *Journal of the American Medical Informatics Association, 27(5)*, 776–782. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa031>
- Neto, F., & Monteiro, H. (2008). *Universidade da Terceira Idade: Da Solidão à Motivação*. Livpsi.
- Neves, M. (2004). Intervenções de enfermagem - razões e bases para a tomada de decisão pelas enfermeiras [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto].
- Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, Southwestern Ethiopia. *Bio Med Central Surgery, 14(67)*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-14-67>
- Nilsdotter, A., Toksvig-Larsen, S., & Roos, E. (2009). Knee arthroplasty: are patients' expectations fulfilled? A prospective study of pain and function in 102 patients with 5-year follow-up. *Acta Orthopaedica, 80(1)*, 55–61. <https://doi.org/10.1080/17453670902805007>
- North American Nursing Diagnosis Association. (2003). *Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2003-2004*. Artmed.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2005). *Diagnósticos de enfermagem: Definição & Classificação*. ArtMed.
- Nunes, J. et al. (2023). Organização e orientação da prática de enfermagem. In *Ambientes de Prática de Enfermagem: um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 101-110). LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

Nunes, J., Pinto, E., Cavadas, B., Rodrigues, L., Moreira, C. (2023). Organização e orientação da prática de enfermagem. In *Ambientes de Prática de Enfermagem: um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 101-110). LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem [Relatório técnico, Departamento de Enfermagem ESS/IPS]. <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Nuñez, M., Lozano, L., Nuñez, E., Segur, J., & Sastre, S. (2011). Factors influencing health-related quality of life after TKA in patients who are obese. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 469(4), 1148–1153. <https://doi.org/10.1007/s11999-010-1671-3>

Oliveira, J. (2012). Reabilitação funcional dos doentes submetidos a prótese total do joelho: revisão sistemática da literatura [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. <http://hdl.handle.net/10400.19/1620>

Oliveira, P. (2013). Avaliação das características individuais e clínicas como preditores do estado de saúde em indivíduos sujeitos a artroplastia total da anca [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10400.26/14538>

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem médico-cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer CJ 196/2014*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avan%C3%A7a-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Ordem dos Enfermeiros e SPMS assinam Protocolo de Cooperação*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-dos-enfermeiros-e-spms-e-assinam-protocolo-de-coopera%C3%A7%C3%A3o>

Orem, D., & Taylor, S. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing science quarterly*, 24(1), 35–41. <https://doi.org/10.1177/0894318410389061>

Organisation for Economic Cooperation and Development. (2017). *Hip and knee replacement, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing.

Organización Mundial de la Salud. (2014). «Envejecer bien», una prioridad mundial. <https://www.who.int/es/news/item/06-11-2014--ageing-well-must-be-a-global-priority>

Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M., & Tolpin, D. (2015). Informação pré-operatória ao paciente: Podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade?. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.07.009>

Paes, L. (2011). *Gestão de operações em saúde para hospitais, clínicas, consultórios e serviços de diagnósticos*. Ateneu.

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., Padilha, J., Cruz, I., Oliveira, M., Brito, M., Silva, M., Machado, N., Sousa, P., Sousa, P., & Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Pan, P., Song, K., Yao, Y., Jiang, T., & Jiang, Q. (2020). The Impact of Intraoperative Hypothermia on Blood Loss and Allogenic Blood Transfusion in Total Knee and Hip Arthroplasty: A Retrospective Study. *BioMed research international*, 2020, 1096743. <https://doi.org/10.1155/2020/1096743>

Parente, C., Ângelo, M., Tinoco, A., Rocha, E., Brandão, D., & Cristina, M. (2009). Artroplastia da Anca. In A. Cruz, L. Oliveira, & V. Conceição (Eds.), *Enfermagem em Ortopneumatologia* (pp. 129-163). Formasau, Formação e Saúde Lda.

Paulo, M. (2001). Processo de Mudança no Sistema de Documentação de Cuidados de Enfermagem [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/9738>

Pereira, I., Ferreira, R., Vieira, J., Goes, M.M., Mestre, T., Oliveira, H. (2021). Gains from Nursing Care in Mobilizing the Elderly Person After Hip Arthroplasty. In: García-Alonso, J., Fonseca, C. (eds) *Gerontechnology III. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_2

Pereira, R. (2016). Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/84324>

Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. Lusociência.

Piccoli, M., & Galvão, C. (2001). Enfermagem Perioperatória: Identificação do Diagnóstico de Enfermagem Risco para Infecção Fundamentada no Modelo Concetual de Levine. *Revista Latino-Americana*, 9(4),37–43. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000400007>

Pinto, I., Campos, C., & Siqueira, C. (2018). Investigação Qualitativa: Perspetiva Geral e Importância para as Ciências da Nutrição. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 14, 30–34. <https://actaportuguesadenutricao.pt/wp->

content/uploads/2018/11/06_Investiga%C3%A7%C3%A3o-qualitativa-Perspetiva-geral-e-import%C3%A2ncia-para-as-Ci%C3%A2ncias-da-Nutri%C3%A7%C3%A3o.pdf

Pizzol, S. (2004). Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 42(3), 451–468. <https://doi.org/10.1590/S0103-20032004000300003>

Pu, Y., Li, W., Zhi, X., Meng, A., Tang, L., Lu, L., Wang, P., Xu, Z., Yao, Y., & Shi, Y. (2020). The impact of individualized care after artificial knee replacement surgery for patients with valgus deformity of the knee. *Frontiers of Nursing*, 7(2), 103-109. <https://doi.org/10.2478/fon-2020-0019>

Pugely, A. J., Martin, C. T., Gao, Y., Mendoza-Lattes, S., & Callaghan, J. J. (2013). Differences in short-term complications between spinal and general anesthesia for primary total knee arthroplasty. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 95(3), 193–199. <https://doi.org/10.2106/JBJS.K.01682>

Pulkkinen, M., Jousela, I., Engblom, J., Salanterä, S., & Juntila, K. (2020). The effect of a new perioperative practice model on length of hospital stay and on the surgical care process in patients undergoing hip and knee arthroplasty under spinal anesthesia: a randomized clinical trial. *BMC Nursing*, 19(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00465-3>

Pulkkinen, M., Juntila, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue - a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 147–153. <https://doi.org/10.1111/scs.12233>

Rabello, B., Cabral, F., Freitas, E., Penedo, J., Cury, M., Rinaldi, E., & Peixoto, L. (2008). Artroplastia total do quadril não cimentada em pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 43(8), 336-342. <https://doi.org/10.1590/S0102-36162008000800004>

Rauch, S., Miller, C., Bräuer, A., Wallner, B., Bock, M., & Paal, P. (2021). Perioperative Hypothermia—A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8749. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168749>

Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros: Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em

enfermagem. (2011). Diário da República n.º 35/2011, Série II de 18-02-2011. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 06-02-2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. (2015). Diário da República n.º 119, Série II de 22-06-2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Reisdorfer, A., Leal, S., & Mancia, J. (2021). Cuidados de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200163. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0163>

Ribeiro, A., Pereira, E., Matias, F., Azenha, M., Macedo, A., & Órfão, M. (2017). Manutenção da normotermia peri operatória em Portugal: resultados de um inquérito de avaliação. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 11-17. <http://doi.org/10.25751/rspa.10127>

Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Classificações e Sistemas de Informação. In O. Ribeiro. *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e práticas* (pp. 58-66). LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., Forte, E. (2018). Aplicação do processo de Enfermagem em Hospitais Portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0174. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>.

Riley, W., Davis, S., Miller, K., Hansen, H., Sainfort, F., & Sweet, R. (2011). Didactic and simulation nontechnical skills team training to improve perinatal patient outcomes in a community hospital. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 37(8), 357–364. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(11\)37046-8](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(11)37046-8)

Romano, L., Rigoni, M., Torri, E., Nella, M., Morandi, M., Casetti, P., & Nollo, G. (2021). A Propensity Score-Matched Analysis to Assess the Outcomes in Pre- and Post-Fast-Track Hip and Knee Elective Prosthesis Patients. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), 741. <https://doi.org/10.3390/jcm10040741>

- Rothrock, J. (2014). *Alexander's Care of the patient in Surgery*. Moaby Jones & Bartlett.
- Rothrock, J. (2018). *Alexander's Care of the Patient in Surgery*. Elsevier Health Sciences.
- Russell C. L. (2005). An overview of the integrative research review. *Progress in transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 15(1), 8–13. <https://doi.org/10.1177/152692480501500102>
- Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z., & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(4), 994–998. <https://doi.org/10.1111/scs.12022>
- Santana, V., Santos, J., & Silva, P. (2017). Nursing care systematization in the immediate postoperative period after orthopedic surgeries. *Journal of Nursing UFPE*, 11(10), 4004–4010. <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201701>
- Santos, A. (2013). Artroplastia Total do Joelho: Força do Quadriceps, Fadiga e Qualidade de Vida – Estudo Exploratório [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/48014>
- Santos, D. (2014). Cuidados de Enfermagem no Cateterismo Venoso Periférico: Impacte no Perfil Microbiológico. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=Y7B9hEzj>
- Santos, M. (2019). Prótese Total da Anca: Efetividade e um programa de Reabilitação [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. <http://hdl.handle.net/10400.19/5455>
- Santos, M., Martins, J., & Oliveira, L. (2014). Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 7–15. <https://doi.org/10.12707/RIII1393>
- Santos, N., Neto, E., Arêas, G., Arêas, F., Leite, H., Ferreira, M., & Júnior, R. (2012). Capacidade funcional e qualidade de vida em idosos com osteoartrose no município de Coari - AM. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 2(2), 107–120. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v2i2.93>

- Schiessl, M. (2007). Ontologia: o termo e a *ideia*. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, 12(24), 172–181. <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2007v12n24p172>
- Seifert, P., & Wadlund, D. (2015). Crisis Management of Hypotension in the OR. *AORN Journal*, 102(1), 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.002>
- Seng, C., Yeo, S., Wee, J., Subanesh, S., Chong, H., & Lo, N. (2011). Improved clinical outcomes after high-flexion total knee arthroplasty: a 5-year follow-up study. *The Journal of Arthroplasty*, 26(7), 1025–1030. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2010.09.006>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2018). Taxonomies: Towards a shared nomenclature and language. In J. Santos & J. Cutcliffe (Eds.), *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century: A person-centred evidence-based approach* (pp. 37-48). Springer.
- Serra, L. (2001). *Critérios fundamentais em fraturas e ortopedia*. LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III(3), 15–23. <https://doi.org/10.12707/RIII1019>
- Serviço de Assistência Médico Social (2021a). *Prótese Total da Anca*. https://www.sams.pt/Servicos/Documents/Unidade_de_Internamento_de_Cirurgia/2021_%20UIC/2021_%20UCI%20vol.4/Pr%C3%B3tese%20Total%20da%20Anca.pdf
- Serviço de Assistência Médico Social (2021b). *Prótese Total do Joelho*. https://www.sams.pt/Servicos/Documents/Unidade_de_Internamento_de_Cirurgia/2021_%20UIC/2021_%20UCI%20vol.4/Pr%C3%B3tese%20Total%20do%20Joelho.pdf
- Sessler D. I. (2000). Perioperative heat balance. *Anesthesiology*, 92(2), 578–596. <https://doi.org/10.1097/00000542-200002000-00042>
- Shojania, K. G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C. R., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. (2009). The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2009(3), CD001096. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001096.pub2>

Silva, A. (2001). Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto].

Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma teoria explicativa da mudança*. Formasau.

Silva, A. (2017). “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11–20.

Silva, L., Rezende, G., Souza, M., Robazzi, M., Dalri, R., & Faleiros, S. (2013). Dor em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. *Revista de enfermagem UFPE online*, 7(10), 5883–5889. <https://doi.org/10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201307>

Silva, M. (2011). Intenções Dominantes nas concepções de enfermagem – estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.14/8685>

Silva, M., Shepherd, E. F., Jackson, W. O., Pratt, J. A., McClung, C. D., & Schmalzried, T. P. (2003). Knee strength after total knee arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*, 18(5), 605–611. [https://doi.org/10.1016/s0883-5403\(03\)00191-8](https://doi.org/10.1016/s0883-5403(03)00191-8)

Silva, O. (2017). Métodos quantitativos nas Ciências Sociais e Humanas. *Correio dos Açores*, 13. https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/5391/3/artigo_CA_Silva_14%20Setembro%202017.pdf

Silva, R. (2016). Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.13/2548>

Sinusas K. (2012). Osteoarthritis: diagnosis and treatment. *American family physician*, 85(1), 49–56. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2012/0101/p49.html>

Smetana, G. (2014). *Strategies to reduce postoperative pulmonary complications*. <http://www.uptodate.com>

Sousa, J., & Santos, S. (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, 10(2), 1396–1416. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>

Sousa, L., Firmino, C., Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(1), 45–54. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>

Sousa, M. (2014). Caracterização da prática da Fisioterapia em indivíduos submetidos a Artroplastia Total da Anca e resultados obtidos ao nível da Dor, Funcionalidade e Qualidade de Vida [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/7424>

Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios, segundo Bolonha*. Pactor.

Sousa, H., Marques, O. (2014). Enfermagem Perioperatória: anestesia. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 69-92). Lidel

Sousa, P. (2006). Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde: um modelo explicativo [Tese de Doutoramento, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto].

Sousa, P. (2012). Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades.... *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(5), 1–2. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500001>

Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

Tarapanoff, K. (1995). *Técnicas para tomada de decisão nos sistemas de informação*. Thesaurus.

Tiusanen, T. S., Junttila, K., Leinonen, T., & Salanterä, S. (2010). The validation of AORN recommended practices in Finnish perioperative nursing documentation. *AORN journal*, 91(2), 236–247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.06.027>

- Torossian, A., Brauer, A., Hocker, J., Bein, B., Wulf, H., & Horn, E. (2015). Clinical practice guideline: preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(10), 166-172. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4383851/>
- Trad, L. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777–796. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- Trad, L., Bastos, A., Santana, E., & Nunes, M. (2002). Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 581–589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300015>
- Tribunal de Nuremberg. (1947). *Código de Nuremberga*. <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=2>
- Veiga, L., & Gondim, S. (2001). A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. *Opinião Pública*, 7(1), 1–15. <https://doi.org/10.1590/S0104-62762001000100001>
- Vieira, M., Oliveira, D., Carvalho, M., & Nóbrega, M. (2017). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. *Rev. enferm. UFPE on line*, 10(12), 4517–4523. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=19c4b531-d9d7-4eb0-8b98-2e135f20b0ef%40sessionmgr120>
- Weiser, T. G., Haynes, A. B. (2018). Ten years of the Surgical Safety Checklist, *British Journal of Surgery*, 105, (8), 927-929. <https://doi.org/10.1002/bjs.10907>
- Westra, B., & Peterson, J. (2016), Big Data and Perioperative Nursing. *AORN Journal*, 104(4), 286–292. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.07.009>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- World Health Organization. (2004). *World report on Knowledge for better health: Strengthening health systems*. World Health Organization.

World Health Organization. (2009a). *Safe surgery saves lives. The second global patient safety challenge*. Geneva: World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y

Zabalza, M. (1997). *Planificação e desenvolvimento curricular na escola*. Edições Asa.

ANEXOS

Anexo I – Lista de Artigos Analisados

Anexo I – Lista de Artigos Analisados

Número Artigo/Referência	Referência (APA)	Revista	Objetivos
1	Bell, M.-P., Garcia, M., Thievenaz, J., & Zehr, J. (2023). Effets préliminaires d'une consultation préopératoire infirmière auprès des patients devant subir une arthroplastie de la hanche ou du genou : une étude préexpérimentale. <i>Recherche En Soins Infirmiers</i> , 151(4), 99–108. https://doi.org/10.3917/rsi.151.0099	Recherche En Soins Infirmiers	Avaliar os efeitos da consulta de enfermagem pré-operatória integrando a educação, comunicação terapêutica, exercícios de relaxamento, na ansiedade pré e pós-operatória e na dor pós-operatória nos doentes submetidos a artroplastia da anca e do joelho.
2	Coutinho, B., Ribeiro, A., de Oliveira, S., Miranda, M., & Gouvea-e-Silva, L. (2022). Infecções de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas de um hospital do estado do Pará, Brasil. <i>Avances En Enfermería</i> , 40(3), 395–407. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n3.93397	Avances En Enfermería	Avaliar as infecções da ferida cirúrgica em cirurgias ortopédicas de um hospital público de referência.
3	Romano, L., Rigoni, M., Torri, E., Nella, M., Morandi, M., Casetti, P., & Nollo, G. (2021). A Propensity Score-Matched Analysis to Assess the Outcomes in Pre- and Post-Fast-Track Hip and Knee Elective Prosthesis Patients. <i>Journal of Clinical Medicine</i> , 10(4), 741. https://doi.org/10.3390/jcm10040741	Journal of Clinical Medicine	Demonstrar a viabilidade através de avaliação sistemática e de evidência de resultados que é possível implementar um conjunto de práticas que melhoram significativamente os cuidados perioperatórios e de recuperação pós-operatória, através de uma equipa multidisciplinar, a doentes submetidos a ATA e ATJ.
4	Pulkkinen, M., Jousela, I., Engblom, J., Salanterä, S., & Junttila, K. (2020). The effect of a new perioperative practice model on length of hospital stay and on the surgical care process in patients undergoing hip and knee arthroplasty under spinal anesthesia: a randomized clinical trial. <i>BMC Nursing</i> , 19(1), 73. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00465-3	BMC Nursing	Avaliar se o novo modelo de prática cuidados perioperatórios demonstrava reduzir o tempo de internamento e o processo cirúrgico em doentes submetidos a ATA e ATJ, sob raquianestesia.
5	Pan, P., Song, K., Yao, Y., Jiang, T., & Jiang, Q. (2020). The Impact of Intraoperative Hypothermia on Blood Loss and Allogenic Blood Transfusion in Total Knee and Hip Arthroplasty: A Retrospective Study. <i>BioMed Research International</i> , 2020, 1–6. https://doi.org/10.1155/2020/1096743	BioMed Research International	Investigar a incidência de hipotermia intraoperatória e identificar o impacto da temperatura corporal intraoperatória com a perda de sangue e da necessidade de transfusão sanguínea em artroplastia total da anca e joelho.
6	Gil, M., Campo, M., de Luis, M., Díez, F., & Martínez, M. (2020). Colocación de pulseras identificativas y de grupo sanguíneo en quirófano de ortopedia. <i>Metas de Enfermería</i> , 23(3). https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.23.1003081568	Metas de Enfermería	Determinar se há um uso adequado de pulseiras de identificação e de tipo sanguíneo em pacientes submetidos a cirurgia ortopédica.

Número Artigo/Referência	Referência (APA)	Revista	Objetivos
7	Acelas, A., Mantovani, V., Montañez, W., Engelman, B., da Silva, M., & Almeida, M. (2020). Evaluation of Acute Pain in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty: A Cohort Study. <i>International Journal of Nursing Knowledge</i> , 31(2), 145–149. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12257	International Journal of Nursing Knowledge	Avaliar os níveis de dor em pacientes submetidos a artroplastia total da anca pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).
8	Jansson, M., Harjumaa, M., Puhto, A., & Pikkariainen, M. (2019). Patients' satisfaction and experiences during elective primary fast-track total hip and knee arthroplasty journey: A qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 29(3–4), 567–582. https://doi.org/10.1111/jocn.15121	Journal of Clinical Nursing	Explorar a satisfação dos clientes submetidos a cirurgia eletiva de artroplastia total do joelho e anca, relativamente ao tratamento e aos cuidados prestados.
9	Koc, B., Schotanus, M., Kollenburg, J., Janssen, M., Tijssen, F., & Jansen, E. (2017). Effectiveness of Early Warming with Self-Warming Blankets on Postoperative Hypothermia in Total Hip and Knee Arthroplasty. <i>Orthopaedic Nursing</i> , 36(5), 356–360. https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000383	Orthopaedic Nursing	Avaliar a eficácia do aquecimento precoce com mantas de aquecimento na prevenção da hipotermia pós-operatória em artroplastia total eletiva da anca (ATA) e joelho (ATJ) em comparação com dispositivos de ar forçado, como sistema de aquecimento convectivo.
10	Derman, P., Iyer, S., Garner, M., Orr, S., Felix, K., Goldberg, A., Ologhobo, T., Wu, M., Robbins, L., & Cornell, C. (2016). An initiative to standardize the identification of and acute response to postoperative lower-extremity neurological deficits: Effects on provider knowledge, confidence, and communication skills. In <i>Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume</i> , 98(23), e105. https://doi.org/10.2106/JBJS.16.00303	Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume	Qualificar a eficácia da formação de uma equipa multidisciplinar que visa padronizar a identificação e a resposta aguda aos défices neurológicos pós-operatórios, após a artroplastia total da anca e do joelho.
11	Pulkkinen, M., Junntila, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue - a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30(1), 147–153. https://doi.org/10.1111/scs.12233	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Descrever a forma como os clientes submetidos a uma cirurgia de artroplastia da anca ou joelho sob raquianestesia, vivenciaram a experiência de fazer parte de um modelo de comunicação. Atende aos desejos dos clientes, de forma individualizada e mantém a continuidade dos cuidados. A comunicação é estabelecida durante o pré, intra e pós-operatório entre os enfermeiros perioperatórios e os clientes, como modelo ideal de cuidados.

Número Artigo/Referência	Referência (APA)	Revista	Objetivos
12	Kadry, B., Press, C., Alosch, H., Opper, I., Orsini, J., Popov, I., Brodsky, J., & Macario, A. (2014). Obesity increases operating roomtimes in patients undergoing primary hip arthroplasty: A retrospective cohort analysis. <i>PeerJ</i> , 2, e530. https://doi.org/10.7717/peerj.530	PeerJ	Impacto da obesidade nos cuidados perioperatórios, quer na indução, movimentação, posicionamento e anestesia. A comparação deste estudo é baseada no tempo total da sala cirúrgica, ele fornece um quadro mais amplo de todo o episódio cirúrgico e deve estimular a discussão entre os enfermeiros perioperatórios sobre práticas que podem ser usadas para promover o cuidado ideal para esses doentes. Os enfermeiros também podem auxiliar suas instituições identificando o tempo perdido no atendimento a doentes obesos e sugerir um método para melhorar a qualidade dos cuidados.
13	Doi, K., Shimoda, R., & Gibbons, G. (2014). Improving pain management in orthopedic surgical patients with opioid tolerance. In <i>Nursing Clinics of North America</i> , 49(3). https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.015	Nursing Clinics of North America	Implementar um plano para controle da dor, a doentes submetidos a cirurgia ortopédica, tolerantes a opioides.
14	Agos, F., Shoda, C., & Bransford, D. (2014). Part II: Managing perioperative hyperglycemia in total hip and knee replacement surgeries. <i>Nursing Clinics of North America</i> , 49(3), 299–308. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.004	Nursing Clinics of North America	Descrever o impacto de um padrão de prática baseada em evidência para o controle da <i>hiperglicemia perioperatória</i> na redução da infecção do local cirúrgico em pacientes submetidos a artroplastia total da anca e do joelho.
15	Merollini, K., Zheng, H., & Graves, N. (2013). Most relevant strategies for preventing surgical site infection after total hip arthroplasty: Guideline recommendations and expert opinion. <i>American Journal of Infection Control</i> , 41(3), 221–226. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.03.027	American Journal of Infection Control	Identificar as estratégias atuais mais importantes para prevenir a infecção do local cirúrgico e considerá-las no contexto das recomendações clínicas.
16	Koëter, M., Leijtens, B., & Koëter, S. (2013). Effect of thermal reflective blanket placement on hypothermia in primary unilateral total hip or knee arthroplasty. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i> , 28(6), 347–352. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.08.007	Journal of Perianesthesia Nursing	Avaliar se o uso adicional de um cobertor térmico pode prevenir a <i>hipotermia</i> em doentes submetidos a artroplastia primária, total da anca ou joelho.

