

DISSERTAÇÃO DE Mestrado

CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

**PERIOPERATIVE NURSING DATA SET:
TRADUÇÃO E ADEQUAÇÃO CULTURAL E RELEVÂNCIA
CLÍNICA PARA O CONTEXTO PORTUGUÊS**

Joana Isabel Almeida de Azevedo

M

2016



JOANA ISABEL ALMEIDA DE AZEVEDO

**PERIOPERATIVE NURSING DATA SET:
TRADUÇÃO E ADEQUAÇÃO CULTURAL E RELEVÂNCIA CLÍNICA
PARA O CONTEXTO PORTUGUÊS**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador: Professor Doutor Paulino Sousa

Categoria: Professor Coordenador

Afiliação: Escola Superior de Enfermagem do Porto

O acontecimento – a informação – deve ser capaz de nos enriquecer, de nos transformar, de nos converter, simplesmente de nos permitir ver o que nos era invisível, saber o que ignorávamos e admitir o que nos parecia incrível.

Edgar Morin, 1981

Agradeço,

Ao Professor Paulino, pelo (des)encruzilhar desta longa caminhada, pela constante calma, compreensão e disponibilidade, pela pessoa inigualável.

À Professora Maria do Céu Barbieri, pelo conhecimento inesgotável, pela fonte de inspiração, palavras de incentivo e carinho.

Aos enfermeiros peritos, que disponibilizaram o seu precioso tempo para colaborarem neste trabalho.

Ao enfermeiro Manuel Valente, por acreditar desde cedo no que eu não acreditava e por tudo o que tem feito pela enfermagem perioperatória portuguesa.

Às amigas, Liliana e Márcia, pela enorme ajuda na fase de tradução.

À colega de mestrado e amiga Joana Pereira, pela partilha e pelo apoio nos momentos mais difíceis.

Aos colegas de mestrado, um grupo fantástico e de quem nunca me vou esquecer.

Aos Enfermeiros-chefes dos blocos operatórios, pela excelente receção, colaboração e palavras de motivação.

A todos as pessoas que colaboraram neste estudo, e que permitiram a realização desta investigação.

Às amigas, por terem que ouvir tantas vezes a palavra “mestrado” e estarem lá quando eu podia.

À Madalena, por tudo o que importa e por estar lá quando eu precisava.

À Augusta, por tudo.

À minha mãe, pelo colo e amor incondicional.

Ao meu pai, pelo amor e apoio constante. A ti, Céu.

Aos meus sogros, por serem uns segundos pais.

Ao meu marido Rui, pelo amor, pela vivência e partilha de tudo, paciência e apoio incondicional.

Muito Obrigada!

RESUMO

A necessidade de desenvolvimento de sistemas de classificação de enfermagem padronizados para descrever a prática de enfermagem e incorporar os sistemas de informação eletrônicos tem sido amplamente reconhecida. Apesar dessa necessidade crítica, em Portugal pouco trabalho tem sido desenvolvido em sistemas de informação na área da enfermagem perioperatória. Com efeito, no sentido de otimizar a documentação dos enfermeiros nos sistemas de informação perioperatórios, torna-se pertinente utilizar o trabalho de uma terminologia existente – o Perioperative Nursing Data Set – desenvolvido especificamente para a enfermagem perioperatória. **Finalidade:** Avaliar a relevância, a utilidade clínica e adequação cultural do PNDS para a enfermagem perioperatória em Portugal. **Objetivos:** Traduzir o PNDS 3ª edição para português; avaliar a adequação cultural do PNDS no contexto português; avaliar a relevância clínica da versão em português do PNDS; avaliar a fidelidade e a validade da versão em português do PNDS. **Metodologia:** Este estudo foi estruturado em duas fases: uma primeira fase, na qual se desenvolveu um estudo metodológico para a tradução e adaptação cultural do PNDS para português, através de um comité de peritos; e uma segunda, a avaliação da relevância e utilidade clínica do PNDS, realizada através de um estudo exploratório, descritivo, de cariz quantitativo, envolvendo uma amostra de 288 enfermeiros perioperatórios dos hospitais centrais do distrito do Porto. **Resultados:** A validade de conteúdo do instrumento foi quantificada por meio do Índice de Validade de Conteúdo. Todos os itens que apresentaram um IVC $<0,85$ foram revistos e consolidados com estabelecimento de consensos entre os peritos. Nenhum item do instrumento foi excluído depois da análise, todos foram considerados válidos. Para a verificação da relevância e utilidade clínica dos enunciados (domínios e atividades de avaliação inicial) do PNDS, procedemos à aplicação de um questionário aos enfermeiros de BO de diversas instituições de saúde. A taxa de adesão global aos questionários foi de cerca de 50% (48,9%; n=288). Procedemos igualmente à análise fatorial com recurso à análise dos fatores por extração através do método de componentes principais, com um número fixo de fatores a extrair (3 FATORES), por rotação *varimax* e normalização de *Kaiser*, excluindo os valores omissos pelo método de *Listwise*. Deste procedimento emergiram três dimensões, que definem construtos semelhantes aos apresentados na estrutura teórica do PNDS, que explicam 61,327% da variância total: Dimensão 1 – Respostas Fisiológicas e Segurança,

Dimensão 2 - Respostas Comportamentais e Dimensão 3 - Respostas Fisiológicas. A matriz de correlação entre as 3 dimensões que agregam itens das atividades de avaliação inicial do PNDS, permite-nos verificar a existência de uma correlação positiva entre as dimensões identificadas, o que comprova que as dimensões se encontram interligadas, validando a conceção teórica desta estrutura suportada pelo Modelo Perioperatório centrado no Doente, que sustenta o PNDS. Os enfermeiros atribuem maior relevância e utilidade clínica à dimensão “Respostas fisiológicas e segurança”, o que determina uma grande preocupação com as orientações da OMS para a *Cirurgia Segura*, enquadradas no programa *Cirurgia Segura Salva Vidas*. Contudo, as restantes dimensões apresentam valores também relevantes, o que demonstra que os enunciados do PNDS (domínios e atividades de avaliação inicial) representam um instrumento com relevância clínica para o contexto português.

Palavras-chave: enfermagem, perioperatória, terminologia, classificação, tradução, adaptação cultural, PNDS

ABSTRACT

The need for development of standardized nursing classifications systems to describe nursing practice and to incorporate computerized records has been widely acknowledged. Despite of this critical need, in Portugal little work on developing perioperative nursing information systems has been performed. In effect, in order to optimize nurses documentation in the perioperative information systems, it is pertinent to use the work of an existing terminology — the Perioperative Nursing Data Set — specifically developed for perioperative nursing. **Purpose:** To assess the relevance, clinical usefulness and cultural appropriateness of the PNDS for perioperative nursing in Portugal. **Goals:** To translate PNDS 3.rd edition into Portuguese; assess the cultural appropriateness of PNDS to Portuguese context; assess the clinical relevance of the Portuguese version of PNDS; evaluate the reliability and validity of the Portuguese version of PNDS. **Methodology:** This study is structured in two phases: a first methodological design study, for translation and cultural adaptation of PNDS to Portuguese through expert committee; and a second exploratory study, for assessment of the clinical relevance and usefulness of the PNDS, performed by a sample of 288 perioperative nurses from the central hospitals Porto district. **Theoretical Framework:** The PNDS is a terminology designed for perioperative nursing, clinically validated and approved by the American Nurses Association, which was developed by the Association of periOperative Registered Nurses in the USA. As we live in the technology era, standardized terminologies are essential for the development of perioperative information systems and for representing nursing in the computer-based record. Information technology in perioperative area has the potential to improve communication among health care providers, enhance quality of care, reduce adverse events, increase management efficiency and patient data production, and subsequently, help to enhance the scientific body of knowledge. **Results:** Content validity was quantified using the Content Validity Index. All the items presenting an IVC <0.85 were reviewed and consolidated through consensus meeting among the experts. None of items of the instrument were excluded after the analysis procedures, all of the items were considered valid. For evaluation of relevance and clinical usefulness of the statements (Domains and Assessment Interventions) of the PNDS, a questionnaire was applied to Operating Room nurses from several health institutions. The overall adherence rate to the questionnaires was 50% (48.9%; n = 288). Factorial

analysis was also performed using factor analysis through extraction using the main components method, with an extraction factors fixed number (3 FACTORS), through *varimax* rotation and *Kaiser* normalization, excluding the missing values using the *Listwise* method. From this procedure three dimensions emerged, which define resemblant constructs to those presented in the PNDS theoretical structure, which explain 61.327% of the total variance: Dimension 1 - Safety and Physiological Responses, Dimension 2 - Behavioral Responses and Dimension 3 - Physiological Responses. Correlation matrix between the 3 dimensions aggregating assessment interventions items of the PNDS, enables us to verify a positive correlation between the identified dimensions, which shows evidence of dimensions interconnection, validating "Perioperative Patient Focused Model" framework, which underpins the PNDS. Nurses attribute greater relevance and clinical usefulness to the "Physiological responses and safety" dimension, which determines considerable concern related with WHO "Safe Surgery" guidelines regarding "Safe Surgery Saves Lives" program. Nevertheless, remaining dimensions present also relevant scores, which can demonstrate PNDS (Domains and Assessment Interventions) statements represent a clinically relevant instrument for Portuguese context.

KEY WORDS: perioperative, nursing, terminology, classification, translation, cultural adaptation, PNDS

ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Percentagem

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ANA - *American Nurses Association*

AORN - *Association of PeriOperative Registered Nurses*

BO - bloco operatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. por - citado por

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

H - Teste de *Kruskal-Wallis*

ICN - *International Council of Nurses*

IFPN - *International Federation of Perioperative Nurses*

ISO - *International Organization for Standardization*

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

KMO - Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin*

K-S - Teste de *Kolmogorov-Smirnov*

Max. - Máximo

Med. - Mediana

Min. - Mínimo

Mo. - Moda

MPD - Modelo Perioperatório centrado no Doente

NIC - *Nursing Interventions Classification*

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PND5 - *Perioperative Nursing Data Set*

PPFM - *Perioperative Patient Focused Model*

rs - Correlação de *Spearman*

SD - Desvio Padrão (*Standard Deviation*)

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SNOMED CT - *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms*

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

U - Teste de *U-Mann-Whitney*

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

PARTE I – ASPETOS CONCEITUAIS

1 A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	25
1.1 Linguagem Classificada em Enfermagem — história e evolução	30
1.2 Linguagem Classificada em Enfermagem — estado da arte	33
1.3 PNDS: Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória.....	41
1.3.1 O Modelo Perioperatório centrado no Doente.....	46
2 JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO.....	50
3 FINALIDADE E OBJETIVOS.....	52

PARTE II – DESENHO DO ESTUDO

1 TIPO DE ESTUDO	55
1.1 Estudo 1 – Tradução e adaptação cultural de enunciados do PNDS.....	57
1.2 Estudo 2 – Relevância e utilidade clínica dos domínios e das atividades de avaliação inicial do PNDS	58
1.2.1 Contexto do estudo.....	58
1.2.2 População e amostra.....	59
1.2.3 Recolha de dados	60
2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	61

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DE ENUNCIADOS DO PNDS	65
2 AVALIAÇÃO DA UTILIDADE E RELEVÂNCIA CLÍNICA DOS ENUNCIADOS DO PNDS	69
2.1 Caracterização da amostra do estudo	69
2.2 Fidelidade da estrutura de atividades de avaliação inicial do PNDS	73
2.3 Relevância e utilidade clínica dos enunciados do PNDS: domínios e atividades de avaliação inicial.....	75
2.3.1 Relevância e utilidade clínica dos domínios do PNDS.....	75
2.3.2 Relevância e utilidade clínica das atividades de avaliação inicial do PNDS.....	77
2.3.3 Validade de construto do PNDS associada às atividades de avaliação inicial: análise fatorial exploratória	82
2.3.5 Relação entre as dimensões das atividades de avaliação inicial do PNDS e as características dos participantes	92
2.3.6 Relação entre as diferentes dimensões das atividades de avaliação inicial do PNDS.....	94

REFLEXÕES FINAIS.....	97
BIBLIOGRAFIA	99
ANEXOS.....	111

ANEXO I

Gráficos revisão sistemática: linguagens classificadas de enfermagem

ANEXO II

Instrumento de recolha de dados

ANEXO III

Modelos de pedido de autorização para realização de colheita de dados nos hospitais centrais do distrito Porto

ANEXO IV

Respostas aos pedidos de autorização para realização de colheita de dados dos hospitais centrais do distrito Porto

ANEXO V

Pedido de autorização para utilização do *Perioperative Nursing Data Set*

ANEXO VI

Autorização concedida para uso do *Perioperative Nursing Data Set*

ANEXO VII

Termo de consentimento informado

ANEXO VIII

Carta de pedido para participação no comité de peritos

ANEXO IX

Grelha de avaliação da tradução para a comissão de peritos – versão T1_2

Anexo X

Documento de apoio comissão de peritos – versão T1 e T2

Anexo XI

Fidelidade do instrumento: *Alpha de Cronbach*

ANEXO XII

Estatística descritiva das atividades de avaliação inicial do PNDS

ANEXO XIII

Scores médios dos itens do PNDS associados às dimensões emergentes da análise fatorial

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Estatística descritiva dos domínios do PNDS.....	76
Quadro 2. Estatística descritiva das atividades de avaliação inicial do PNDS.....	78
Quadro 3. Estatística descritiva das atividades de avaliação inicial do PNDS – “Less 5”.....	81
Quadro 4. Teste de <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> e teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	84
Quadro 5. Estrutura dos componentes principais do PNDS atividades de avaliação inicial após rotação <i>varimax</i> - dimensão 1.....	86
Quadro 6. Estrutura dos componentes principais do PNDS atividades de avaliação inicial após rotação <i>varimax</i> - dimensão 2.....	87
Quadro 7. Estrutura dos componentes principais do PNDS atividades de avaliação inicial após rotação <i>varimax</i> - dimensão 3.....	88
Quadro 8. Estatística descritiva dos scores médios das dimensões que emergem da análise fatorial do PNDS.....	89
Quadro 9. Matriz de correlação entre as dimensões do PNDS.....	95

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Taxa de resposta ao questionário de acordo com os contextos da investigação.....	70
Tabela 2. Distribuição da amostra do estudo segundo a idade, anos de experiência profissional e anos de experiência profissional em BO	71
Tabela 3. Distribuição da amostra em estudo segundo a formação em enfermagem.....	72
Tabela 4. Distribuição da amostra do estudo de acordo com as funções desempenhadas.....	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da seleção de publicações.....	38
Figura 2. Modelo Perioperatório centrado no Doente.....	50
Figura 3. Desenho do Estudo.....	56
gráfico 1. relação entre a dimensão 1 “segurança e respostas fisiológicas” e a instituição hospitalar.....	93
gráfico 2 . relação entre a dimensão 2 “respostas comportamentais” e a instituição hospitalar.....	93
gráfico 3 . relação entre a dimensão 3 “respostas fisiológicas” e a instituição hospitalar.....	94

INTRODUÇÃO

A dissertação, que aqui se apresenta, foi desenvolvida no contexto do Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. O objeto de estudo é a tradução e adaptação de uma terminologia da área da enfermagem perioperatória para português, tendo por título: “*Perioperative Nursing Data Set: Tradução e Adequação Cultural e Relevância Clínica para o Contexto Português*”.

Como funções do enfermeiro perioperatório a *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) define: “*identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia*” (*Association of periOperative Registered Nurses*, 1998, cit. por Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2006).

É já amplamente reconhecida a necessidade básica da disponibilização da informação concebida pelos enfermeiros de forma efetiva. Não obstante, para que se possa promover a sua partilha nas diferentes áreas, torna-se crucial que se proceda à gestão e organização deste recurso, definindo com clareza que tipo de informação deverá ser documentada, e desta, qual deverá ser partilhada (Sousa, 2005). Os sistemas de classificação em enfermagem são decerto estruturais neste complexo processo de gestão da informação produzida pelos enfermeiros.

Em Portugal, desde os anos 90, têm sido realizados marcantes esforços na área dos sistemas de informação em enfermagem, com recurso a uma terminologia de escala global — a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Silva, 1995; Silva, 2006; Sousa, 2005; Pereira, 2009). Ora, esses esforços têm sido o alvo de atenção, principalmente nos contextos de internamento na área hospitalar e os cuidados de saúde primários, sendo a documentação realizada pelos enfermeiros no BO (BO) ainda muito desconhecida, verificando-se que no âmbito da enfermagem perioperatória a documentação é escassa.

Este estudo emerge de uma preocupação que remete efetivamente à disponibilização e gestão da informação produzida pelos enfermeiros no

contexto do BO. Uma vez que a linguagem classificada usada nos sistemas de informação em uso é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), sendo ela uma ontologia, é complexa e muito abrangente, sendo que a especificidade de cada contexto da enfermagem tem que ser desenvolvida, como é o caso da especificidade do cuidado da enfermagem perioperatória.

Com efeito, no sentido de otimizar a documentação dos enfermeiros perioperatórios nos sistemas de informação no BO, torna-se pertinente utilizar o trabalho de uma terminologia produzida para o contexto — o *Perioperative Nursing Data Set* (PNDS) — desenvolvida pela AORN, especificamente para a enfermagem perioperatória. O PNDS 2.nd version encontra-se em processo de mapeamento com a CIPE®, trabalho ainda em desenvolvimento.

Decorrente desta inquietação, surge então como questão preliminar do estudo: qual a representatividade e utilidade clínica do PNDS no contexto da enfermagem perioperatória portuguesa?

Este relatório do estudo encontra-se organizado em três partes. Com efeito, principiamos, na primeira parte, pelo enquadramento conceptual do estudo, abordando os conceitos basilares que o fundamentam. A problemática e conceitos centrais, envolvem uma contextualização da enfermagem perioperatória, seguindo-se uma abordagem das terminologias de enfermagem, centrada na sua história, evolução e estado da arte, descrevendo também o PNDS e o modelo teórico que tem por base. A finalidade e objetivos são também aqui traçados, bem como a justificação da pertinência do estudo.

Na segunda parte, traçamos os caminhos metodológicos que sustentaram o estudo, nomeadamente o desenho do estudo, o tipo de estudo, o(s) contexto(s) da investigação, os procedimentos para tradução e adaptação do *PNDS*, a recolha de dados (população e amostra, instrumento de recolha de dados, procedimentos para recolha dos dados, procedimentos de análise dos dados e considerações éticas que sustentaram o percurso da investigação).

Face à extensão do PNDS, constituído por um total de 398 itens, remetemos o estudo para a análise de parte do PNDS, nomeadamente os domínios (n=5) e atividades de avaliação inicial (n=50).

Na terceira parte faremos a apresentação, análise e discussão dos resultados. No final do relatório apresentamos as conclusões centrais do estudo e principais recomendações.

PARTE I – ASPETOS CONCEPTUAIS

In attempting to arrive at the truth, I have applied everywhere for information, but in scarcely an instance have I been able to obtain hospital records fit for any purposes of comparison.

Florence Nightingale

1. A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Neste capítulo, pretende-se explorar as tendências históricas que moldaram a enfermagem perioperatória e os acontecimentos que a tornaram no que é atualmente.

Ao rever a literatura disponível, verificamos que os artigos que descrevem o aparecimento e a evolução da enfermagem perioperatória são escassos e, no geral, pouco detalhados relativamente a esta temática. Numa revisão da literatura entre 1900 e 2015, nas bases de dados *Academic Search Complete*, *CINAHL plus*, *MEDLINE* e *Mediclatina*, pesquisaram-se artigos que contivessem no título as palavras-chave “*Perioperative AND Nursing*”, tendo surgido 265 artigos publicados, sendo que apenas 15 destes abordam de alguma forma a enfermagem perioperatória.

A história da enfermagem perioperatória está intrinsecamente ligada à história da cirurgia e higiene hospitalar (AESOP, 2006). Durante milhares de anos têm sido realizadas cirurgias, existindo evidência de atos cirúrgicos desde os tempos pré-históricos (Wade, 2012). Contudo, na Europa existem poucos registos detalhados de cirurgia até à época do Renascimento, quando esta aumentou a sua prevalência, com cientistas curiosos que se esforçavam para explorar e curar o corpo humano. No entanto, as taxas de infeção e mortalidade eram elevadas e os que sobreviveram foram frequentemente mal destinados por procedimentos grosseiramente executados. A maioria das cirurgias eram realizadas por barbeiros, homens hábeis na arte da cirurgia (mas sem formação médica formal) e que eram membros da Companhia de Cirurgiões-barbeiros (*Company of Barber-surgeons*), formada em 1540. O *Royal College of Surgeons* foi formado em 1800 (Meade, 1968, cit. por MacGarvey et al., 2000).

Não obstante, com a ausência de técnicas anestésicas, a cirurgia foi sendo severamente restringida ao que o doente consciente poderia suportar e a velocidade em que o *operador* pudesse trabalhar. Assim, a cirurgia foi sendo principalmente externa e mais dependente da avidez do que da capacidade do cirurgião (Hector, 1970 cit. por MacGarvey et al., 2000).

Com a chegada do século XX, o âmbito da cirurgia aumentou drasticamente, como resultado dos avanços científicos, na “Anestesia com éter” (descoberto em 1846), na “Anti-sepsia” (1867)”, na “Assepsia” (1886) e nos “Antibióticos” (1929) (Williams, 1989).

Cirurgias, que anteriormente tinham sido consideradas fatais ou impossíveis, foram realizadas com maior regularidade, habilidade e sucesso. Paralelamente a esses avanços veio o desenvolvimento de equipamentos mais refinados, instrumentação complexa, melhorando o tipo de sutura e material de penso para feridas, o que significa que os doentes tinham cada vez menos probabilidades de morrer de dor, induzida por choque, infeção ou hemorragia.

Um maior conhecimento e entendimento sobre a assépsia também significou que a prática anterior de “operar” na mesa da cozinha na casa do doente, se tornou inadequada (Bradley et al. 1988, cit. por McGarvey, 2000). Só depois de 1850, com as descobertas de Pasteur sobre a infeção e as teorias desenvolvidas por Florence Nightingale sobre a propagação da infeção, se começou de facto a dar importância à necessidade do isolamento do doente e ao controlo da infeção (AESOP, 2006). As primeiras salas especialmente construídas para a cirurgias surgem no final do século XIX, fornecidas com o equipamento mais moderno do tempo (McGarvey et al., 2000).

Os avanços médicos, nos séculos que se seguiram, levaram ao estabelecimento de hospitais e ao desenvolvimento de programas de formação de enfermagem no Reino Unido (1860) e nos EUA (1873). Em 1880, a passagem pelo departamento de cirurgia tornou-se parte da rotina dos programas de formação geral de enfermagem. O papel de auxiliar o cirurgião acabou por ser atribuído aos enfermeiros, porque possuíam as qualidades que eram necessárias para o trabalho cirúrgico nessa nova era. As guerras mundiais tiveram um impacto profundo sobre o papel do enfermeiro globalmente e sobre o papel do enfermeiro do departamento de cirurgia, em particular (MacGarvey et al., 2000). Na área cirúrgica, à medida que os procedimentos cirúrgicos se foram tornando mais complexos, foi sentida a necessidade de recorrer a um assistente qualificado, para colaborar com os cirurgiões, sobretudo no tratamento e na preparação dos materiais necessários à cirurgia (Wade, 2012; AESOP, 2006).

No final do século XIX, o BO tinha tanto prestígio que se tornou a primeira especialidade de enfermagem (Wade, 2012; MacGarvey et al., 2000; Riley &

Peters, 2000). Em 1889, na Universidade *Johns Hopkins*, foi reconhecida pela primeira vez no mundo, a área de BO enquanto especialização de enfermagem necessária, sendo criado o primeiro curso de especialização nessa área (AESOP, 2015). As funções de enfermagem naquela época envolviam o controlo do ambiente do doente, a prevenção da infeção, a preparação do equipamento necessário e os cuidados durante a cirurgia (Luce, 1901; Hector 1970, cit. por Wade, 2012). Já em 1989, um artigo de reflexão sobre as questões da enfermagem perioperatória, refere então o conceito de visita pré e pós-operatória, reportando que os doentes demonstravam beneficiar desta prática, com redução dos níveis de *stress*, redução das necessidades anestésicas e de analgesia, redução da ansiedade pré-operatória e alta hospitalar precoce. No entanto, a visita da equipa do BO nunca foi amplamente implementada, havendo uma lacuna entre o que era visto como sendo útil e o que estava de facto em uso (Wicker, 1989).

Na sala de operações, a mudança reflete-se numa maior responsabilização dos enfermeiros, desde a contagem de compressas e instrumentos, no posicionamento do doente, o uso adequado da eletrocirurgia e uma dotação adequada do BO. O cirurgião já não é visto como o total responsável pela segurança e cuidado ao doente (Wicker, 1989).

Em 1949, nos EUA, as enfermeiras chefes dos blocos operatórios, preocupadas com a criação de padrões de qualidade elevados da prática, na prestação de cuidados ao doente, reuniram-se com o objetivo de salvaguardar o seu papel na prestação de cuidados ao doente cirúrgico e afirmarem as suas competências nessa área, fundando a AORN (AESOP, 2006).

Preocupações semelhantes surgiram no Reino Unido, culminando com a formação da *National Association of Theatre Nurses* (NATN) em 1964 (McGarvey et al., 2000). Em 1983, com o intuito de defender os interesses das enfermeiras canadianas surgiu a *Operating Room Nurses Association of Canada* (ORNAC) (Wade, 2012).

A criação destas organizações profissionais foi um marco na história da enfermagem perioperatória. Nos anos seguintes, mais organizações profissionais foram formadas noutros países europeus, culminando na formação da *European Operating Room Nurses Association* (EORNA), em 1980. A preocupação com a

coletividade profissional na prestação de cuidados de enfermagem no BO tornou-se claramente um problema internacional. A primeira declaração oficial, definindo o cuidado ao doente no BO, foi publicada em 1969 pela AORN (Riley & Peters, 2000):

“A enfermagem profissional na sala de operações consiste na identificação das necessidades fisiológicas, psicológicas e sociológicas do doente e o desenvolvimento e implementação de um programa de ações de enfermagem individualizado, com base no conhecimento das ciências naturais e comportamentais, para restabelecer ou manter a saúde e bem-estar do doente antes, durante e após a intervenção cirúrgica” (AORN, 1969: p. 44).

Desde então, o entendimento conceptual da enfermagem no BO tem vindo a sofrer um contínuo aperfeiçoamento. Nos anos 70, a ênfase da enfermagem no BO mudou o seu tradicional limite geográfico para uma orientação mais temporal da avaliação pré-operatória do doente, dos cuidados intra-operatórios e da avaliação do pós-operatório, e o termo “enfermagem perioperatória” foi adquirindo aceitação. Nos anos seguintes, novas adaptações da presente definição emergiram, foi recomendado que o termo “papel perioperatório” passasse a ser utilizado, em vez de “enfermagem de sala de operações” (AORN, 1978). Este por sua vez foi substituído, em 1985, pelo termo “prática de enfermagem perioperatória” (AORN, 1985), no sentido de dar visibilidade à contínua evolução da enfermagem no contexto do BO.

Em Portugal, com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, com a necessidade de prevenir a infeção e, paralelamente, acompanhar e seguir o exemplo de outros países foi desenvolvido e impulsionado o aparecimento de enfermeiros no BO (ASEOP, 2006).

Em 1986 é fundada, em Portugal, a AESOP — Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses — defendendo que o trabalho dos enfermeiros tem que ser orientado pelo e para o doente, passando este a ser o alvo dos cuidados. A garantia da sua segurança física e emocional, prevenção da infeção e outros acidentes é da responsabilidade dos enfermeiros. Começa, assim, a nova era da enfermagem de sala de operações, no nosso país (AESOP, 2006).

Um marco histórico muito recente, foi a aprovação da especialidade de “Enfermagem Perioperatória” no dia 7 de maio de 2015, em assembleia geral da

Ordem dos Enfermeiros, por unanimidade, proposta apresentada resultante do trabalho conjunto entre a AESOP e a OE. O reconhecimento da individualização da especialidade perioperatória de acordo com o regulamento e segundo o articulado do artigo 6º - *Processo de Reconhecimento de Novas Especialidades*, constitui o presente de um futuro construído e reivindicado pela AESOP e que vem contribuir para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem (AESOP, 2015).

Em reconhecimento do trabalho e resultados da AESOP, durante a cerimónia de encerramento do 7.th *EORNA Congress* em Roma, a 10 maio de 2015 foi entregue à AESOP o Prémio *EORNA de Realização e Liderança*, na aprovação oficial do reconhecimento da especialidade de enfermagem perioperatória, em Portugal.

A relação entre os enfermeiros e os doentes é uma das relações cardinais existentes no BO. O objetivo central da relação é garantir a "passagem segura" dos doentes durante o tempo que eles permanecem no BO. Para muitos doentes, a entrada neste espaço tecnológico é acompanhada por sentimentos de medo e ansiedade. Fisicamente e emocionalmente vulneráveis, os doentes dependem fortemente da capacidade dos enfermeiros para complementar os componentes técnicos do seu papel com aspetos do cuidar. O enfermeiro perioperatório atua em diversos contextos e em qualquer fase do ciclo vital da pessoa, que necessite de procedimentos invasivos/cirúrgicos e anestésicos, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados e intervindo numa perspetiva de prevenção de complicações e promoção da saúde, bem-estar e autocuidado (AESOP, 2015).

1.1. Linguagem Classificada Em Enfermagem – história e evolução

Desde o primeiro livro de enfermagem escrito por Florence Nightingale em 1860, “*Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*” (Nightingale, 2005), numerosos artigos e livros foram publicados para descrever comportamentos ou tratamentos de enfermagem durante o curso de atendimento ao doente, tentando sistematizar e descrever a prática de enfermagem.

De facto, logo nos primórdios da Enfermagem, surgiam preocupações já em muito semelhantes às de hoje. Reportando-se a Florence Nightingale, Beya (2011) transcreve algumas afirmações de Florence Nightingale: “*Numa tentativa de chegar à verdade, eu procurei por todo o lado informação, mas nem por escassos momentos fui eu capaz de obter registos hospitalares passíveis de comparação*”. Podemos, nesse caso, considerar que Florence cedo detetou uma necessidade de informação relativa aos cuidados de saúde de então. Atualmente, grande parte dos peritos em informatização nos cuidados de saúde concordaria que a frase de Florence Nightingale é tão atual como há 150 anos atrás. Nos dias de hoje, a necessidade de informação ainda se mantém tão premente como há dois séculos (Beya, 2011).

Esta lacuna na produção de dados passíveis de comparação, condiciona a capacidade de a profissão de enfermagem desenvolver uma base científica para a sua prática e um modelo da prática baseada em evidência (Beya, 2011). De facto, já em 1997, Goossen afirmou que “*Se a Enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam de ter conhecimento e a capacidade de gerir adequadamente a informação e para aplicar a tecnologia da informação e da comunicação de forma inteligente na sua atividade de cuidar*” (Goossen, 1997: p.308). Não obstante a prematura deteção desta necessidade, a agregação de dados em enfermagem continua a ter limitações. A configuração dos dados é um aspeto primordial para a sua gestão. O volume de dados produzidos é decerto muito significativo, mas é necessário otimizar os processos que englobam a sua produção.

A organização de uma classificação *standardizada* de diagnósticos de Enfermagem foi introduzida de forma pioneira nos anos 70 por Gebbie e Lavin (1974) no seu artigo seminal “*Classifying Nursing Diagnoses*”. Um conceituado

grupo de teóricos de enfermagem formaram o *First Task Force Group to Name and Classify Nursing Diagnoses* (Primeiro Grupo para a Nomeação e Classificação de Diagnósticos de Enfermagem) em 1977, para continuar o desenvolvimento do trabalho iniciado por Gebbie e Lavin (Wong, 2008). O desenvolvimento e construção da classificação de diagnósticos de enfermagem levou à formação da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) em 1982. Como resultado da ampla pesquisa, testes, aceitação e expansão do termo diagnóstico de enfermagem, a NANDA ganhou *status* internacional e agora é conhecida como NANDA Internacional, tendo produzido a primeira classificação de Enfermagem aprovada pela ANA (American Nurses Association) — a *NANDA Nursing Diagnoses* (Wong, 2008).

Num esforço para aplicar o processo de enfermagem de forma mais eficaz, McCloskey e Bulechek (1985) compilaram uma lista de intervenções de enfermagem e publicaram o livro “*Intervenções de Enfermagem: tratamento para Diagnósticos de Enfermagem*”. Após esta publicação, McCloskey e Bulechek convocaram uma equipa de oito colegas investigadores de enfermagem da Universidade de Iowa, até então conhecido como o *Iowa Intervention Project Development Team* (IIPDT), que teve como objetivo *standardizar* a terminologia de intervenções de enfermagem na *Nursing Interventions Classification* (NIC – Classificação de Intervenções de Enfermagem) (Dochterman & Bulechek, 2004).

Na década de 1960, Aydelotte foi o primeiro a avaliar a eficácia da prestação de cuidados de enfermagem através de mudanças de comportamento e características físicas dos doentes (Marek, 1989). Para demonstrar a contribuição dos cuidados de enfermagem para o doente, investigação adicional foi conduzida por Hover e Zimmer (1978), Lalonde (1988), Lang e Clinton (1984) e Marek (1989) para determinar indicadores de resultados sensíveis/específicos aos cuidados de enfermagem.

O trabalho conduzido por Marek (1989) lançou as bases para o trabalho dos investigadores de enfermagem da Universidade de Iowa, até então conhecido como o *Iowa Outcomes Project Development Team* (IOPDT), no desenvolvimento da primeira edição do NOC (*Nursing Outcomes Intervention* — Classificação de Resultados de Enfermagem) publicado em 1997 (Moorhead, 2004).

A ANA, com o intuito de assegurar a visibilidade da enfermagem nos sistemas de informação usados nos Estados Unidos para reembolsos, ou outros objetivos, realizou uma proposta à Organização Mundial de Saúde (OMS), no sentido de incluir a taxonomia da NANDA, uma versão especialmente adaptada, na 10.^a Classificação de Doenças (ICD10). A proposta foi rejeitada, não pelo conteúdo da proposta, mas porque a OMS não considerou razoável existir uma classificação internacional desenvolvida por um único país. Seguidamente, a ANA abordou o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), e a ideia para a criação da CIPE avançou, tendo o projeto sido iniciado pelo CIE em 1990 (Gordon, 1998).

A CIPE pretende descrever a prática de enfermagem mundialmente, favorecendo a visibilidade da contribuição da enfermagem nos sistemas de informação. A sua estrutura compreende termos inerentes e relevantes para a prática, permitindo a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para descrever os fenómenos de interesse para enfermagem (Silva et al., 2012).

Na área da saúde, a informatização veio trazer numerosos avanços, nomeadamente, na área dos sistemas de informação eletrónicos. Ora, os enfermeiros representam o maior grupo profissional do sistema de saúde e, como tal, produzem grandes quantidades de informação cuja natureza a torna difícil de gerir. Uma vez que a linguagem carece de estrutura, não é viável a sua informatização (Silva, 2000). Daqui se infere, que os esforços na produção sistemas de classificação em enfermagem são requisitos essenciais para a sua representação nos sistemas de informação em saúde.

Para Pereira (2009: p.57) *“A existência de múltiplos contextos e unidades de cuidados que utilizam “SI do tipo I” (Silva, 2001: p.304), dada a sua natureza estrutural e filiação na “tradição Scripto” tem constituído um enorme obstáculo à agregação de dados e geração de conhecimento a uma escala mais abrangente.”* Na década de noventa, um projeto de pesquisa pioneiro na área de Sistemas de Informação em Enfermagem foi realizado em Portugal por Silva (1995). Com base nos resultados desse projeto, um modelo de dados de enfermagem foi experimentalmente integrado nos SIE de três hospitais portugueses. Posteriormente, Sousa e colaboradores (1999) reproduziram o projeto em três centros de saúde no norte de Portugal. Como resultado desses projetos e da disponibilidade de dados de enfermagem armazenados eletronicamente nos SI dos hospitais e dos centros de saúde localizados na Unidade de Saúde Local de

Matosinhos, uma plataforma de integração de dados foi construída para permitir em tempo real, a troca de dados entre o hospital e centros de saúde (Pereira et al., 2010). A existência de uma rede que permita a comunicação entre instituições de saúde poderá beneficiá-las duplamente, porque ao permitir aos profissionais de saúde a utilização das ferramentas que envolvam tecnologias de informação, permitem que estes mantenham ativa uma troca informal de experiências enriquecedora das estruturas da organização, bem como os seus objetivos de produtividade (Sousa, 2006).

De facto, os benefícios da informatização dos registos de enfermagem, com recurso a taxonomias de enfermagem, são cabais. Esses benefícios incluem: melhor comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde, o aumento da visibilidade das intervenções de enfermagem, melhor atendimento ao doente, a colheita de dados sistematizada para avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem, maior adesão a *standards* da prática e avaliação de competências dos enfermeiros. As implicações major são aquelas que se poderão repercutir na área da educação, gestão e investigação, contribuindo de forma paradigmática para a disciplina.

1.2. Linguagem Classificada Em Enfermagem — estado da arte

A análise, desenvolvimento e a síntese de conceitos, e de outros termos referem-se ao processo rigoroso de trazer clareza à definição de conceitos usados em ciência. A análise e desenvolvimento de conceito são procedimentos frequentemente utilizados em enfermagem, e são geralmente referentes ao processo de pesquisa que os examina no seu nível de desenvolvimento, uma vez que revelam a sua estrutura interna, uso, representatividade, e relação com outros conceitos. Com efeito, análise de conceito explora o seu significado promovendo a sua compreensão e o seu desenvolvimento, metodologia que se torna fundamental para o desenvolvimento de teorias, para a investigação e até mesmo para a prática clínica (McEwen & Wills, 2011).

A análise do conceito central deste estudo, classificação de enfermagem, foi realizada com base na metodologia de Walker e Avant (2005). Esta é uma das metodologias de análise de conceito que permite um exame rigoroso e estruturador, contribuindo para a explanação de conceitos basilares. A análise

procedeu-se de acordo com os seguintes passos: seleção do conceito; determinação de metas e objetivos da análise conceptual; identificação dos possíveis usos do conceito; determinação dos atributos críticos ou essenciais (elementos diagnósticos diferenciais do fenómeno), dos eventos antecedentes (determinantes da sua ocorrência) e dos consequentes do conceito (eventos que resultam da sua presença); criação do caso modelo e dos casos adicionais; identificação dos referenciais empíricos (Walker & Avant, 2005).

Como objetivos da análise conceptual foi determinante: compreender como é definido o conceito na literatura científica mais recente; clarificar o conceito classificação de enfermagem; identificar a utilização do conceito; identificar os atributos definidores; construir o caso modelo e casos adicionais; definir antecedentes e consequentes; definir os referenciais empíricos; e produzir uma definição operacional do conceito.

Após seleção do conceito objeto de análise e dos objetivos, foi realizada uma revisão da literatura para consubstanciar a sua análise conceptual. Desta feita, a pesquisa foi realizada no motor de busca *Ebscohost*, selecionando as bases de dados *MEDLINE*, *CINHAL* e *MedicLatina* num período compreendido entre 2008 e 2014 (até 6 de Junho de 2014, data de pesquisa), usando as palavras-chave: ((classification OR ontology OR terminology OR taxonomy) AND nursing)), como título. Como critérios de inclusão foram definidos: a disponibilidade do texto integral e a língua (inglês, português ou espanhol). Da pesquisa resultaram 72 artigos, que foram exportados para o aplicativo *ENDNOTE*[®], fazendo-se através do mesmo, exclusão dos artigos repetidos (24); um artigo alemão e um chinês foram também excluídos. Após leitura dos resumos dos restantes 46 artigos, procedeu-se à exclusão de 23, por não se enquadrarem no tema, dando um resultado final de 23 de artigos, para a análise conceptual.

Na revisão da literatura, no que concerne ao idioma dos artigos, houve predominância dos artigos publicados em inglês (87%, n=20), enquanto os restantes eram publicados em português (13%, n=3). O maior número de publicações deu-se nos Estados Unidos (n=10), seguido dos estudos europeus (n=7), em que três eram finlandeses, um português, um alemão, um belga e um norueguês. Existe um estudo do Canadá e um número considerável de estudos do Brasil (n=6). Relativamente ao ano de publicação, em 2009 a produção de

artigos foi muito superior sendo que de 2011 até agora os estudos são muito poucos.

Walker e Avant (2005) referem como atributos as características definidoras do conceito, funcionando como elementos para o diagnóstico diferencial, isto é, estas características permitem identificar claramente o que é o conceito. Os atributos definidores do conceito recolhidos da literatura revista foram selecionados não apenas de acordo com o número de artigos que suportavam o atributo, mas também com a relevância que lhes foi atribuída, o que se irá refletir na definição operacional do conceito.

O atributo mais representativo referenciado foi: padrão internacional para a descrição da prática de enfermagem, incluído em nove dos artigos em análise. De seguida, os atributos mais referenciados foram: linguagem comum/unificada (n=5); estrutura unificada e consensual (n=4); fidelidade, ou seja, sistemas de classificações diferentes devem usar termos semelhantes quando descrevem a prática de enfermagem (n=4); utilidade clínica (n=3); validade (n=2); de compreensão universal (n=2); sistema dinâmico (n=1); abrangência (n=1); instrumento de informação (n=1).

De acordo com Walker e Avant (2005), antecedentes são os eventos ou incidentes que antecedem a ocorrência do fenómeno. Os antecedentes do conceito classificação de enfermagem são: os modelos conceptuais de enfermagem (1950) (n=1); avaliação de conceitos (pois as definições são essenciais para organizar o conhecimento) (n=1); pensamento reflexivo/atividade intelectual (n=2), processo de Enfermagem (1970) (n=2); investigação (n=2); reconhecimento (*acceptance*) (n=1).

Os consequentes representam eventos ou incidentes que resultam da ocorrência do fenómeno (Walker & Avant, 2005). Os consequentes identificados foram subdivididos entre os referentes à enfermagem e os referentes diretamente ao doente, sendo que as categorias não têm carácter vinculativo, apenas orientador. Assim, dos que se referem à enfermagem importa salientar: a construção e utilização do corpo próprio de conhecimento (n=3); definição da enfermagem como profissão global (n=2); suporte na tomada de decisão (n=2); facilitador da comunicação multiprofissional (n=3); aumento da visibilidade dos cuidados (n=2); incentivo à investigação (n=4); melhoria na documentação (n=5); comparação de dados (nacional/internacional) (n=3); gestão dos recursos humanos de

enfermagem (n=2); informatização dos registos de enfermagem (n=4); uso na gestão das unidades de saúde (n=1); uso no ensino de enfermagem (n=4); partilha de informação (n=1); desenvolvimento de diretrizes da prática baseada na evidência (n=2); indicador da prática competente de enfermagem/descrição da intensidade do trabalho de enfermagem (n=5); mapeamento de classificações; análise de custos (n=2); agregação de dados (n=2); uso em assuntos legais (n=2).

No que se refere aos doentes: contributo para o processo de saúde dos doentes (n=5); contributo para a qualidade (e duração) de vida dos doentes (n=2); avaliação necessidades dos doentes (n=2); continuidade de cuidados (n=1); atingimento de resultados /indicadores de resultado(n=2); satisfação do doente (n=1); segurança do doente (n=1).

A metodologia utilizada revelou-se uma metodologia extremamente objetiva e estruturada na análise do conceito classificação de enfermagem, permitindo o exame das várias componentes, bem como a produção de uma definição operacional do mesmo.

Desta forma, classificação de enfermagem pode ser definida como um padrão para a descrição da prática de enfermagem, baseado numa estrutura unificada e consensual, que utiliza uma terminologia comum, de compreensão universal. Define-se como um instrumento de informação que possui abrangência, fidelidade, e validade na representação dos conceitos, que detêm utilidade clínica para a enfermagem.

A revisão sistemática é um outro recurso importante, que consiste numa forma rigorosa e estruturada de sintetizar as evidências resultantes de uma pesquisa relacionada com um problema específico. Ora, no sentido de avaliar o estado da arte das terminologias de enfermagem, foi conduzida uma revisão sistemática integrativa. As revisões integrativas são o tipo de revisão mais abrangente, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais no sentido de compreender de forma mais aprofundada um fenómeno de interesse, podendo também abranger dados de estudos teóricos e empíricos (Whittemore & Knafl, 2005).

O uso de uma terminologia de enfermagem, lançando mão dos avanços tecnológicos, tem o potencial de aumentar a produtividade do trabalho de enfermagem, o rigor e a eficácia, podendo melhorar, significativamente, a

qualidade dos cuidados. Contudo, o uso inconsistente de uma linguagem classificada de enfermagem ainda é uma realidade tanto na área clínica como na acadêmica (Kripps, 2008). O desenvolvimento de sistemas informatizados que permitam registrar e gerir os dados de enfermagem, gerando informação que represente a contribuição da enfermagem para os cuidados de saúde são decisivos e têm implicações no desenvolvimento da enfermagem como profissão e como disciplina.

O objetivo desta revisão foi caracterizar a produção científica na área das terminologias de enfermagem, abrangendo características previamente definidas, tais como: país de origem, ano de publicação, área de enfermagem, metodologia de pesquisa e terminologias utilizadas, no sentido de descrever o estado da arte nesta área temática.

Foi utilizado o desenho de uma revisão integrativa, uma vez que sintetiza a literatura teórica e empírica para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno (Broome, 1993), além de contribuir para o desenvolvimento da teoria. Além disso, é a única abordagem que permite a combinação de diversas metodologias (Cooper 1998; Whittmore & Knafl, 2005). De acordo com Whittmore e Knafl (2005), a fase de pesquisa da literatura de uma revisão integrativa deve incluir os termos de pesquisa, as bases de dados utilizadas, estratégias de pesquisa adicionais e os critérios de inclusão e exclusão para determinar fontes primárias relevantes.

A recolha da informação para este estudo decorreu em Junho de 2014 nas bases de dados *Academic Search Complete*, *CINAHL plus*, *MEDLINE* e *Mediclatina*. Um filtro de pesquisa sensível foi desenhado, incluindo as seguintes palavras-chave: ('Terminology' OR 'classification' OR 'taxonomy' OR 'nomenclature' OR 'ontology' OR ('data AND set') AND 'nursing'). A pesquisa foi realizada em 12 de junho de 2014, usando os restritores: período compreendido entre 2004-2014 e artigos com as palavras-chave contidas no "título". Os critérios de inclusão definidos foram: acesso ao texto integral; artigos científicos, em inglês, português e espanhol; artigos referentes a terminologias de enfermagem, ou que usassem as terminologias como base da temática abordada no artigo. Os estudos foram excluídos se utilizassem outro tipo de classificações, que não representassem

terminologias de enfermagem para a documentação de cuidados, tais como classificações de doentes ou outras.

A estratégia de pesquisa identificou 386 artigos. Após exclusão dos artigos duplicados, restaram 177 referências. O texto integral de 27 artigos não estava disponível. O texto dos restantes 140 artigos foi examinado para determinar se cumpriam os critérios previamente descritos. Um total de 26 artigos não eram científicos, tais como revisões de livros e cartas ao autor. No total, 80 dos 140 estudos foram incluídos para análise. O fluxograma do processo de inclusão/exclusão é apresentado na Figura 1.

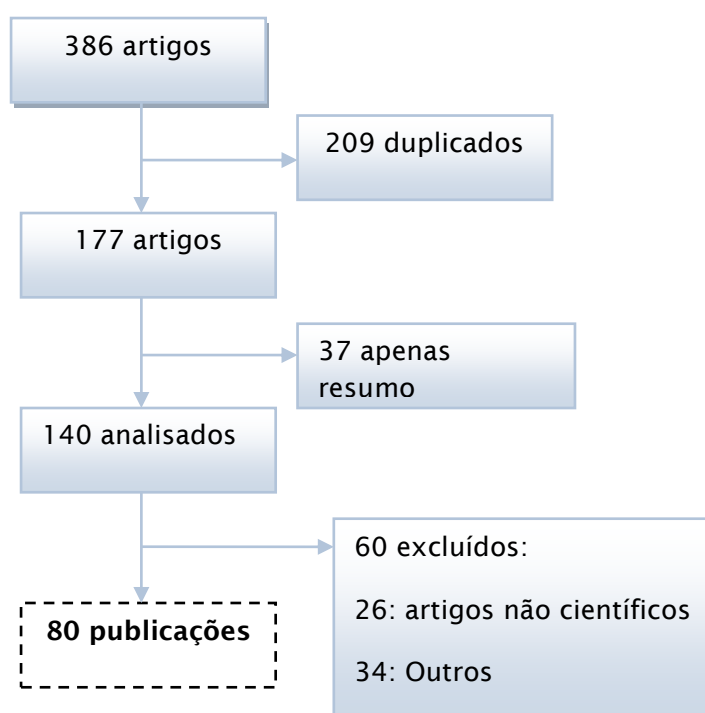


Figura 1. Fluxograma da seleção de publicações

A etapa da *análise de dados* de uma revisão integrativa consiste de redução de dados, visualização/comparação de dados, conclusão, desenho e verificação. As variáveis escolhidas para análise das publicações foram: país, autor, ano de publicação, tipo de artigo/estudo, terminologias focadas nos estudos e temas ou áreas a que os artigos se referem. Os gráficos que revelam a distribuição dos resultados encontram-se no ANEXO I.

No que se refere à distribuição geográfica das publicações (gráfico 1), dos estudos identificados, 35 eram norte-americanos, 7 artigos eram do Brasil, 5 eram finlandeses, outros 5 coreanos, e entre $n = 3$ e $n = 1$ eram da Irlanda, Itália,

(n = 3), Portugal, Noruega, Alemanha, Canadá, Holanda, (n = 2), Islândia, Inglaterra, Bélgica, Tailândia, Suécia, Paquistão, Nova Zelândia e Israel, (N = 1).

Quase metade dos artigos identificados centram-se no estudo das próprias terminologias. A CIPE (n=21), a NIC - *Nursing Interventions Classification* (n=20) e a NOC - *Nursing Outcomes Classification* (n=16) foram as terminologias mais estudadas. O PNDS foi focado em nove dos artigos, tal como a NANDA International e a SNOMED CT - *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms*. Seguidamente, as mais usadas foram: ICF - *International Classification of Functioning, Disability and Health Classification* (n=6), CCC - Critical Care Classification System (n=5), Omaha System (n=5), HHCC - Home Health Care Classification (n=4), CIND - Critical Incident Nursing Diagnosis (n=4), LOINC - Logical Observation Identifiers Names & Codes (n=4).

A distribuição de artigos no que se refere à categoria temática (gráfico 4), demonstra que quase 50% dos artigos se concentra apenas no estudo das terminologias *per si* (n = 39). Por outro lado, as áreas específicas predominantes nas publicações foram geriatria (n = 9), o doente crítico (n = 7), cardiologia (n = 4), reabilitação (n = 3) e enfermagem perioperatória (n = 3). Outras áreas ou temas que surgiram foram oncologia, pediatria, saúde mental, erros nos cuidados, nutrição, enfermagem em catástrofe, passagem de turno (*nursing handover*), cirurgia, administração em enfermagem, VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana, comunidade e área hospitalar. De acordo com o tipo de metodologia das publicações (gráfico 5 - tipo de estudo), existe uma clara predominância de estudos do tipo qualitativo (n=21), seguidos dos estudos quantitativos (n=16), descritivos (n=13) e exploratórios (n=3). Das publicações, três estudos eram mistos, em dez dos estudos houve recurso a grupos de peritos, e outros dez constituíram estudos *Delphi*. Foram efetuadas apenas duas revisões sistemáticas, e sete eram estudos de validação, três deles sem necessidade de tradução do instrumento. Dez dos artigos incluídos eram teóricos e dois constituíam reflexões. A procura e sistematização de publicações sobre o tema foi uma forma de definição do estado da arte das terminologias de enfermagem. Podemos notar que os resultados revelam uma diminuição considerável dos artigos ao longo dos anos de publicação (gráfico 2), mostrando a necessidade de intensificar o trabalho sobre terminologias de enfermagem, uma vez que representam uma ferramenta estrutural para a disciplina.

Os resultados também permitiram a identificação de alguns factos, como a totalidade das publicações em língua inglesa e em revistas internacionais. Também foi possível identificar que os artigos descrevem as tendências de

enfermagem atuais dado que eles extrapolaram as áreas hospitalares, sendo que vários se centram no que as linguagens de enfermagem podem otimizar nas diversas áreas do conhecimento, tais como: pediatria, oncologia, saúde mental, reabilitação, enfermagem de catástrofe, cardiologia, enfermagem perioperatória, etc. (gráfico 4). Dos estudos centrados nas terminologias *per si* (n=39), revelou-se uma tendência crescente no mapeamento de terminologias: validação do mapeamento das ações prescritas para doentes ortopédicos na NIC (Almeida et al., 2010); mapeamento dos conceitos da *Swedish VIPS* para intervenções de enfermagem, integrando o modelo de referência ISO (*International Organization for Standardization*) para ações de enfermagem, uma análise colaborativa escandinava (Ehnfors, 2006); mapeamento entre três terminologias com base no *standard* de referência internacional para o modelo de terminologias de enfermagem (Goossen, 2006) e a harmonização de terminologias da OMS (Kim & Coenen, 2011).

A tradução e validação também se salientou, existindo alguns estudos, nomeadamente: a tradução e validação da NIC para o contexto enfermagem de cuidados agudos na Islândia (Gudmundstir et al., 2004); a tradução, validação e teste do PNDS na Coreia do Sul (Park et al., 2007); a validação inicial dos resultados do PNDS na Finlândia (Lamberg et al., 2013). Curiosamente, surgiu apenas um estudo na área do desenvolvimento de catálogos/subconjuntos, um estudo descritivo para a construção de um catálogo baseado na *Nursing international classification in heart failure* (Linns, 2011).

Foi evidenciado o crescente interesse pelos enfermeiros sobre a utilização de conjuntos de dados, o que pode ser explicado pela necessidade de informação consistente e disponível no mais curto período de tempo possível no sentido de garantir uma elevada qualidade e utilização otimizada dos recursos humanos e materiais. O uso de terminologias estandardizadas permite efetivamente uma agregação estruturada de dados, nesse sentido providencia uma ferramenta para a representação do conhecimento de enfermagem, com rigor, fidelidade e validade de conteúdo (Reis & Heimar 2006).

Informação essencial para os enfermeiros pode ser obtida a partir de sistemas de informação, portanto, é essencial a adoção de terminologias de enfermagem capazes de traduzir a sua essência. Os vocabulários de enfermagem ou

taxonomias são relevantes na descrição, registo e gestão dos dados do doente (Reis & Heimar, 2006).

Com esta revisão pretendeu-se obter uma visão global do uso das terminologias de enfermagem na representação da evidência científica. Não obstante os esforços serem já significativos, a extração e uso de dados dos sistemas de informação de enfermagem ainda é inconsistente a nível clínico e, os estudos de validação e mapeamentos de terminologias ainda não chegaram a um nível de produção de consistente e devidamente estruturado, existindo ainda lacunas e solidez nos processos de conceptualização e na abrangência dos estudos.

1.3. PNDS: Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória

A AORN é uma organização profissional, sem fins lucrativos, com sede em Denver (Colorado) integra 40 000 enfermeiros, comprometidos em providenciar cuidados perioperatórios de enfermagem de qualidade, permitindo resultados ótimos para doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos ou invasivos. Representa os interesses de mais de 160 mil enfermeiros perioperatórios, fornecendo ensino de enfermagem, padrões e recursos para a prática clínica. A sua visão é representar um recurso indispensável para prática baseada na evidência e educação, que estabelece os padrões de excelência na prestação de cuidados de enfermagem perioperatória (Beya, 2011). No contexto da enfermagem perioperatória, em 1993, a AORN iniciou um projeto com o objetivo de desenvolver uma linguagem para a enfermagem perioperatória, o PNDS, uma vez que considerava que as terminologias existentes não preenchiam as necessidades e especificidades da sua prática (Juntilla, 2002). O seu objetivo inicial era desenvolver uma linguagem unificada, que tornasse sistematicamente possível quantificar o trabalho de enfermagem, codificá-lo e representá-lo num sistema de informação informatizado no contexto perioperatório. Como objetivo central desta iniciativa, a AORN pretendia promover o reconhecimento da enfermagem perioperatória pelas suas capacidades e conhecimentos específicos e a sua contribuição para os resultados dos cuidados prestados aos doentes perioperatórios (Beya, 2002).

Em fevereiro de 1999, o PNDS recebeu o reconhecimento do *American Nurses Association (ANA) Committee on Nursing Practice Information Infrastructure*, como um conjunto de dados relevante para a prática da enfermagem perioperatória. O PNDS é uma linguagem classificada de enfermagem controlada

e estruturada. Constitui-se como a única linguagem focada especificamente na enfermagem perioperatória. Este vocabulário constitui um primeiro passo, basilar no sentido de descrever a contribuição dos enfermeiros perioperatórios, para os cuidados seguros ao doente perioperatório (Beya, 2011).

Este projeto de seis anos culminou no desenvolvimento de uma linguagem padronizada para a enfermagem perioperatória, que é passível de automatização e foi reconhecida como uma linguagem clínica única. Muitos peritos voluntários da área da enfermagem perioperatória, bem como consultores da equipa da AORN, participaram ativamente neste projeto. Como resultado do trabalho desenvolvido, delinearão os domínios da prática circunscrevendo-os em respostas comportamentais, segurança, respostas fisiológicas e sistema de saúde, que vêm constituir o quadro conceptual e agregador na documentação da assistência ao doente.

À implementação desta iniciativa associa-se uma melhoria da qualidade global, reunindo conteúdo essencial para a educação, norteando a investigação clínica, possibilitando algoritmos clínicos estatísticos reais, categorizando o custo das intervenções de enfermagem, desenvolvendo o ensino pré-operatório do doente, contribuindo para indicadores de qualidade (*benchmarking*), e para a formulação de políticas de ensino, contendo a essência da enfermagem perioperatória (Kleinbeck, 1999). O PNDS está integrado num circuito baseado na evidência, estando baseado nos *standards* e práticas recomendadas da AORN, usadas pelos enfermeiros perioperatórios para providenciar cuidados ao doente (Beya, 2011).

Para qualquer nomenclatura permanecer viável, todos os enunciados devem estar devidamente definidos, devem ser clinicamente relevantes, comuns a todos os casos, e consistentes ao longo do tempo. O PNDS preenche estes critérios, uma vez que:

- Cada diagnóstico, intervenção, resultado ou enunciado está claramente definido;
- Os enunciados de enfermagem estão em direta relação com os cuidados antes, durante e após a cirurgia;
- As definições permanecem adequadas independentemente do contexto de cuidados, região ou país;

- E as definições são verdadeiras independentemente do momento do dia ou do momento do ano em que o procedimento é executado (Kleinbeck, 1999; Beya, 2011).

A mais recente versão do PNDS é o *Perioperative Nursing Data Set 3.rd Edition*, e possui os seguintes enunciados:

- Um total de 151 intervenções, das quais 50 são atividades de avaliação inicial, 73 Intervenções de implementação e 28 Intervenções de avaliação;
- 208 diagnósticos;
- e, 39 resultados.

Surge em 2002, o primeiro estudo de tradução do PNDS intitulado: “*Initial Validation of the Perioperative Nursing Data Set in Finland*”, tendo como objetivo explorar a relevância do PNDS na Finlândia. Usou como método a técnica de *Delphi* (com 10 participantes), tendo sido conduzida também uma análise de 134 artigos da revista da *Finish Operating Room Association*. Todos os resultados do PNDS foram considerados relevantes, 86% dos diagnósticos e 87% das intervenções foram considerados relevantes. O painel *Delphi* sugeriu, e a análise de conteúdo dos artigos revelou, 6 novos resultados, 43 novos diagnósticos e 11 novas intervenções. O consenso foi atingido em 77% do instrumento. O IVC (Índice de Validade de Conteúdo) foi usado na avaliação dos itens. Como conclusão, o estudo considerou que o PNDS pode ser usado para descrever a enfermagem perioperatória na Finlândia, contudo maior conceptualização e validação são necessárias antes de aplicar o PNDS na prática clínica deste contexto (Junttila & Salanterä, 2002).

Mais trabalhos têm sido feitos na Finlândia, Junttila (2005) no seu doutoramento usou a análise de conteúdo para identificar termos que descrevessem as intervenções dos enfermeiros perioperatórios, a partir da documentação de 250 doentes, comparando-a com as intervenções de enfermagem do PNDS. Em 2010, Junttila testou a relevância clínica dos diagnósticos de enfermagem, usando-os na documentação de 250 doentes, depois fazendo uma avaliação das atitudes dos enfermeiros face aos diagnósticos de enfermagem. Estes trabalhos deram origem ao *Perioperative Nursing Data Set Finish version*, que consiste em diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, mas não inclui resultados, que na validação inicial foram considerados difíceis de mensurar (Junttila & Salanterä, 2002).

Em 2013, Lamberg e colaboradores conduzem um estudo para determinar a aplicabilidade dos resultados de enfermagem do PNDS *2.nd Edition.*, e testar o uso dos resultados através da exploração da relevância dos indicadores de resultado para oito resultados selecionados. Este estudo descritivo, concentrou-se na avaliação de conteúdo dos resultados do PNDS, recorreu a um painel de peritos (n=39), enfermeiros perioperatórios representando a prática clínica e a gestão (n=29), e cirurgiões e anestesistas (n=10), de 14 departamentos cirúrgicos. Foi avaliado o primeiro instrumento (questionário com 28 resultados) e numa segunda ronda um segundo instrumento (9 resultados com inclusão de indicadores de resultado). Foi usado o IVC (Índice de Validade de Conteúdo) e escalas tipo *Likert*, sendo que 80% dos resultados foram considerados relevantes.

No Canadá existe também evidência de uso do PNDS por enfermeiros, no estudo *“The Entry of PNDS in Canada”*, definições e enunciados dos resultados, particularmente na articulação com administradores politicamente sensíveis, com o intuito de demonstrar o valor do enfermeiro perioperatório, no momento em que tentam, afincadamente, reduzir custos hospitalares, nomeadamente na dotação de funcionários e materiais. O objetivo último é ter uma linguagem comum que suporte a tomada de decisão e a aprendizagem contínua em cada faceta da enfermagem perioperatória no Canadá (Pocock, 2007).

Relativamente ao Brasil são conhecidos alguns esforços, por enfermeiras americanas, que na sua primeira visita ao país obtiveram informações contrárias ao que era esperado pelos EUA. A enfermagem no Brasil, em pelo menos duas grandes áreas metropolitanas, é sofisticada e moderna, possuindo acessos rodoviários repletos de tráfego, salas de operações em centros de elite, esforçam-se para seguir os padrões da AORN. O objetivo desta visita foi promover uma futura tradução do PNDS em Português, a língua do Brasil (Kleinbeck, 2007). Também no Brasil, uma tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências (*“Estudo comparativo de dois métodos de registro de diagnósticos e intervenções de enfermagem em doentes durante o transoperatório de cirurgia de revascularização do miocárdio”*), teve como objetivo comparar dois métodos, a SAEP (Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória) e o PNDS, em relação às frequências e concordâncias em percentagem dos registos de

diagnósticos e intervenções de enfermagem nos domínios: segurança, respostas fisiológicas, respostas comportamentais do doente e família (Ribeiro, 2006).

Na Coreia do Sul foi realizado um trabalho de tradução, validação e teste do PNDS. Este instrumento, em coreano, foi testado em termos de validade e relevância no contexto perioperatório na Coreia, através de um estudo exploratório envolvendo 142 enfermeiros. A validade da versão revista e modificada do PNDS traduzida para Coreano foi testada por cinco membros da KAORN (*Korean Association of Operating Room Nurses*) e cinco peritos da área clínica e académica de enfermagem. Algumas alterações foram sugeridas e a adição de alguns itens foram também recomendados. Em termos globais, os peritos indicaram que o PNDS representa a prática da enfermagem perioperatória adequadamente e é passível de descrever e ser usado na documentação da enfermagem perioperatória na Coreia do Sul. No estudo exploratório para avaliar o instrumento, uma amostra de 142 enfermeiros de hospitais urbanos terciários foi usada para identificar as perceções dos enfermeiros relativamente:

- À incidência dos diagnósticos em doentes;
- Uso dos diagnósticos no cuidado ao doente;
- Importância das intervenções de enfermagem no cuidado ao doente;
- *Performance* das intervenções de enfermagem.

Está em desenvolvimento um trabalho de mapeamento entre o PNDS e a CIPE® desde 2006, cujo objetivo é explorar a oportunidade para o mapeamento do PNDS 2.nd Edition para a CIPE®. O método para a validação do mapeamento CIPE® e PNDS foi acordado mutuamente pela AORN e CIPE®. Os resultados deste estudo irão ajudar na preparação de um futuro projeto para mapear o PNDS Versão 3.0 para CIPE®.

1.3.1. O Modelo Perioperatório centrado no Doente

O Modelo Perioperatório centrado no Doente (MPD – *Perioperative Patient Focused Model*) é a teoria de enfermagem que está na base do PNDS e que foi desenhada para incorporar a prática profissional do enfermeiro perioperatório (Rothrock & Smith, 2000; AORN, 2007) e representar a atividade profissional dos enfermeiros no cuidado ao doente antes, durante e após a cirurgia (Kleinbeck & McKennet, 2000).

O processo de produção e desenvolvimento de teorias de enfermagem iniciou-se nos anos 60, tendo surgido concomitantemente a necessidade de identificar critérios ou desenvolver mecanismos para determinar se essas teorias serviam o propósito a que se propunham. Como tal, o primeiro método a descrever, analisar e criticar teorias foi publicado em 1968 (McEwen, 2011). Diversas metodologias envolvendo processos de avaliação de teorias têm sido propostas ao longo das décadas por vários autores, baseando-se num exame sistemático e global das teorias, não pretendendo produzir novo conhecimento, mas fornecendo novas perspectivas acerca destas.

No contexto da investigação, a avaliação de uma teoria ajuda a clarificar a forma e estrutura da teoria a ser testada ou permite ao investigador determinar a relevância do conteúdo da teoria para uso como modelo conceptual (McEwen, 2011). Para o enquadramento do Modelo Perioperatório Centrado no Doente foi usada a metodologia recomendada por McEwen (2007), o Modelo Sintético de Avaliação da Teoria, que foi produzido tendo por base a revisão e comparação de variados métodos de avaliação de teorias. Esta metodologia compreende três etapas essenciais: descrição da teoria, análise da teoria e avaliação da teoria, ou crítica, sendo esta a última fase do processo.

A descrição da teoria é o passo inicial no processo de avaliação, na qual os trabalhos de uma teoria são revistos com foco no contexto histórico, sendo também examinados estudos relacionados para a obtenção de um entendimento claro dos componentes estruturais e funcionais da teoria. Esta etapa permite centrar-nos em aspetos essenciais, tais como o âmbito ou nível da teoria, a sua

finalidade, as origens da teoria, os principais conceitos, as proposições teóricas, os seus pressupostos e avaliar se o contexto para o uso está descrito.

No que se refere à descrição do MPD, podemos afirmar, de acordo com Kleinbeck e McKennet (2000), que o modelo foi desenhado para representar a atividade profissional dos enfermeiros no cuidado ao doente antes, durante e após a cirurgia, podendo ser, por conseguinte, considerada uma teoria de âmbito prático. Por outro lado, as partes que compõem o modelo são baseadas na investigação e em conjunto “*podem servir como os “tijolos” para a construção de uma teoria de médio alcance para a prática da enfermagem perioperatória*” (Kleinbeck, 1999, p.18). Atendendo à finalidade, esta teoria visa incorporar a prática profissional do enfermeiro perioperatório (Rothrock & Smith, 2000; AORN, 2007) e representar a atividade profissional dos enfermeiros no cuidado ao doente antes, durante e após a cirurgia (Kleinbeck & McKennet, 2000).

A sua origem deu-se em 1998, quando o quadro de diretores da AORN nomeou uma equipa – *Project Team* – para proceder à seleção de um modelo perioperatório, encarregando-a de realizar uma avaliação dos modelos teóricos de enfermagem existentes e de recomendar um que fosse possível incorporar na prática da enfermagem perioperatória. Após revisão da literatura e análise crítica dos quinze modelos teóricos selecionados usando o método de *Barnum*, dez das teorias foram consideradas pelo comité como resultado de uma reunião. Em fevereiro de 1999, foi levado a cabo o trabalho final de revisão pela *Project Team*, tendo por fim selecionado um modelo desenvolvido pela *AORN’s Data Commitee*.

Os principais conceitos da teoria, devem estar devidamente definidos e explanados (McEwen, 2011), e são: doente perioperatório, enfermeiro perioperatório, enfermagem perioperatória, respostas fisiológicas, respostas comportamentais, sistema de saúde, intervenções de enfermagem, resultados (outcomes), e diagnósticos de enfermagem.

As proposições teóricas em que assenta a teoria são as seguintes:

- O MPD é a estrutura conceptual para o PNDS e o modelo para a prática da enfermagem perioperatória (figura1);
- O modelo é centrado no doente, o que representa claramente e enfaticamente o cuidado ao doente perioperatório. Não obstante o contexto da prática, a localização geográfica, ou a natureza da população em que se insere o doente, não há nada mais importante para o

enfermeiro perioperatório do que o seu doente. Este modelo torna o conceito do cuidado ao doente “visível” em todas as variáveis do contexto cirúrgico;

- O modelo centra-se nos resultados;
- O modelo representa o “mundo real” da prática dos enfermeiros perioperatórios e tem utilidade para os enfermeiros da prática, do ensino e investigação;
- O modelo, como um todo, ilustra a dinâmica da experiência do doente perioperatório e a presença do enfermeiro durante esse processo (Beya,2007).

Os pressupostos em que assenta esta teoria defendem que o doente e a sua família, representam o core do modelo, providenciando o foco do cuidado da enfermagem perioperatória. Este modelo torna o conceito de cuidado ao doente “visível” em todas as variáveis do contexto cirúrgico. Trabalhando de um modo colaborativo com outros membros da equipa de saúde e com o doente, o enfermeiro estabelece os resultados, identifica os diagnósticos, e implementa os cuidados de enfermagem. O enfermeiro intervém no contexto do sistema de saúde no sentido de assistir o doente a atingir os resultados desejados durante a sua experiência perioperatória (Beya, 2002).

A teoria deve sustentar o seu contexto para o uso, na prática clínica, ensino e investigação (McEwen, 2011). Com efeito, esta teoria *“representa o mundo real da prática dos enfermeiros perioperatórios e tem utilidade para os enfermeiros da prática, educadores e investigadores”* (Rothrock & Smith, 2000: p.678). Existem variados estudos, usando especialmente o PNDS, a terminologia de enfermagem que tem por base o MPD, como o de Westendorf (2007) que se reporta ao uso do PNDS num contexto cirúrgico, como uma referência para a documentação no BO, e outros estudos de tradução, avaliação da relevância clínica e mapeamento, já descritos no capítulo anterior. O uso do modelo, *per si*, não está descrito, nos estudos ele serve de estrutura conceptual do PNDS, e é através dele que se consubstancia o seu uso.

A análise da teoria é a segunda fase do processo e refere-se ao processo sistemático de analisar objetivamente o conteúdo, a estrutura e a função da teoria. Esta etapa é um exame sem críticas, detalhado, cujo principal objetivo é

entender a teoria. Os conceitos são definidos teórica e operacionalmente (McEwen, 2011). A definição operacional apresentada para conceitos *major* revela que o doente está no centro do modelo, o que enfatiza a natureza da prática do enfermeiro perioperatório.

As proposições são definidas teórica e operacionalmente, as relações são explícitas e devidamente descritas e explicadas no modelo. A finalidade de um quadro conceptual é delinear como os vários componentes de uma ideia geral se relacionam entre si e indicar todas as partes importantes dessa questão. O modelo possui todos os domínios e elementos essenciais que rodeiam o foco mais importante de enfermagem perioperatória: o doente. As peças que compõem o modelo resultam da investigação e, juntos, podem servir como os "tijolos" de uma teoria de médio alcance da enfermagem perioperatória. Os componentes representam, assim, círculos concêntricos que se expandem, como que se afastando de uma pedra que foi atirada numa piscina de água tranquila. O enquadramento do PNDS começa com o doente no centro e desenvolve-se à medida que os domínios e elementos de enfermagem são adicionados ao cuidado (Beya, 2007). Os círculos estão divididos em quatro quadrantes, três dos quais representam as preocupações no cuidado ao doente, o quarto simboliza o sistema de saúde onde os cuidados de saúde são geridos. Os domínios de assistência ao doente, resultantes de um estudo descritivo-correlacional conduzido pelo *DECC Nursing Diagnosis Subcommittee*, são a segurança perioperatória do doente, respostas fisiológicas do doente à cirurgia, e respostas comportamentais do doente e família à cirurgia. Cada um dos domínios de assistência ao doente possui diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados específicos a esse domínio (Kleinbeck, 2000).

A teoria deve estar organizada de uma forma lógica (McEwen, 2011). De acordo com a AORN, *"O Modelo Perioperatório centrado no Doente é lógico, e os conceitos e os princípios são sustentados nos ambientes da prática"* (AORN, 2007: p.14).

Deve existir um modelo/diagrama e o modelo contribui para clarificar a teoria (McEwen, 2011). O modelo é providenciado e assiste na explanação das ligações entre conceitos, o doente e a sua família, no centro do modelo, providenciam o foco do cuidado na enfermagem perioperatória (figura 2). Este modelo torna o conceito de cuidado ao doente visível em todas as variáveis do contexto cirúrgico. Cooperando com outros membros da equipa de saúde e com o doente,

o enfermeiro identifica os diagnósticos, estabelece os resultados e providencia os cuidados de enfermagem. O enfermeiro intervém no contexto do sistema de saúde no sentido de assistir o doente a atingir os resultados desejados durante a experiência perioperatória (Beya, 2011).

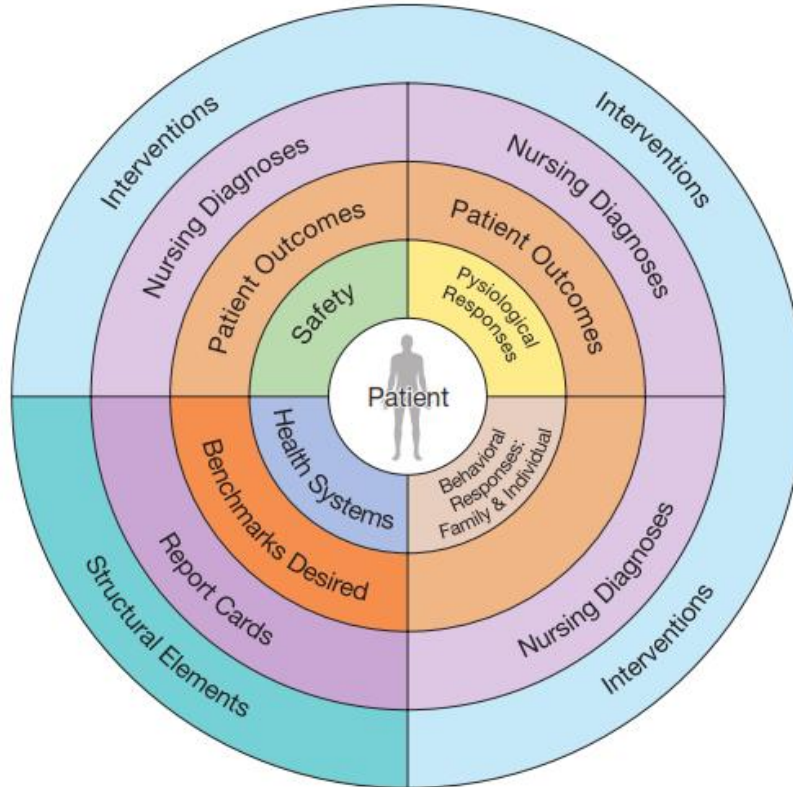


Figura 2. Modelo Perioperatório centrado no Doente (AORN, 2007)

2. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A necessidade de desenvolvimento de sistemas de classificação de enfermagem padronizados, para descrever a prática de enfermagem e incorporar os sistemas de informação em saúde, tem sido amplamente reconhecida. Para além do significativo impulso dado pelas tecnologias, estes esforços têm sido também motivados pela necessidade de dados estruturados, a necessidade de documentação das contribuições dos cuidados de enfermagem, bem como pela exigência de uma prática baseada na evidência e a consolidação do corpo científico de conhecimento (Sweeney, 2010).

A utilização de sistemas de classificação de enfermagem na área perioperatória em Portugal é ainda pouco expressiva. Atualmente, a CIPE é a terminologia dos sistemas de informação em uso em contexto hospitalar, no entanto, ela carece da especificidade inerente à Enfermagem Perioperatória.

Como funções do enfermeiro perioperatório a AORN define: *“identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia”* (AORN, 2007).

Tem-se tornado cada vez mais evidente que o futuro da enfermagem depende de esforços sistemáticos para nomear e definir a sua contribuição para os cuidados de saúde. As linguagens classificadas são centrais no desenvolvimento eficaz deste processo, nomeadamente, no contexto da enfermagem perioperatória, um contexto com características próprias, mas cujos contornos importam ainda definir com clareza.

Assim, torna-se pertinente a tradução, adequação cultural e avaliação da relevância clínica da única classificação especificamente desenvolvida para a Enfermagem Perioperatória – o PNDS. Embora em Portugal a terminologia predominante nos sistemas de informação para enfermeiros em uso seja a CIPE (tendo por base as orientações da Ordem dos Enfermeiros), têm-se observado esforços a nível internacional para o mapeamento do PNDS com outras terminologias em saúde, no sentido de possibilitar a sua integração nos SI em uso. A versão 2 do PNDS já foi mapeada com a CIPE, bem como com o SNOMED CT (Matney et al., 2014).

Esta iniciativa reveste-se de especial importância, na medida em que poderá constituir uma ferramenta estruturada e com relevância para a documentação dos cuidados ao doente na área perioperatória em Portugal. No âmbito dos objetivos deste percurso académico, o estudo centrar-se-á apenas na tradução/adaptação cultural e avaliação da relevância clínica dos *“Domains”* e *“Assessment Interventions”* do PNDS. Esta decisão teve por base a extensão de termos e enunciados da terminologia, cerca de 400, que nesta fase tornaria inviável a sua realização em tempo útil. Neste sentido, prevemos

posteriormente dar continuidade ao estudo, para as restantes áreas que integram o PNDS.

3. FINALIDADE E OBJETIVOS

Com este estudo pretendeu-se avaliar a relevância, utilidade clínica e adequação cultural do PNDS (Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória) para identificar a sua potencial utilidade clínica para o uso do PNDS no contexto da enfermagem perioperatória em Portugal.

Com a intenção de delimitar o estudo a partir da sua finalidade, foram traçados os seguintes objetivos:

- Realizar a tradução dos enunciados da 3ª edição do PNDS para português;
- Avaliar a equivalência semântica idiomática, conceptual e cultural da tradução da 3ª edição do PNDS para português;
- Validar a adequação cultural do PNDS relativamente ao contexto perioperatório português;
- Identificar a relevância clínica da versão portuguesa do PNDS para os enfermeiros que exercem funções no BO.

PARTE II – DESENHO DO ESTUDO

Por método entendo um conjunto de regras certas e fáceis, graças às quais todos aqueles que as seguirem jamais tomarão por verdadeiro aquilo que é falso e sem sobrecarregarem a mente inutilmente, mas aumentando progressivamente o saber, obterão o conhecimento verdadeiro de todas as coisas que forem capazes.

Descartes

A metodologia pode ser definida em sentido lato como “um conjunto de diretrizes que orientam a investigação científica” (Herman, 1983, cit. por Lessard-Hébert et al., 2005: p.15). Deste modo, neste capítulo, pretende-se descrever as estratégias que sustentaram o percurso metodológico deste estudo.

1. TIPO DE ESTUDO

Face ao exposto, procedeu-se à definição das estratégias que estiveram na base do estudo, centrado na tradução e adaptação do PNDS para a língua portuguesa. O estudo seguiu as linhas orientadoras de Beaton e colaboradores (2002), para adaptação transcultural de instrumentos na área da saúde, sendo também um dos métodos recomendados pelo ICN, no seu documento: “*Translation Guidelines for International Classification for Nursing Practice (ICNP®)*”, contendo as linhas orientadoras para tradução da CIPE®.

Para dar resposta aos objetivos do estudo, optou-se pela sua divisão em duas fases (figura 3):

- Uma primeira, na qual é desenvolvido o processo de tradução e adaptação dos enunciados do PNDS — **estudo metodológico**;
- E uma segunda, que pretende avaliar a relevância e utilidade clínica da classificação em Portugal, através de um **estudo de natureza exploratória, analítico-descritiva e transversal**, que teve por base a aplicação de um questionário junto dos enfermeiros que exercem funções nos blocos operatórios dos hospitais centrais do distrito do Porto.

No primeiro momento do estudo, foram realizadas três etapas sequenciais com foco na tradução do instrumento para a língua-alvo: realização de duas traduções independentes, síntese das duas traduções produzidas, análise e consolidação do instrumento através da sua verificação por um comité de peritos, dando origem à versão final (em português) do *Perioperative Nursing Data Set* (domínios e atividades de avaliação Inicial).

O segundo momento do estudo, de cariz exploratório, analítico-descritivo e transversal, com uma abordagem quantitativa, teve por base a aplicação de um questionário para avaliação da relevância clínica do PNDS (domínios e atividades

de avaliação Inicial) pelos enfermeiros que exercem funções nos blocos operatórios dos hospitais centrais do distrito do Porto.

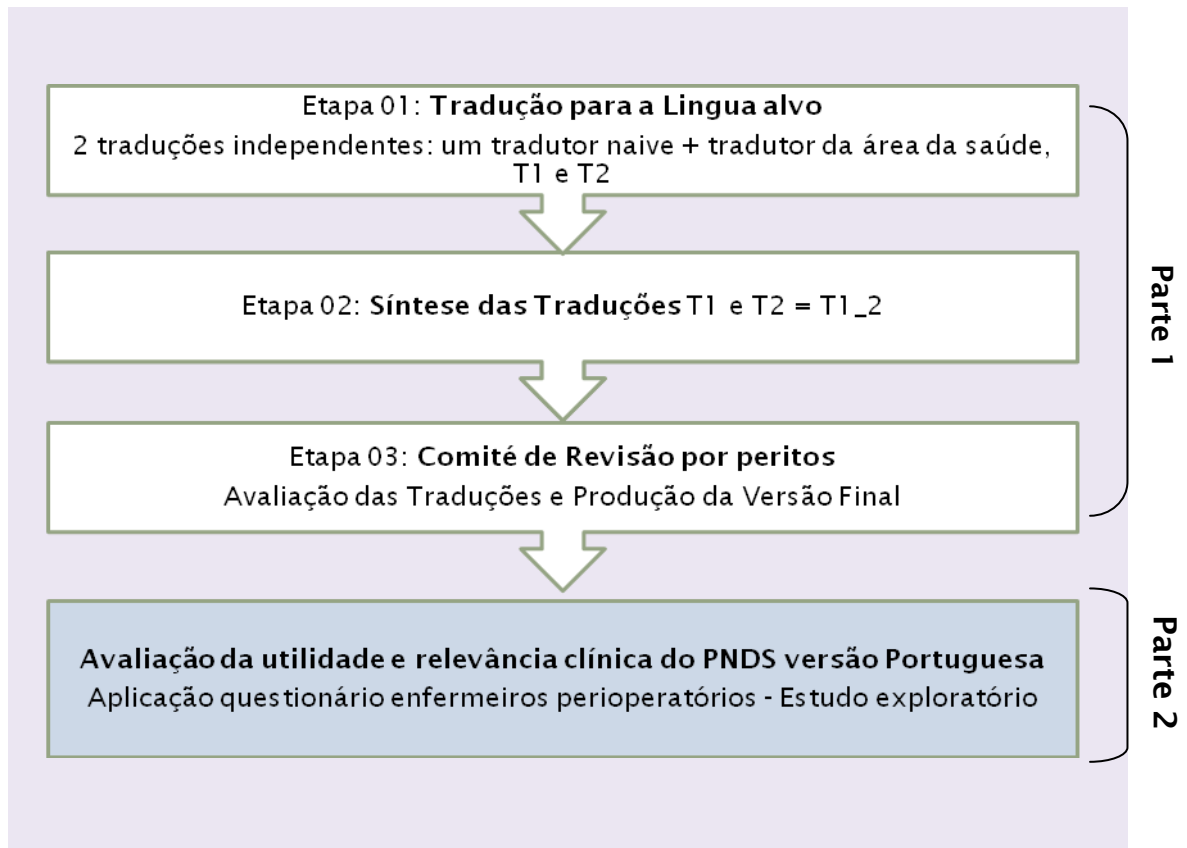


Figura 3. Desenho do estudo

1.1. Estudo 1 – Tradução e adaptação cultural de enunciados do PNDS

Para a tradução e adaptação cultural de enunciados (domínios e atividades de avaliação inicial) do PNDS foi realizado um primeiro estudo, que se classifica como metodológico, dado que *“a pesquisa metodológica refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa”* (Polit & Hungler, 1995: p.126). Os estudos metodológicos *“são indispensáveis a qualquer disciplina científica e, muito especialmente, talvez quando um campo de estudos é relativamente novo”* (Polit & Hungler, 1995: p.126), no qual se inclui a presente investigação.

Para proceder à tradução e adaptação dos enunciados dos domínios e das atividades de avaliação inicial do PNDS tivemos em consideração as seguintes etapas:

- Etapa 01 - Tradução para a língua alvo.
- Etapa 02 - Síntese das traduções
- Etapa 03 - Revisão da tradução por comité de peritos

Um dos métodos propostos por Hilton e Skrutkowski (2002), para garantir a equivalência semântica e conceptual, é a revisão por especialistas. A revisão técnica e avaliação da equivalência semântica e conceptual foram obtidas por investigadores peritos, devendo a comissão de revisão ser composta por pelo menos três peritos (Beaton et al., 2000; Guillermin et al., 1993).

A composição desta comissão é fundamental para atingir a equivalência transcultural. O papel do comité de peritos é consolidar todas as versões do instrumento e desenvolver a que deverá ser considerada a versão final, para o teste no contexto. Uma das vantagens desta abordagem, apresentada por Streiner e Norman (2008), é que se os peritos forem selecionados criteriosamente, podem, provavelmente, representar o pensamento mais recente na área a estudar.

O comité foi composto por sete enfermeiros peritos:

- 4 professores da Escola Superior de Enfermagem do Porto, enfermeiros, com experiência na tradução e validação de terminologias de enfermagem;
- 3 enfermeiros especialistas do contexto hospitalar, com experiência clínica em contexto perioperatório.

Os peritos tinham como língua mãe a língua-alvo (portuguesa), domínio da língua da classificação (inglesa), conhecimentos na área das terminologias de enfermagem e sistemas de informação em saúde.

1.2. Estudo 2 - Relevância e utilidade clínica dos domínios e das atividades de avaliação inicial do PNDS

1.2.1. Contexto do estudo

O contexto do estudo, para a avaliação da utilidade e relevância clínica do PNDS para a realidade portuguesa, foi constituído pelos hospitais centrais do distrito do Porto, uma vez que detêm a população mais significativa de enfermeiros perioperatórios, condição favorável à realização deste estudo.

Deste modo, as instituições selecionadas foram:

- Centro Hospitalar São João: BO Central, BO do Serviço de Urgência, e BO de Cirurgia de Ambulatório da Unidade do Hospital de Valongo ;
- Centro Hospitalar do Porto: BO Hospital Santo António, Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, Centro Materno-Infantil (BO de Pediatria e BO de Obstetrícia);
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos: BO Central e Cirurgia de Ambulatório;
- Instituto Português de Oncologia do Porto: BO Central e BO de Cirurgia de Ambulatório;
- e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho: BO Central, BO de Oftalmologia, BO da Unidade II.

1.2.2. População e amostra

Assumindo que população é um conjunto de pessoas que possuem determinadas características comuns de interesse para o investigador (Nieswiadomy, 2010), considerou-se como população-alvo os enfermeiros perioperatórios portugueses.

A amostra selecionada representou um subconjunto da população, salvaguardando os critérios definidos, o que permitiu abranger um maior número de enfermeiros, acessíveis num espaço geográfico menos disperso, possibilitando agregar mais participantes, num intervalo mais curto de tempo. Deste modo, foram selecionados os enfermeiros das seguintes instituições de saúde: Centro Hospitalar São João, Centro Hospitalar do Porto, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, o Instituto Português de Oncologia do Porto e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. No sentido de tornar a população mais homogênea, foi importante a definição de critérios de seleção, que permitirão caracterizar a população-alvo (Fortin, 2009), considerando assim como critérios de inclusão para este estudo: enfermeiros em exercício de funções no contexto de BO, seja em contexto de BO convencional ou de cirurgia de ambulatório, com experiência, na prestação de cuidados ao doente perioperatório. Como critério de exclusão foi estabelecido: o exercício de funções no BO sem qualquer tipo de experiência anterior de prestação de cuidados ao doente perioperatório (ex.: cargos ligados à gestão de materiais).

A amostra foi constituída por todos aqueles que se disponibilizaram para participar no estudo e estavam presentes no serviço durante o período da aplicação do questionário, uma vez que no presente estudo se pretendia obter a opinião clínica do maior número enfermeiros acerca do instrumento.

Tendo por base as recomendações de Tinsley e Tinsley (1987, cit. por Moreira, 2004) ao referir que para cada variável devem ser incluídos na amostra entre 5 a 10 indivíduos. Neste estudo, o número mínimo de participantes da nossa amostra seria 275 enfermeiros e o máximo 550.

No sentido de atingir o valor máximo recomendado de participantes para a validação do instrumento, foram considerados todos os hospitais centrais do Porto e o máximo de blocos operatórios existentes nas suas unidades. Assim sendo, a amostra foi constituída por 288 enfermeiros.

1.2.3. Recolha de dados

Para a avaliação da utilidade e relevância clínica do PNDS para a realidade portuguesa, procedeu-se à recolha de dados junto dos enfermeiros que exercem funções em BO.

A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar (Fortin, 2003). Segundo a mesma autora, o questionário “*permite colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e as intenções dos participantes*” (Fortin, 2003: p.249).

Os instrumentos de avaliação tipo questionários auto-administrados podem constituir ferramentas de grande utilidade clínica, tendo alguns pontos fortes relativamente a outros métodos. Os questionários, ao requererem menos tempo e energia para administrar, tornam-se uma forma menos dispendiosa e oportuna de obter dados, permitindo também atingir uma população geograficamente mais dispersa. Com efeito, a ausência de um entrevistador assegura que não haverá viés relacionado com o entrevistador, que apesar de ser normalmente um agente neutro, pode afetar as respostas do entrevistado (Polit & Beck, 2004).

A opção por este tipo de instrumento, neste estudo, revestiu-se de particular relevância atendendo ao grande número de participantes (distribuídos cerca de 600 questionários) dispersos por diferentes hospitais e suas unidades no distrito do Porto, facilitando o acesso a mais pessoas com menores custos, reduzindo o tempo dispendido. Esta opção possibilitou também cumprir os objetivos do estudo, pois permitiu organizar, normalizar e controlar os dados, para que as informações procuradas pudessem ser colhidas de uma forma estruturada e rigorosa. O questionário administrado aos participantes foi constituído por três partes (Anexo II):

- Parte I – Avaliação do perfil socioprofissional dos participantes do estudo (idade, sexo, instituição, área de ação, categoria profissional, formação, experiência profissional e experiência de utilização de sistemas de informação);
- Parte II – Avaliação da utilidade e relevância clínica dos enunciados dos domínios do PNDS;

- Parte III - Avaliação da utilidade e relevância clínica dos enunciados das intervenções.

Depois de concedidas as autorizações para a realização do estudo (ANEXO III e IV), foram agendadas reuniões com os enfermeiros-chefes/responsáveis de serviço para planejar a distribuição dos questionários e planejar momentos chave de apresentação do estudo aos serviços. Foi realizada a apresentação do estudo nos serviços e disponibilização para esclarecimento de dúvidas, havendo delocação ao campo do estudo, sempre que necessário. O questionário foi distribuído pelo investigador, nas instituições, em envelopes, para permitir o total anonimato, sendo providenciadas caixas devidamente identificadas para os enfermeiros de cada serviço depositarem o questionário preenchido.

A recolha dos dados foi realizada entre março e junho de 2015.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na realização de um estudo há sempre um compromisso com as exigências éticas, implicando a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho do estudo, quer seja ele quantitativo ou qualitativo, seja sólido do ponto de vista moral e ético (Streubert & Carpenter, 1999).

De forma a cumprir todos os aspetos éticos inerentes a esta investigação, foi, em primeiro lugar, realizado o pedido aos autores, a *Association of PeriOperative Registered Nurses*, para a utilização do PND, sendo o pedido e a respetiva autorização para o uso do instrumento apresentados em anexo (ANEXO V e VI).

De igual forma, foi elaborada uma carta explicativa do estudo, que contemplou o fornecimento da informação necessária para a pessoa poder julgar as vantagens e inconvenientes da sua participação (Fortin, 2009). A carta explicativa incluiu a identificação do investigador e disponibilização de contactos, a descrição dos procedimentos e objetivos do estudo, processo de seleção de sujeitos, garantia de anonimato e confidencialidade e os meios de obter os resultados do estudo (Nieswiadomy, 2010). Foi também redigido um termo de consentimento informado para obter a autorização para recolha e divulgação dos dados (Anexo VII).

Foi elaborado o pedido formal às instituições incluídas no estudo para obter autorização para aplicação do questionário (Anexo III e IV). Toda a documentação do estudo foi devidamente anexada ao processo, incluindo o projeto do estudo, consentimento informado, instrumento com a carta explicativa, requerimentos e documentos específicos solicitados pelas instituições.

Os dados colhidos foram única e exclusivamente utilizados para tratamento estatístico, sendo realizada uma agregação dos mesmos e como tal, as informações de domínio individual foram desvanecidas, não permitindo em nenhum momento identificar os participantes deste estudo.

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O que sabemos é uma gota; o que ignoramos é um oceano.

Isaac Newton

Neste capítulo, serão então apresentados e discutidos os resultados obtidos durante os dois momentos do percurso de investigação realizado:

- o processo de tradução e adaptação cultural dos enunciados do PNDS;
- avaliação da utilidade e relevância clínica dos enunciados dos domínios e das atividades de avaliação inicial do PNDS para a realidade portuguesa.

O método de análise e interpretação dos dados teve por base os objetivos e toda a metodologia do estudo.

1. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DE ENUNCIADOS DO PNDS

A tradução é um processo de comunicação que envolve a transferência de uma mensagem de uma língua de origem para uma língua alvo (ICN, 2008). Para proceder à tradução e adaptação dos enunciados dos domínios e das atividades de avaliação inicial do PNDS tivemos em consideração as seguintes etapas:

Etapa 01. Tradução para a língua alvo.

A primeira fase da adaptação cultural é a tradução da língua de origem para a língua-alvo. A tradução envolveu dois tradutores bilingues que trabalharam de forma independente, cujas versões foram comparadas para identificar discrepâncias na tradução. Os dois tradutores tinham como língua-mãe a língua-alvo, indo de encontro às recomendações de Beaton e colaboradores (2000).

Tradutor 1. O tradutor estava familiarizado com os conceitos examinados. Era enfermeira de profissão, tendo como primeira língua o português, porém tendo residido, recentemente, três anos num país de língua inglesa, com pleno domínio no idioma do instrumento. As suas adaptações versaram a equivalência de uma perspetiva clínica.

Tradutor 2. O tradutor não estava familiarizado com os conceitos e não era da área da saúde. Possuía uma licenciatura em tradução e pleno domínio do inglês, dado usar o idioma diariamente na sua prática profissional. Este foi considerado o tradutor *naïve*, que tinha o propósito de detetar mais facilmente diferentes significados do instrumento original em relação ao tradutor 1. Teve menos

influência dos objetivos acadêmicos, oferecendo uma tradução mais próxima da usada pela população, muitas vezes destacando significados ambíguos do instrumento original (Guillermin et al., 1993).

Etapa 02. Síntese das traduções

Os tradutores e um observador procederam à síntese dos resultados das traduções. Partindo do instrumento original e trabalhando com as duas traduções, T1 e T2, uma síntese das traduções foi conduzida, produzindo uma tradução comum, T1_2, com o respectivo relatório documentando o processo de síntese. A fase seguinte partiu de T1_2.

Etapa 03. Revisão da tradução por comité de peritos

Para o processo de validação da tradução do PNDS para o contexto português, o **comité de peritos** que teve como objetivo: **avaliar a equivalência linguística e cultural da versão portuguesa do *Perioperative Nursing Data Set* centrada nos “domains” e “assessment interventions”**.

As decisões do comité para atingir a equivalência versaram quatro áreas:

- **Equivalência semântico-idiomática:** esta equivalência diz respeito à variação de significados existentes entre as línguas. Será que as palavras significam a mesma coisa? Existem dificuldades gramaticais na tradução? O item traduzido para a língua portuguesa deve preservar o sentido da versão original em inglês. Deve-se ter atenção quanto ao significado das palavras e ao uso de expressões nos respetivos idiomas.
- **Equivalência conceptual:** refere-se à validade do conceito explorado na cultura alvo. Será que as pessoas nas duas culturas percebem o conceito da mesma forma? Ambas as culturas de origem e cultura-alvo devem concordar, completamente, no que se refere ao elementos constituintes do construto.
- **Equivalência cultural:** os mesmos parâmetros, ou seja, os itens em avaliação devem ser igualmente relevantes e aceitáveis em ambas as culturas (Beaton et al, 2002).

Pretendeu-se então que este grupo de peritos avaliasse e classificasse as equivalências semântico-idiomática, conceptual e cultural, bem como verificasse a

clareza, facilidade de leitura e compreensão da tradução de cada item ou enunciado do PNDS.

Os peritos foram contactados por correio eletrónico, tendo sido disponibilizada um carta explicativa (Anexo VIII) clarificando os objetivos e a finalidade deste estudo e o tipo de contribuição que lhes era solicitada.

Depois de terem aceite participar no estudo, foi fornecido a cada elemento do grupo de peritos um questionário integrando a versão síntese (versão T1_2), resultante das traduções independentes realizadas pelo tradutor ligado à área da saúde e pelo tradutor *naïve* (versão T1) e da enfermagem perioperatória (versão T2) (ANEXO IX). A versão sob avaliação foi a versão síntese T1_2, contudo foi disponibilizado um documento para consulta das versões T1 e T2 (ANEXO X).

Alguns investigadores, particularmente na área de enfermagem, advogam uma abordagem mais rigorosa para avaliar a validade de conteúdo (Lynn, 1986; Waltz & Baussel, 1982, cit. por Streiner & Norman, 2008). Nesse sentido, a validade de conteúdo do instrumento foi quantificada por meio do *Content Validity Index* (CVI) - Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este índice indica a proporção de peritos concordantes com os itens presentes no instrumento, o que permite a análise de cada item individualmente bem como o instrumento como um todo. O IVC permite a avaliação de cada item individualmente e posteriormente do instrumento como um todo (Alexandre & Colluci, 2011).

A cada perito foi dada uma descrição explícita de cada um dos domínios e para procederem à categorização da relevância do conteúdo, tendo em conta os três tipos de equivalência linguística, numa escala de quatro pontos (tipo *Likert*), onde 1 indica conteúdo totalmente irrelevante e 4 reflete o conteúdo extremamente relevante. Solicitamos que para todos os itens avaliados (em qualquer uma das equivalências) com um *score* menor que 4, procedessem à justificação da sua avaliação ou sugestão de modificação.

No final da avaliação das traduções, existia um espaço para que fosse realizada uma avaliação global do instrumento.

Os *scores* dos índices foram calculados através da soma da concordância dos itens que foram atribuídas as pontuações “3” e “4” pelos especialistas na grelha de avaliação do instrumento. Os itens que eventualmente recebam pontuação “1”

ou “2” serão revistos ou eliminados. Utilizamos a seguinte fórmula para avaliar cada item individualmente (Alexandre & Coluci, 2011):

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas “3” ou “4”}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para o item ser considerado válido, a taxa de concordância aceitável estipulada para este instrumento foi de 0,85 (85%), de acordo como critério proposto por Lynn (1986).

Após a avaliação do instrumento pelo painel de peritos, de acordo com estes critérios, os itens/enunciados considerados inválidos foram posteriormente analisados em reunião face a face com os juízes.

Foi enviado previamente, por e-mail, um documento para preparação da reunião com os peritos, com a sistematização das análises dos peritos, salientando os itens que não reuniram os critérios de concordância ($IVC < 0,85$).

A finalidade desta reunião era a de estabelecer uma versão de consenso entre todos os peritos, analisando os itens que apresentavam índice de concordância menor que 85%, bem como discutir as sugestões expressas pelo peritos. Os objetivos estabelecidos para a reunião foram:

- Discutir com os peritos os itens que receberam IVC menor que 85%;
- Determinar uma versão de consenso das traduções que apresentavam IVC menor que 85%;
- Discutir com o grupo as considerações realizadas sobre as traduções;
- Definir a versão final do instrumento.

Na reunião com o comitê de peritos, foi realizada a revisão da tradução com base no documento com síntese dos resultados das opiniões dos peritos, e as discrepâncias detetadas foram solucionadas.

A investigadora principal serviu de mediadora imparcial na discussão. Como resultado desta reunião, todos os itens que apresentavam um $IVC < 0,85$ foram revistos e consolidados com estabelecimento de consensos entre os peritos. Nenhum item do instrumento foi excluído depois da análise, todos foram considerados válidos. Como resultado, após revisão, foi estabelecida a versão de consenso entre os peritos, ou seja, a versão final do instrumento.

2. AVALIAÇÃO DA UTILIDADE E RELEVÂNCIA CLÍNICA DOS ENUNCIADOS DO PNDS

Neste ponto, serão então apresentados os resultados obtidos pela aplicação do questionário para a avaliação da utilidade e relevância clínica dos enunciados dos “Domínios” e das “Atividades de Avaliação Inicial” do PNDS para a realidade portuguesa. Para a apresentação dos resultados, recorreremos à estatística descritiva e inferencial, definida por Silvestre (2007) como um conjunto de métodos adequados para recolher, explorar, descrever e interpretar conjuntos de dados numéricos.

Após a recolha dos questionários, procedemos à leitura ótica dos dados (respostas) automatizada, com a aplicação do *software Cardiff Teleform*[®] que disponibilizou a leitura de dados através do programa IBM[®]SPSS (*International Business Machines Statistical Package for the Social Science*), versão 23, para o tratamento estatístico.

2.1. Caracterização da amostra do estudo

A caracterização da amostra permite-nos obter um perfil socioprofissional dos enfermeiros que participaram neste estudo, sendo que a sua análise se torna mais fácil pelos quadros expostos.

De acordo com Fortin (2009), não obstante as vantagens da utilização de questionários, as taxas de resposta são habitualmente baixas. Na tabela 1 podemos observar que a taxa de adesão global aos questionários foi de cerca de 50% (48,9%; n=288), dos 589 questionários distribuídos. O IPO obteve a melhor taxa de resposta (62,4%), enquanto que o Centro Hospitalar São João teve a menor taxa de resposta (27%). Em termos globais, podemos considerar uma taxa de resposta bastante satisfatória, tendo em consideração a extensão do questionário.

Tabela 1. Taxa de resposta ao questionário de acordo com os contextos da investigação

HOSPITAIS	Entregues	Preenchidos	% Adesão
Centro Hospitalar do Porto	203	111	54,7%
Centro Hospitalar São João	126	34	27%
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia /Espinho	121	65	53,7%
ULS Matosinhos – Hospital Pedro Hispano	70	41	58,6%
Instituto Português de Oncologia do Porto	59	37	62,7%
Total	579	288	48,9%

A amostra do estudo é constituída por 288 enfermeiros perioperatórios, que reuniram os critérios de inclusão desta investigação. Na sua maioria, 86,5% (N=249) dos participantes são enfermeiros do sexo feminino e apenas 12,2% (N=35) são do sexo masculino, o que representa um ligeiro desvio da tendência global em Portugal, onde, a maioria dos enfermeiros são do sexo feminino (81,82%) comparando com o sexo masculino (18,18%), segundo dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2014).

Analisando a Tabela 2, verificamos que a idade média dos participantes é 42,5 anos (desvio padrão $\pm 7,5$) sendo o valor da mediana de 42 anos. As idades variaram entre os 22 e os 61 anos. A idade média e o valor da mediana dos participantes representam um valor significativamente superior aos dados fornecidos pela OE em 2014, em que, os maiores grupos etários de enfermeiros em Portugal, se situam entre os 26 e 30 anos, e entre os 31 e 35 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Estes valores apontam para uma amostra mais envelhecida relativamente à população de enfermeiros em Portugal.

Os enfermeiros que participaram no estudo trabalham em média há 19,8 anos (desvio padrão $\pm 7,1$), oscilando a experiência profissional entre 4 e 40 anos. O valor modal é de 20 anos de experiência, e pelo menos 50% dos enfermeiros trabalham há mais de 20 anos, o que traduz uma amostra de enfermeiros com um tempo significativo de exercício profissional.

No que se refere à experiência profissional em BO, verificamos que em média os enfermeiros que participaram neste estudo trabalham nesta área há 13,5 anos (desvio padrão $\pm 7,6$). O tempo de experiência em BO oscila entre alguns meses e 36 anos, embora pelo menos, metade dos enfermeiros participantes no estudo, trabalhem na área perioperatória há 4 anos (med=4).

Tabela 2. Distribuição da amostra do estudo segundo a idade, anos de experiência profissional e anos de experiência profissional em BO

Variáveis	Méd.	Mo	Med	DP	Var	Mín-Máx	N
Idade	42,53	42	42	7,489	56,088	22-61	285
Anos Experiência Profissional	19,82	20	20	7,116	50,663	4-40	285
Anos Experiência profissional BO	13,53	14	4	7,652	58,553	0-36	285

Analisando a Tabela 3, podemos inferir que entre os participantes do estudo 24,65% (n=71) têm uma pós-graduação, sendo a mais frequente a pós-graduação em Anestesiologia (n=35), seguida de pós-graduações em Gestão (n=9) com um volume menos significativo, tal como na área do BO (n=4). Os enfermeiros possuem pós-graduações ainda em várias outras áreas (n=23).

Relativamente à especialização em enfermagem, esta amostra possui um número ligeiramente mais elevado de enfermeiros especialistas (25,0%), comparativamente com a média nacional, pois de acordo com a OE (2014) a percentagem de enfermeiros especialistas é de 21,91%. A área de especialização mais frequente dos participantes desta amostra é a de Enfermagem Médico-Cirúrgica (n=39), seguida da Enfermagem Comunitária (n=14) e de Saúde Infantil e Pediatria (n=8).

A percentagem de enfermeiros que concluíram o mestrado é marcadamente inferior à de enfermeiros com cursos de pós-licenciatura e outras pós-graduações, sendo de 6,6% (n=19). A OE não possui dados estatísticos relativos à formação dos enfermeiros no âmbito de mestrado.

Tabela 3. Distribuição da amostra em estudo segundo a formação em Enfermagem

Formação em enfermagem	Frequência	%	N
PÓS-GRADUAÇÃO			
Anestesiologia	35	24,65%	
BO	4		
Gestão	9		
Outras	23		
Total	71		
PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO			288
Enfermagem Médico-Cirúrgica	39	25%	
Enfermagem Comunitária	14,0		
Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	8,0		
Outras	11		
Total	72		
MESTRADO	19	6,6%	

Quando analisamos o contexto de cuidados em que os enfermeiros trabalham, verificamos que 15,6 % dos enfermeiros, desta amostra, prestam cuidados em contexto de BO de cirurgia de ambulatório (n=45), enquanto que a sua maioria, 84,4% (n=243) integra o contexto de BO de cirurgia convencional.

Paralelamente, constatamos que a maioria dos enfermeiros (89,2%) encontra-se na área de prestação de cuidados diretos ao doente perioperatório, enquanto que os restantes assumem simultaneamente a área de gestão.

Através da tabela 4, resultante de 267 respostas válidas, verificamos que os valores percentuais mais elevados correspondem a enfermeiros que desempenham funções de enfermeiro de anestesia/circulante/instrumentista (31,8%, N=85) e de instrumentista/circulante (27,7%, N=74), seguido de enfermeiros que exercem isoladamente o papel de enfermeiro de anestesia (21,7%, N=58). Se analisarmos o âmbito do papel exercido pelos enfermeiros no BO constatámos que: 46,1% exercem funções de enfermeiro circulante, 64,8% exercem funções de enfermeiro de anestesia e, a maioria (66,0%) exercem funções de enfermeiro instrumentista. Estes valores referem que existe uma distribuição de funções pelos enfermeiros. Existe um número semelhante de enfermeiros com experiência nas diferentes áreas de intervenção no BO, sendo

residual o número de enfermeiros que exerce isoladamente as funções de circulante e instrumentista.

Tabela 4. Distribuição da amostra do estudo de acordo com as funções desempenhadas.

Função	Frequência	%
Circulante	8	3,0
Instrumentista	12	4,5
Anestesia	58	21,7
Anestesia/Circulante	30	11,3
Circulante/Instrumentista	74	27,7
Anestesia/Circulante/Instrumentista	85	31,8
Total	267	100,0

Procuramos também conhecer a preparação dos enfermeiros sobre terminologias na área da saúde, nomeadamente em enfermagem e, por outro lado, em que medida as utilizavam na descrição das suas atividades em contexto perioperatório. A maioria dos participantes (80,9%, n=233) referiram que tiveram formação sobre terminologias em enfermagem. Contudo, apenas 55,6% (n=160) referiram usar essas terminologias de enfermagem na sua atividade diária.

2.2. Fidelidade da estrutura de Atividades de Avaliação Inicial do PNDS

Num primeiro momento verificámos a fidelidade da estrutura do documento apresentado, referente à utilidade e relevância clínica dos enunciados traduzidos no percurso anterior (Atividades de Avaliação Inicial do PNDS).

De acordo com Fortin (2009), “a fidelidade do instrumento de medida refere-se à precisão e à constância das medidas obtidas com a ajuda de um instrumento de medida (p.348)”. A avaliação da fidelidade dos instrumentos de medida pode ser realizada de diversas formas, sendo que a consistência interna é uma medida muito usada e relevante, quando se trata de questionários, formulários ou escalas que recolhem informações num único momento. Para medir a consistência

interna, a lógica é que os itens individuais ou indicadores da escala devem medir o mesmo construto e devem ser altamente correlacionais (Hair et al., 2006).

Para avaliar a fidelidade do instrumento de medida usado neste estudo, optamos por fazer a análise da consistência interna com recurso à determinação do *Alpha de Cronbach*, um indicador de consistência interna e homogeneidade de uma escala largamente usado pelos investigadores (Tappen, 2011).

O *alfa de Cronbach* avalia o grau em que os itens de uma matriz de dados estão correlacionados entre si (Pasquali, 2009), ou fundamentalmente, de uma forma mais simplista, revela em que extensão todos os itens de um teste se “comportam” de uma forma similar (Tappen, 2011). De um modo geral, o índice obtido varia entre 0 e 1, ainda que não haja um limite mínimo para este coeficiente. Geralmente, diretrizes para interpretação dos valores do alfa são adotadas. George e Mallery (2003) sugerem que valores de *alfa* $> 0,90$ são excelentes; $\alpha > 0,80 \leq 0,90$ são bons; $\alpha > 0,70 \leq 0,80$ são aceitáveis; $\alpha > 0,60 \leq 0,70$ são questionáveis; $\alpha > 0,50 \leq 0,60$ são pobres; e, por último, $\alpha < 0,50$ são inaceitáveis. Por outro lado, Tappen (2011) considera que um valor de *alfa* de pelo menos 0,80 é expectável para instrumentos de medida em investigação, sendo que se o instrumento tiver como objetivo a avaliação clínica de um indivíduo, o *alpha* deverá ser de pelo menos 0,90, considerando que o desejável seria um valor superior a 0,95.

O *alpha de Cronbach* foi calculado para os enunciados das atividades de avaliação inicial do *Perioperative Nursing Data Set*, tendo sido o valor obtido na análise global de **0,972**. O valor obtido foi bastante elevado, podendo ser considerado “excelente” de acordo George e Mallery (2003).

No Anexo XI, apresentamos o quadro com valor do *Alpha de Cronbach* do instrumento traduzido. Não nos é possível estabelecer comparações com outros estudos de tradução e avaliação da utilidade do PNDS, uma vez que no estudo de Park e colaboradores (2007), na Coreia do Sul é referido que o PNDS tem fidelidade mas as medidas de avaliação não são reveladas. Juntilla e colaboradores, em 2002, procederam à validação inicial do PNDS usando um método qualitativo, a técnica de *Delphi*, e num estudo mais recente, Lamberg e colaboradores (2013), na validação dos resultados do PNDS usaram como

metodologia a revisão por painel de peritos (n=39), não usando medidas de avaliação da fidelidade do instrumento.

Como podemos verificar no quadro do Anexo XII, os itens A10, A20, A201 e A202 apresentam uma correlação item/total de (0,496, 0,496, 0,494 e 0,438) respetivamente, o que apontam para uma correlação fraca dos itens com a escala global.

2.3. Relevância e utilidade clínica dos Enunciados do PNDS: domínios e atividades de avaliação inicial

Neste subcapítulo, apresentamos os resultados da secção II e III do questionário referentes à avaliação da relevância clínica dos Domínios e das Atividades de Avaliação Inicial do PNDS – Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória. Dada a extensão do número de itens (N=50) de atividades diagnósticas vamos fazer a análise descritiva das dez que obtiveram os melhores scores (“Top 10”) e a análise das cinco atividades que obtiveram os menores scores (“Less 5”), sendo possível consultar os restantes resultados no Anexo XII.

2.3.1. Relevância e utilidade clínica dos domínios do PNDS

Na análise das dimensões do PNDS, verificamos que o domínio do PNDS “**D2B Respostas comportamentais: Direitos do Cliente e Família**” apresenta scores mais elevados (Média=8,39; Med.=9,00; Mo=10; SD±1,815) quando comparados com os restantes domínios, seguindo-se os domínios “**D1 Segurança**” (Média=8,07; Med.=9,00; Mo=10; SD±1,930) e “**D4 Sistema de Saúde**” (Média=8,01; Med.=8,00; Mo=10; SD±1,930) com scores médios globais próximos.

Por fim, surgem os domínios “**D3B Respostas comportamentais: Conhecimento do Cliente e Família**” (Média=7,95; Med.=9,00; Mo=10; SD±2,050) e “**D2 Respostas Fisiológicas**” Média=7,83; Med.=8,00; Mo=10; SD±2,134).

Quadro 1. Estatística descritiva dos Domínios do PNDS

Domínios PNDS	D1 Segurança	D2 Respostas Fisiológicas	D3A Respostas comportamentais: Conhecimento do Cliente e Família	D3B Respostas comportamentais: Direitos do Cliente e Família	D4 Sistema de saúde
Média	8,07	7,83	7,95	8,39	8,01
Mediana	9,00	8,00	8,00	9,00	8,00
Moda	10	10	10	10	10
Desvio Padrão	2,186	2,134	2,050	1,815	1,930
Variância	4,780	4,555	4,203	3,296	3,725
Mín-Máx	1-10	1-10	1-10	1-10	1-10
N	285	287	288	285	285

No estudo de Kleinbeck (2000), que teve como objetivo definir as dimensões da prática da enfermagem perioperatória e que mais tarde veio dar origem às dimensões atuais do PNDS, as dimensões mais valorizadas foram: respostas comportamentais do doente/família à cirurgia e a segurança do doente perioperatório. Seguidamente, as respostas fisiológicas à cirurgia e a resposta mental/emocional do doente à cirurgia. No seu estudo, que envolveu a análise dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, por uma amostra de 239 enfermeiros perioperatórios, Kleinbeck (2000), referiu que seria expectável que estes priorizassem os fenómenos fisiológicos, que envolvem o procedimento cirúrgico como o seu foco. Contudo, contrariamente ao pensamento convencional é interessante notar que o primeiro e segundo fatores “respostas comportamentais à cirurgia” e “segurança do doente perioperatório” — foram extraídos com maior variância explicada que o terceiro fator, respostas fisiológicas à cirurgia.

Estes resultados indicavam, claramente, a preocupação dos enfermeiros perioperatórios com as respostas comportamentais dos doentes e suas famílias e a segurança do doente, sendo uma tendência que já não é recente. O doente é visto como um todo e é o centro dos cuidados dos enfermeiros perioperatórios, como é aliás revelado no Modelo Perioperatório Centrado no Doente, a estrutura conceptual dos Domínios do PNDS. De notar que, as atuais dimensões já sofreram revisões, não sendo totalmente sobreponíveis à deste estudo, contudo

permite-nos fazer alguma analogia com os resultados obtidos à luz da análise realizada por Kleinbeck (2000).

A versão do PNDS em estudo é a 3.^a edição, e este tem vindo a ser continuamente revisto, na medida em que, ao surgirem mudanças na prática clínica e novas evidências é necessário efetuar revisão do conteúdo, eliminar ou adicionar itens, refletindo sobre os fenómenos, intervenções e resultados, bem como sobre a estrutura teórica subjacente. Nesta edição, as atividades de avaliação inicial e intervenções associam-se aos domínios do modelo teórico, resultado do processo de codificação realizado (Petersen & Kleiner, 2011).

2.3.2. Relevância e utilidade clínica das atividades de avaliação inicial do PNDS

Na análise da relevância atribuída pelos participantes do estudo às atividades de avaliação inicial do PNDS, constatámos que os valores médios atribuídos oscilam entre 9,73 (muito relevante) e 6,32 (razoável relevância). Como referimos anteriormente, iniciámos a análise dos resultados tendo por base as atividades indicadas como mais relevantes.

No quadro 2, identificámos o “Top 10” das atividades de avaliação inicial do PNDS, consideradas pelos participantes como as mais relevantes no contexto perioperatório. Através do quadro podemos constatar uma concentração da média de *scores* atribuídos acima dos 9 pontos (entre 9,0 e 9,7), o que traduz uma elevada relevância clínica atribuída a estas atividades.

Quadro 2. Estatística descritiva das atividades de avaliação inicial do PND

Código	Enunciado	Média	Med	Mo	SD	Var	Min-Máx	N
A.10	Confirma a identidade do cliente.	9,73	10	10	0,959	0,919	1 - 10	287
A.20	Verifica procedimento cirúrgico, local cirúrgico e lateralidade.	9,72	10	10	0,954	0,908	1 - 10	287
A.30	Verifica antecedentes de alergias	9,5	10	10	1,139	1,296	1 - 10	286
A.20.1	Verifica o consentimento para o procedimento planejado	9,49	10	10	1,237	1,53	1 - 10	287
A.510.8	Mantém a dignidade e privacidade do cliente	9,36	10	10	1,313	1,725	1 - 10	286
A.220.1	Avalia o risco de hipertermia inadvertida	9,19	10	10	1,547	2,394	1 - 10	286
A.220	Avalia o risco de hipotermia inadvertida	9,17	10	10	1,551	2,405	1 - 10	287
A.240	Avalia condição da pele inicial	9,12	10	10	1,355	1,853	1 - 10	285
A.230	Identifica o estado respiratório inicial	9,08	10	10	1,561	2,437	1 - 10	285
A.20.2	Avalia o risco de retenção não intencional de dispositivos médicos	9,06	10	10	1,671	2,793	1 - 10	281

A atividade “**A10. Confirma a identidade do cliente**” é aquela que apresenta maior *score* médio (9,73), com um desvio-padrão de $\pm 0,959$, uma Moda e Mediana de 10. Dentro deste conjunto de atividades, o item “**A.20.2. Avalia o risco de retenção não intencional de dispositivos médicos**” é aquele que apresenta menor valor da média (9,06), mas com valores de tendência central iguais aos observados no item mais pontuado, registrando-se apenas uma maior dispersão dos dados ($SD \pm 1,671$). Com *scores* médios muito significativos, surgem também as atividades “**A.20. Verifica procedimento cirúrgico, local**

cirúrgico e lateralidade.”, com média de 9,72, extremamente próxima da mais pontuada e desvio padrão de 0,954, seguida da atividade **“A.30.Verifica antecedentes de alergias”** (média=9,5; SD=1,139), da **“A.20.1. Verifica o consentimento para o procedimento planeado”** (média 9,49) e da **“A.510.8. Mantém a dignidade e privacidade do cliente “**(média 9,36).

Assistimos, por parte dos participantes a uma maior atribuição de relevância e utilidade clínica a um conjunto de atividades de avaliação inicial que se encontram explanadas nas orientações da OMS para a *“Cirurgia Segura”* (2009), enquadradas no programa *“Cirurgia Segura Salva Vidas”* (*“Safe Surgery Saves Lives”*). O seu objetivo central será contribuir para melhorar a segurança dos cuidados cirúrgicos em todo o mundo, através da definição de um conjunto de normas de segurança que pode ser aplicado em todos os países e em todos os contextos. Estas orientações estão atualmente implementadas em todo o país, através da *Check-List Cirúrgica* da OMS, uma lista de verificação complexa que envolve dezenas de passos que devem ser otimizados para cada doente, individualmente. Esta lista foi sistematizada em três momentos-chave, em que a equipa faz uma pausa para a verificação de todos os pontos-chave: *Sign In* (antes da indução da anestesia), *Time Out* (antes da incisão da pele), *Sign Out* (antes do doente sair da sala de operação).

As recomendações da OMS emanam dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica com o objetivo de minimizar as perdas desnecessárias de vida e complicações graves, as equipas têm em conta os 10 objetivos básicos, essenciais a qualquer caso cirúrgico, que a OMS assume como orientações de segurança cirúrgica:

1. *“A equipa vai operar o doente certo, no local correcto.*
2. *A equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor.*
3. *A equipa vai identificar e estar efectivamente preparada para actuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória.*
4. *A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efectivamente preparada para actuar face ao risco de elevada perda de sangue.*
5. *A equipa vai evitar a indução de uma reacção alérgica ou reacções adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente.*

6. *A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico.*
7. *A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.*
8. *A equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas.*
9. *A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos.*
10. *Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados”* (Direção Geral da Saúde, 2010: p. 15).

Ao comparar as dez atividades diagnósticas mais pontuadas, com os dez objetivos essenciais da “*Cirurgia Segura*”, podemos concluir que a sua maioria está relacionada com esses mesmos objetivos, ora vejamos: “*Confirma a identidade do cliente*”, “*Verifica procedimento cirúrgico, local cirúrgico e lateralidade*”, “*Verifica antecedentes de alergias*”, “*Verifica o consentimento para o procedimento planeado*”, “*Identifica o estado respiratório inicial*”, “*Avalia o risco de retenção não intencional de dispositivos médicos*”, relacionam-se com os objetivos 1, 3, 5, 6, 7,9 e 10. Estes dados estabelecem um paralelismo com os objetivos da “*Cirurgia Segura*”, dada a “elevada” relevância atribuída às atividades referenciadas.

No quadro 3, identificámos o “*Less 5*” das atividades de avaliação inicial do PNDS, consideradas pelos participantes como as menos relevantes no contexto perioperatório. Através do quadro, podemos constatar uma concentração da média de *scores* atribuídos abaixo dos 7 pontos (entre 7,0 e 6,3), o que traduz uma relevância clínica menos relevante atribuída a estas atividades. Contudo, podemos considerar que a qualificação atribuída a estas atividades de avaliação inicial poderá ser considerada entre “razoável e boa” relevância clínica.

A atividade de avaliação inicial deste grupo (“*Less 5*”) “**A.510.7. Avalia aspetos psicossociais específicos na gestão do regime medicamentoso**” é aquela que apresenta maior score médio ($7,0 \pm 2,352$), uma Moda e Mediana de 8. A atividade “**A.260.2. Avalia aspetos psicossociais relacionados com estado nutricional do cliente**” é aquela que apresenta globalmente o menor *score* médio atribuído pelos

participantes (6,32±2,384), uma mediana de 7 e um valor modal de 6. Estes resultados, provavelmente, estarão associados ao facto de no BO de cirurgia convencional serem aspetos que não são alvo da intervenção do enfermeiro, estando mais ligados à cirurgia de ambulatório. Na nossa amostra o BO de cirurgia de ambulatório tem uma representatividade marcadamente inferior (15,6%). No contexto em que foi aplicado o instrumento, são também poucos os locais onde os enfermeiros efetuam a visita pré-operatória, bem como consulta de pós-operatório, embora esteja descrito como benéfico para o cliente, contribuindo para a diminuição da ansiedade e medo no perioperatório (AESOP, 2006). As atividades menos pontuadas, “Less 5”, são ainda assim consideradas “relevantes” pelos enfermeiros, dado que os seus valores apontam para uma relevância “razoável” ou “boa”, com *scores* médios variam entre 6,32 e 7,07. Podemos, com efeito, concluir que a opção de não exclusão de qualquer item do instrumento pelo comité de peritos se revelou ser pertinente, uma vez que no global todas as atividades foram consideradas relevantes e com utilidade clínica pelos enfermeiros que participaram no estudo.

Quadro 3. Estatística descritiva das atividades de avaliação inicial do PNDS – “Less 5”

Código	Enunciado	Média	Med	Mo	SD	Var	Mín-Máx	N
A.510.7	Avalia aspetos psicossociais específicos na gestão do regime medicamentoso	7,07	8	8	2,352	5,533	1 - 10	284
A.530.5	Providencia informação sobre direitos e deveres do Cliente	6,98	8	10	2,619	6,859	1 - 10	286
A.530.4	Identifica as expectativas face aos cuidados no domicílio	6,79	7	10	2,627	6,901	1 - 10	285
A.260.1	Avalia hábitos e padrão alimentar	6,47	7	8	2,418	5,845	1 - 10	287
A.260.2	Avalia aspetos psicossociais relacionados com estado nutricional do cliente	6,32	7	6	2,384	5,681	1 - 10	284

Numa análise global das atividades de avaliação inicial (Anexo XII), podemos também agrupá-las de outra forma, num “Top 25”, uma vez verificada uma oscilação da relevância atribuída a 25 dos itens entre 9,73 e 8,5 (*score* médio). Grande parte das atividades que se seguem às dez mais relevantes (Top “10”), apresentadas anteriormente, estão também contempladas nos dez objetivos essenciais da “*Cirurgia Segura*”, nomeadamente: “Avalia o risco de hipotermia inadvertida” (Risco de Infecção, alteração da homeostasia), “Avalia o controlo da dor”, “Avalia o risco para a regulação da normotermia”, “Identifica fatores associados a um risco aumentado de hemorragia ou desequilíbrio hidroeletrólítico”, “Avalia a suscetibilidade à infeção”, “Verifica a presença de ortóteses ou dispositivos de correção”, “Identifica barreiras à comunicação” e “Classifica a ferida cirúrgica”.

Paralelamente, podemos referir também que se alargarmos os *scores* médios das dez atividades menos pontuadas (“*Less 10*”), verificamos que estas variam entre 7,34 e 6,32, o que corresponde apenas a um diferencial muito residual (0,27) entre a 5.^a e a 10.^a atividade de avaliação menos pontuada. As dez menos relevantes relacionam-se com aspetos como o estado nutricional/padrão alimentar, abuso físico, a gestão do regime medicamentoso, processos de *coping*, que são aspetos, que em contexto de BO, não constituem um foco central da atenção dos enfermeiros, uma vez que nessas áreas a capacidade de intervenção é mais limitada no contexto de BO, especialmente em cirurgia convencional.

2.3.3. Validade de construto do PNDS associada às atividades de avaliação inicial: análise fatorial exploratória

Neste estudo, optamos por recorrer à análise fatorial para a avaliação da validade de construto associado às atividades de avaliação inicial. O objetivo desta análise pretende validar a estrutura teórica que sustenta o PNDS.

A validade de construto é um critério-chave para avaliar a qualidade do estudo e tem sido relacionada, mais frequentemente com termos de medição. As questões-chave da validade de construto relativas à medição são: “O que mede realmente o instrumento?” e “Ele mede de modo válido o conceito abstrato estudado?” (Polit & Beck, 2016: p.412).

Figueiredo e Silva (2010) salientam que a análise fatorial exploratória geralmente é utilizada nos estádios mais embrionários da investigação, no sentido de explorar os dados. No presente estudo, utilizou-se a análise fatorial exploratória para verificar a adequação dos dados, nomeadamente, a relação entre um conjunto de variáveis, identificando padrões de correlação.

A análise fatorial exploratória traduz um conjunto de técnicas multivariadas que tem como objetivo encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas (Brown, 2006). A principal função das diferentes técnicas de análise fatorial é reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas a um número reduzido de fatores. Os fatores representam as dimensões latentes (construtos) que resumem ou explicam o conjunto de variáveis observadas (Hair et al., 2006). Por outro lado, a análise fatorial oferece uma alternativa que agrega mais informações, no entanto, tende a exigir do investigador um maior grau de sofisticação técnica (Figueiredo & Silva, 2010).

Ao analisar a estrutura das inter-relações de um determinado número de variáveis observadas, define-se o(s) fator(es) que melhor explica(m) a sua covariância (Hair et al., 2006). As variáveis observadas “pertencem” a um mesmo fator quando, e se, elas partilham uma variância em comum (são influenciadas pelo mesmo construto subjacente) (Brown, 2006). Hair e colaboradores (2006) definem fator como a combinação linear das variáveis (estatísticas) originais.

O primeiro passo, durante a implementação desta técnica, é observar se a matriz de dados é passível de fatoração, isto é, analisar se os dados podem ser submetidos ao processo de análise fatorial (Pasquali, 1999). Para isso, foi usado o critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* (quadro 4), índice de KMO, também conhecido como índice de adequação da amostra. É um teste estatístico que sugere a proporção de variância dos itens que pode ser explicada por uma variável latente. Tal índice indica o quão adequada é a aplicação da análise fatorial exploratória ao conjunto de dados (Hair et al., 2006). O seu valor pode variar de zero a um. Como regra para interpretação dos índices de KMO, valores menores que 0,5 são considerados inaceitáveis, valores entre 0,5 e 0,7 são considerados medíocres; valores entre 0,7 e 0,8 são considerados bons; valores maiores que 0,8 e 0,9 são considerados ótimos e excelentes, respetivamente (Hutcheson & Sofroniou, 1999).

Quadro 4. Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* e teste de esfericidade de *Bartlett*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,928
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	12485,585
	Df	1225
	Sig.	0,000

O teste de esfericidade de *Bartlett* (Quadro 4), por sua vez, avalia em que medida a matriz de (co)variância é similar a uma matriz-identidade (os elementos da diagonal principal têm valor igual a um, e os demais elementos da matriz são aproximadamente zero, ou seja, não apresentam correlações entre si. Segundo Hair e colaboradores (2006), esse teste avalia, também, a significância geral de todas as correlações numa matriz de dados. Valores do teste de esfericidade de *Bartlett* com níveis de significância $p < 0,05$ indicam que a matriz é fatorável (Tabachnick & Fidell, 2007), rejeitando a hipótese nula de que a matriz de dados é similar a uma matriz-identidade.

Da mesma forma, o teste da esfericidade de *Bartlett* (*Bartlett Test of Sphericity*-BTS) deve ser estatisticamente significativo ($p < 0,05$) para produzir informação válida e credível na interpretação dos resultados que emergem da análise fatorial. Desta forma, para validar a consistência desta análise, procedemos à realização do teste de adequação da amostra de *KMO*, cujo resultado foi de 0,928. Simultaneamente, realizamos o teste de esfericidade de *Bartlett*, cujo resultado foi de $p=0,000$ para o nível de significância, permitindo concluir que poucas dimensões poderão explicar grande proporção da variabilidade dos dados.

Neste estudo, utilizamos a análise dos componentes principais para agrupar os itens num conjunto homogêneo, e assim identificar a relação de um grupo de itens com as diferentes dimensões, que se exprimiram pelos valores de relações estatísticas mais elevados (Pais-Ribeiro, 2010). Para tal, utilizamos a rotação ortogonal segundo o método *varimax*.

Numa primeira fase, procedemos à análise fatorial com recurso à análise dos fatores por extração através do método de componentes principais, com base nos auto-valores (*eigenvalues*) superiores a 1, sem fixar o número de fatores, por rotação *varimax* e normalização de *Kaiser*, excluindo os valores omissos pelo método de *Listwise*. A rotação *varimax* e normalização de *Kaiser* teve o intuito

de auxiliar na tradução dos fatores, pretendendo que cada variável mostre uma carga fatorial alta em poucos fatores ou em apenas um, em que o propósito foi o de diminuir o número de variáveis que manifestam altas cargas em cada fator. Desta análise fatorial resultou a extração de 7 fatores, que explicavam 72,3 % da variância.

Da apreciação realizada a estes primeiros resultados, constatámos um elevado nível de especificação das dimensões obtidas, pelo que procurámos verificar de que forma, as variáveis se agrupavam se forçássemos a análise fatorial a três fatores. Esta decisão também foi suportada pelo construto teórico do instrumento, suportado por 3 dimensões, uma vez que as atividades diagnósticas estão associadas na sua estrutura teórica apenas a três dos domínios do PNDS.

Procedemos igualmente a análise fatorial com recurso à análise dos fatores por extração através do método de componentes principais, com um número fixo de fatores a extrair (3 fatores), por rotação *varimax* e normalização de *Kaiser*, excluindo os valores omissos pelo método de *Listwise*.

Deste procedimento análise fatorial exploratória, reduzida a 3 fatores, emergiram três dimensões, que definem construtos semelhantes aos apresentados na estrutura teórica do pnds, que explicam 61,327% da variância total: dimensão 1 – respostas fisiológicas e segurança, dimensão 2 – respostas comportamentais e dimensão 3 – respostas fisiológicas.

O quadro 5 apresenta a estrutura dos componentes principais do PNDS atividades de avaliação inicial, após rotação *varimax*, que traduz a dimensão 1, que foi por nós designada de “**respostas fisiológicas e segurança**”, que explica 25,24% da variância total apresentando cargas fatoriais que variam de 0,423 a 0,850.

A dimensão 1 (quadro 5) remete inequivocamente para aspetos essencialmente associados à segurança e aos aspetos fisiológicos incluídos nesta dimensão, aos quais é atribuída uma importância muito elevada. Com efeito, as atividades principais presentes nesta dimensão relacionam-se com as verificações obrigatórias prévias à entrada do doente no BO, o que muitas vezes se denomina de *Check-List* pré-operatória (ou lista de verificação pré-operatória). As recomendações emanadas pelo *International Federation of Perioperative Nurses* e pela EORNA em 2005 no documento “*RECOMENDAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE PADRÕES DE BOA PRÁTICA/Segurança dos doentes – O*

nosso primeiro objectivo” são ações cujo documento explicita como relevantes e a desenvolver, sendo grande parte delas sobreponíveis à dimensão em análise neste estudo (**respostas fisiológicas e segurança**). A “segurança” terá que ter por foco a promoção da consciência coletiva voltada para o reconhecimento da natureza de alto risco. No contexto perioperatório, é essencial a promoção de uma cultura centrada na realização de práticas cada vez mais seguras.

Quadro 5. Estrutura dos componentes principais do PNDS atividades de avaliação inicial após rotação *varimax* - dimensão 1

Dimensão 1 – Respostas Fisiológicas e Segurança		Saturação
A.20	Verifica procedimento cirúrgico, local cirúrgico e lateralidade.	,850
A.10	Confirma a identidade do cliente.	,818
A.200	Avalia o risco para a regulação da normotermia	,796
A.30	Verifica antecedentes de alergias	,791
A.200.1	Avalia o risco de hipotermia inadvertida	,782
A.240	Avalia condição da pele inicial	,776
A.220	Identifica o estado cardíaco inicial	,760
A.230	Identifica o estado respiratório inicial	,758
A.200.2	Avalia o risco de hipertermia inadvertida	,745
A.210	Identifica o estado fisiológico	,742
A.220.3	Avalia fatores relacionados como o risco de compromisso da perfusão tecidual	,704
A.280.1	Identifica compromissos que requerem precauções adicionais para o posicionamento específico durante o procedimento	,703
A.220.1	Comunica a presença de dispositivos cardíacos implantáveis	,695
A.310	Identifica fatores associados a um risco aumentado de hemorragia ou desequilíbrio hidroeletrólítico.	,645
A.220.2	Identifica a perfusão de tecidos inicial	,640
A.20.2	Avalia o risco de retenção não intencional de dispositivos médicos	,628
A.20.1	Verifica o consentimento para o procedimento planeado	,597
A.360	Avalia o controlo da dor	,543
A.40	Verifica a presença de ortóteses ou dispositivos de correção	,540
A.350	Avalia a suscetibilidade à infeção	,494
A.350.1	Classifica a ferida cirúrgica	,423
	Eighenvalue	12,62
	%variância total	25,24

O quadro 6 apresenta a estrutura dos componentes principais do PNDS atividades de avaliação inicial após rotação *varimax*, que traduz a dimensão 2, que foi por nós designada de “respostas comportamentais”, que explica 19,19% da variância total com cargas fatoriais que variam de 0,476 e 0,845.

Quadro 6. Estrutura dos componentes principais do PNDS atividades de avaliação inicial após rotação *varimax* - dimensão 2

Dimensão 2 - Respostas Comportamentais		Saturação
A.530.2	Avalia a disponibilidade para aprender	,845
A.530.1	Determina o conhecimento	,833
A.530	Identifica as necessidades de informação do cliente e pessoa designada	,804
A.520	Identifica barreiras à comunicação	,723
A.530.3	Avalia conhecimento em relação aos cuidados e fases da cicatrização da ferida.	,723
A.530.4	Identifica as expectativas face aos cuidados no domicílio	,720
A.530.5	Providencia informação sobre direitos e deveres do Cliente	,706
A.510.1	Identifica atitudes, crenças e expectativas individuais face aos cuidados	,655
A.510	Identifica o estado psicossocial	,639
A.510.6	Avalia processos de <i>coping</i>	,634
A.510.7	Avalia aspetos psicossociais específicos na gestão do regime medicamentoso	,628
A.510.2	Comunica crenças e valores filosóficos, culturais e espirituais	,620
A.510.4	Rastreia o abuso físico	,576
A.520.1	Preserva a autonomia, dignidade e direitos humanos do cliente	,574
A.510.5	Rastreia o abuso de substâncias	,541
A.510.3	Esclarece perceções sobre a cirurgia	,518
A.510.8	Mantém a dignidade e privacidade do cliente	,476
	Eigenvalue	9,59
	%Variância total	19,19

A dimensão 2 remete inequivocamente para aspetos comportamentais e psicossociais do doente, sendo que a atividade que atingiu a maior saturação foi a “A.530.2 Avalia a disponibilidade para aprender”, revelando a importância atribuída pelos enfermeiros ao potencial que os doentes apresentam para adquirir conhecimento, sendo a “disponibilidade para aprender” uma condição necessária (embora não suficiente) para determinar o seu potencial.

Outras atividades que integram esta dimensão, apontam, também, para um conjunto de aspetos que determinam muitas das atitudes e comportamentos dos doentes que devem ser alvo de reflexão por parte dos enfermeiros e que condicionarão o processo de conceção de cuidados, como por exemplo: “atitudes, crenças e expectativas individuais face aos cuidados”, “valores filosóficos, culturais e espirituais”, “abuso de substâncias”, “aspetos psicossociais específicos na gestão do regime medicamentoso”, “autonomia, dignidade e direitos humanos do cliente”.

O quadro 7 apresenta a estrutura dos componentes principais do PNDS atividades de avaliação inicial após rotação *varimax*, que traduz a dimensão 3, que foi por nós designada de “**respostas fisiológicas**”, que explica 16,89% da variância total apresentam uma carga fatorial entre 0,424 e 0,839.

Quadro 7. Estrutura dos componentes principais do PNDS atividades de avaliação inicial após rotação *varimax* - dimensão 3

Dimensão 3 – Respostas Fisiológicas		Saturação
A.240.1	Avalia os antecedentes de exposição prévia à radiação	,720
A.250	Avalia o estado neurológico inicial	,536
A.250.1	Identifica distúrbios sensoriais	,612
A.260	Identifica o estado gastrointestinal inicial	,824
A.260.1	Avalia hábitos e padrão alimentar	,839
A.260.2	Avalia aspetos psicossociais relacionados com estado nutricional do cliente	,799
A.270	Identifica estado genitourinário inicial	,699
A.280	Identifica o estado músculo-esquelético inicial	,595
A.300	Identifica o estado endócrino inicial	,651
A.340	Comunica desvios nos resultados de meios complementares de diagnóstico	,488
A.360.1	Identifica atitudes e crenças face à dor	,424
	Eigenvalue	8,44
	%Variância total	16,89

A dimensão 3 remete inequivocamente para aspetos centrados nas “respostas fisiológicas”, que correspondem a um conjunto de processos corporais, reportando o *status* (condição da pessoa) face a alguns processos corporais: *status* neurológico, gastrointestinal, endócrino, nutricional, musculo-esquelético, entre outros.

Esta dimensão engloba atividades de avaliação prévia à cirurgia que são determinadas também pela interpretação de desvios de meios complementares de diagnóstico, de antecedentes de exposição prévia à radiação, de alguns hábitos, crenças. Contudo, remete também para alguns aspectos de respostas fisiológicas que traduzam globalmente o *status* de alguns processos corporais, nomeadamente, *status* neurológico inicial, *status* gastrointestinal inicial, *status* endócrino inicial, *status* musculoesquelético inicial, entre outros.

2.3.4. Análise das dimensões das atividades de avaliação inicial do PNDS (resultado da análise fatorial exploratória)

Após a realização da análise fatorial exploratória e da sua redução a 3 dimensões, que caracterizam a relevância atribuída pelos enfermeiros às atividades de avaliação inicial do PNDS, procedemos à análise dos resultados obtidos em cada uma das dimensões e suas relações, computando novas variáveis que correspondem a cada uma das dimensões identificadas, que resultaram da média dos *scores* dos itens que as integravam, retirando as respostas nulas. Este *score* representa relevância clínica de cada uma das dimensões (quadro 8).

Quadro 8. Estatística descritiva dos *scores* médios das dimensões que emergem da análise fatorial do PNDS

	DIMENSÃO 1 RESPOSTAS FISIOLÓGICAS E SEGURANÇA	DIMENSÃO 2 RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS	DIMENSÃO 3 RESPOSTAS FISIOLÓGICAS
Média	9,02	7,79	7,92
Mediana	9,3	8,1	8,2
Moda	10	10	10
Desvio Padrão	1,12	1,64	1,51
Variância	1,25	2,71	2,30
Mínimo	1,82	2,06	2,56
Máximo	10	10	10
N	287	287	287

A análise descritiva dos *scores* médios das dimensões, que emergem da análise fatorial do PNDS, permite-nos constatar que a dimensão “respostas fisiológicas e

segurança” apresenta um *score* médio global de $9,03 \pm 1,12$. as dimensões “respostas fisiológicas” e “respostas comportamentais” apresentam *scores* médio globais semelhantes de $7,92 \pm 1,65$ e $7,80 \pm 1,52$ respetivamente.

os resultados referentes à dimensão “respostas fisiológicas e segurança” (anexo xiii), apontam para uma maior importância atribuída pelos enfermeiros aos aspetos ligados à segurança, bem como aspetos fisiológicos que são considerados fundamentais na abordagem do doente no bo (estado cardíaco, estado respiratório, dor, condição da pele, normotermia, infeção) que correspondem, como referimos anteriormente, às *guidelines* definidas por IFPN/EORNA (2005). O conceito de cirurgia segura envolve medidas que deverão ser adotadas para redução do risco de eventos adversos que podem acontecer antes, durante e depois do ato cirúrgico.

“O enfermeiro perioperatório e o enfermeiro do internamento”, asseguram, para cada doente, aspetos como a confirmação da identidade, o consentimento informado, cuidados relativos à preparação pré-operatória, sinalização inequívoca do local cirúrgico, histórico de alergias, avaliação das condições da pele, administração e registo da medicação pré-operatória, registo da presença de *pace-maker* (se aplicável) ou outro tipo de implantes, a tricotomia pré-operatória (se necessária) do local cirúrgico não traumática, registo relativo à hora da última refeição, entre outras atividades (IFPN & EORNA, 2005).

A dimensão “respostas fisiológicas” e a dimensão “respostas comportamentais” (ANEXO XIII), apresentam valores semelhantes de relevância clínica atribuída pelos participantes do estudo. Os aspetos fisiológicos reportados pela dimensão 3 (respostas fisiológicas) são aspetos mais específicos da avaliação inicial do doente, referentes ao estado neurológico, distúrbios sensoriais, estado musculoesquelético, entre outros, a que se associam as respostas comportamentais como aspetos cujos resultados apontam para valores semelhantes de relevância clínica atribuída pelos enfermeiros perioperatórios. As atividades associadas a esta dimensão expressam, como referimos anteriormente, um conjunto de avaliações das condições de saúde, que traduzindo respostas fisiológicas, não correspondem na opinião dos participantes a aspetos tão relevantes como os associados à dimensão 1 (“respostas fisiológicas e segurança”). Da mesma forma, relativamente à dimensão “respostas comportamentais” que integra um conjunto

de aspetos que determinam muitas das atitudes e comportamentos dos doentes que devem ser alvo de reflexão por parte dos enfermeiros e que, como referimos, condicionarão o processo de conceção de cuidados, nomeadamente na abordagem da autonomia, dignidade e direitos humanos do cliente.

Muitas destas atividades implicam, ter por base, o envolvimento da família no processo de cuidados. Contudo, a evolução do sistema de saúde coloca muitas vezes o doente no hospital como elemento isolado e a família não é integrada no seu percurso no hospital (Carapinheiro, 1993 cit. por Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012). Neste contexto, as classificações de enfermagem poderão ser um elemento crucial neste processo, podendo pela sua estrutura criar tendências para englobar a família no processo de cuidados em ambiente perioperatório, como recurso à clarificação de muitos dos aspetos fundamentais da condição do doente para o ato cirúrgico.

Como principal objetivo da prática da enfermagem perioperatória, a AORN (2005) define a assistência ao doente e sua família com o intuito de trazer ao seu alcance um nível de bem-estar igual ou superior, relativamente ao momento que precede ao evento cirúrgico. O doente, e a sua família, no centro do modelo, providenciam o foco do cuidado na enfermagem perioperatória (Westendorf, 2007; Beya, 2011). Por seu lado, a família, na sociedade contemporânea é, indubitavelmente, um pilar fundamental de apoio; unidade social onde a pessoa se insere e, também, a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização, sendo uma realidade de chegada, permanência e partida do ser humano. Recentemente, observa-se que os sistemas de saúde começam a atribuir às famílias alguma responsabilidade nos cuidados aos seus familiares, delegando-lhes o papel central nos cuidados em situação de doença e dependência (Martins et. al, 2012).

A família deverá ser alvo dos cuidados em ambiente hospitalar, inclusive no contexto perioperatório, pois constitui-se como um fator de proteção e gestão dos processos de saúde, influenciando também o seu desenvolvimento.

2.3.5. Relação entre as dimensões das atividades de avaliação inicial do PNDS e as características dos participantes

A análise da relação entre as variáveis atributo que caracterizam os participantes e as dimensões das atividades de avaliação inicial do PNDS, teve por base as dimensões identificadas através da análise fatorial exploratória.

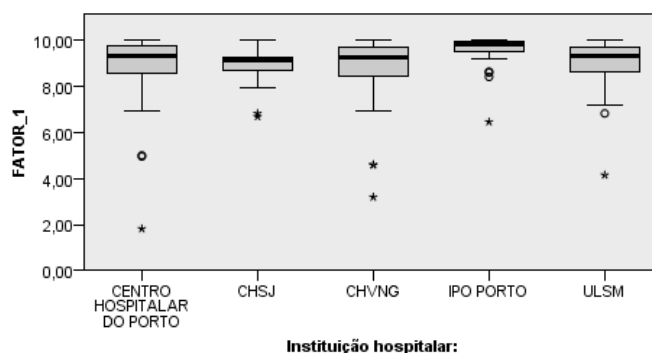
Para a escolha da estatística paramétrica ou não paramétrica na análise inferencial, efetuamos o estudo das características da distribuição amostral, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S), verificando a existência de resultados com uma significância estatística de $p < 0,001$ em todos os itens, o que significa que a nossa amostra não aderiu à normalidade. Diante desta análise, aplicamos os testes estatísticos não paramétricos: o teste *U-Mann-Whitney* (U) para avaliar a diferença de médias em duas amostras independentes; o teste de *Kruskal-Wallis* (H) para estimar as diferenças entre amostras de três ou mais grupos independentes com o objetivo de comparar as médias; e o estudo do coeficiente de correlação de postos de *Spearman* (r_s) para o estudo das relações entre variáveis da mesma natureza (ordinal-ordinal; escalar-escalar). Na presente investigação, decidimos expor os resultados com significado estatístico de $p \leq 0,05$.

Relativamente à relação entre a variável de atributo dos respondentes e a relevância clínica atribuída a cada uma das dimensões das atividades de avaliação do PNDS, procedemos à realização do teste de *U-Mann-Whitney* para avaliar a diferença de médias em duas amostras independentes, não se tendo observado diferenças estatisticamente significativas.

No que concerne à relação entre a variável de atributo dos respondentes, instituição de saúde onde os enfermeiros se encontram a exercer a atividade profissional, e a relevância clínica atribuída a cada uma das dimensões das atividades de avaliação do PNDS, procedemos à realização do teste de *Kruskal-Wallis* para estimar as diferenças entre amostras de três ou mais grupos independentes com o objetivo de comparar as médias, tendo-se observado as seguintes diferenças estatisticamente significativas relativamente às seguintes dimensões:

• **Dimensão 1 - “respostas fisiológicas e segurança”**. Na comparação múltipla das médias das ordens ($X^2_{KW}=23,167$; $gl=4$; $n=287$; $p<0,001$) constata-se uma tendência para a existência de diferenças entre o grupo de enfermeiros que trabalha na instituição de saúde IPO-Porto, que atribuiu maior relevância clínica a esta dimensão, comparativamente com os grupos de enfermeiros das restantes instituições (gráfico 1).

Gráfico 1. Relação entre a dimensão 1 “segurança e respostas fisiológicas” e a instituição hospitalar



• **Dimensão 2 - “respostas comportamentais”** Na comparação múltipla das médias das ordens ($X^2_{KW}=13,186$; $gl=4$; $n=287$; $p=0,01$) constata-se uma tendência para a existência de diferenças entre o grupo de enfermeiros que trabalha na instituição de saúde IPO-Porto, que atribuiu maior relevância clínica a esta dimensão, comparativamente com os grupos de enfermeiros das restantes instituições (gráfico 2).

Gráfico 2 . relação entre a dimensão 2 “respostas comportamentais” e a instituição hospitalar

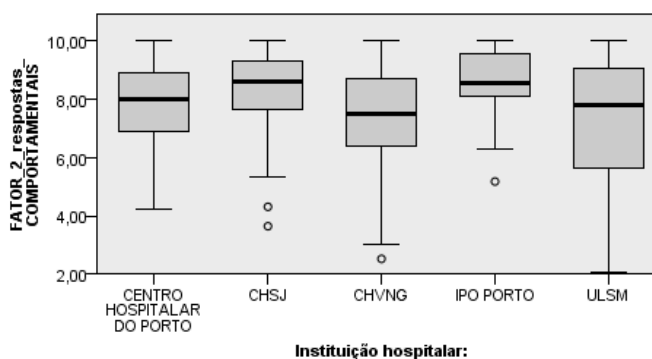
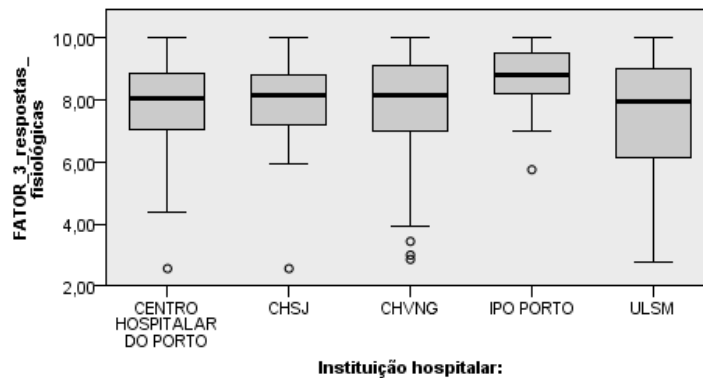


Gráfico 3 . Relação entre a dimensão 3 “respostas fisiológicas” e a instituição hospitalar



- **Dimensão 3 – “respostas fisiológicas”-** Na comparação múltipla das médias das ordens ($X^2_{KW}=13,585$; $gl=4$; $n=287$; $p<0,01$) constata-se uma tendência para a existência de diferenças entre o grupo de enfermeiros que trabalha na instituição de saúde IPO-Porto, que atribuiu maior relevância clínica a esta dimensão, comparativamente com os grupos de enfermeiros das restantes instituições (gráfico 3).

As diferenças observadas poderão encontrar-se associadas às estratégias definidas por cada uma das instituições, o que poderá de certa forma viabilizar a cada grupo de enfermeiros uma perceção de maior ou menor relevância e utilidade clínica de cada um dos itens que integram as diferentes dimensão das atividades de avaliação inicial do PNDS.

2.3.6. Relação entre as diferentes dimensões das atividades de avaliação inicial do PNDS

Para o estudo das relações entre as diferentes dimensões das atividades de avaliação inicial do PNDS utilizamos a correlação de *Spearman* (r_s). Este coeficiente mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais, recorrendo em vez do valor observado, apenas à ordem das observações. Deste modo, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, nem à presença de *outliers*, não exigindo portanto que os dados provenham de duas populações normais.

O coeficiente de correlação dá-nos a direção, que é indicada pelo sinal positivo ou negativo e a intensidade ou força que é dada pelo valor que varia entre -1 e +1. Uma correlação de +1 significa que há relação linear positiva perfeita entre as

variáveis, o que indica que o aumento de uma variável, em média, corresponde ao aumento da outra. Enquanto, que por outro lado, uma correlação de -1 indica a existência de relação linear negativa perfeita, o que indica que o aumento de uma variável esta associado, à diminuição da outra. Se a correlação for zero não existe correlação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2005).

Conforme podemos verificar através do quadro 9, que apresenta a matriz de correlação entre as 3 dimensões que agregam itens das atividades de avaliação inicial do PNDS, permite-nos verificar a existência de uma correlação positiva entre as dimensões identificadas, o que comprova que as dimensões se encontram interligadas, validando a conceção teórica desta estrutura suportada pelo Modelo Perioperatório centrado no Doente, que sustenta o PNDS. Os resultados apresentam um coeficiente rs entre 0,534 e 0,669, o que indica uma correlação positiva, nomeadamente moderada, entre as dimensões 1 e 2, mas elevada para as restantes correlações (Pestana & Gageiro, 2005).

Quadro 9. Matriz de correlação entre as dimensões do PNDS

		DIMENSÃO 1 Respostas fisiológicas e segurança	DIMENSÃO 2 Respostas comportamentai s	DIMENSÃO 3 Respostas fisiológicas
DIMENSÃO 1 Respostas comportamentais	Coeficiente de correlação	-----	-----	-----
	Sig. (2 extremidades)	-----	-----	-----
	N	-----	-----	-----
DIMENSÃO 2 Respostas comportamentais	Coeficiente de correlação	,637**	-----	-----
	Sig. (2 extremidades)	,000	-----	-----
	N	287	-----	-----
DIMENSÃO 3 Respostas fisiológicas	Coeficiente de correlação	,810**	,778**	-----
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	-----
	N	287	287	-----

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)

Paralelamente, procuramos verificar se existia alguma correlação, com significado estatístico, entre o nível de relevância atribuído pelos enfermeiros às diferentes dimensões com as variáveis de atributo dos respondentes: "*idade*", "*tempo de experiência profissional em Enfermagem*" e "*tempo de experiência profissional em enfermagem no BO*". Para isso, recorreremos também ao teste de

correlação de *Rho Spearman* não tendo sido encontradas correlações com significado estatístico.

REFLEXÕES FINAIS

As terminologias têm-se revelado efetivamente estruturais para a disciplina e para a prática de enfermagem, motivo pelo qual, este estudo se torna relevante e pertinente para a investigação. O desenvolvimento de esforços nesta área permite reproduzir melhores cuidados, melhor comunicação entre pares e multiprofissional, desenvolvimentos na investigação, bem como para o core da disciplina. As linguagens classificadas influenciam positivamente todas as áreas do conhecimento, motivo pelo qual a utilização de recursos que suportem o processo de documentação dos enfermeiros pode ter um papel chave na segurança, na qualidade dos cuidados e no desenvolvimento das diferentes áreas do conhecimento.

Este trajeto permitiu-nos corroborar a necessidade dos enfermeiros desenvolverem uma maior sistematização da documentação na sua prática, e a possibilidade de integrar conhecimento existente, com a realidade do contexto da documentação em Portugal. O desenvolvimento desta sistematização pode configurar-se de diversas perspetivas, nomeadamente, através do desenvolvimento destes instrumentos e sua aplicação na prática. Neste sentido, propusemo-nos a traduzir, adaptar e avaliar a relevância clínica de um instrumento conhecido e já validado para diferentes contextos e culturas diferentes. O PNDS foi traduzido do idioma original para o português, tendo por base as orientações internacionais para a tradução e adaptação de instrumentos na área da saúde.

Na aplicação do instrumento nos contextos do estudo, pudémos constatar excelente recetividade dos enfermeiros a exercerem funções nos blocos operatórios do distrito do Porto, sendo que a taxa de adesão e os resultados obtidos puderam, efetivamente, salientar uma opinião deveras favorável, face ao intrumento aplicado.

Os resultados deste estudo demonstraram que o PNDS (domínios e atividades de avaliação inicial) representa um instrumento com relevância clínica, resultante de um processo de tradução e adaptação cultural e uma avaliação da utilidade clínica por uma população significativa de enfermeiros perioperatórios dos hospitais centrais do Porto.

O BO é considerado um meio tecnicista, onde a técnica é apanágio do trabalho dos enfermeiros neste contexto. Não obstante, este estudo veio demonstrar uma vez mais que o enfermeiro intervém junto do doente de uma forma global e holística, sendo a técnica apenas um meio necessário à otimização do estado do doente num determinado momento.

É também neste contexto tecnicista, que o enfermeiro perioperatório demonstra que as respostas comportamentais, a segurança e a família são pedras angulares no cuidado, e reafirmando a necessidade da presença de enfermeiros no BO no sentido de manter o doente no seu melhor estadio durante o período perioperatório. Neste sentido, um grande envolvimento na gestão e implementação de cuidados de saúde aos doentes no BO é o apanágio do cuidar neste contexto, sendo que as terminologias são instrumentos cruciais para demonstrar o que é realizado na prática clínica.

A adesão dos enfermeiros a este estudo, corrobora mais uma vez a necessidade de desenvolver trabalho nesta área, apesar de se ter apresentado um questionário com muitos itens (n=55), foi obtida uma adesão de quase 50% dos enfermeiros perioperatórios dos hospitais centrais do distrito do Porto.

A grande limitação que se impôs, foi a extensão da terminologia, com quase 400 enunciados, impossibilitando um estudo desta envergadura para todos, em tempo útil, tendo sido necessário circunscrever o estudo. Outra limitação, foi a impossibilidade de atingir a fase de mapeamento com a CIPE, que teria sido um objetivo prévio ao início deste percurso. Por conseguinte, futuros estudos deverão ser levados a cabo no sentido de finalizar a tradução e adaptação cultural e relevância clínica do PNDS, bem como o seu mapeamento com a CIPE. Com efeito, o desenvolvimento do trabalho de mapeamento do PNDS com a linguagem classificada em uso nos sistemas de informação de enfermagem em Portugal, a CIPE, deverá ser o caminho a percorrer, uma vez que encontram em desenvolvimento trabalhos nesta área, preconizados pelo ICN e pela AORN, existindo um interesse por parte dos mesmos nesse sentido (Anexo VI).

BIBLIOGRAFIA

Alexandre, N. M., Coluci, M.Z. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6(7). 3061-3068.

Almeida, M. A., Pergher, A. K., Canto, D. F. (2010). Validation of mapping of care actions prescribed for orthopedic patients onto the nursing interventions classification. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*. 18(1). 116-123.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória : da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta. Loures.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2015). Reconhecimento da Individualização da especialidade clínica em enfermagem perioperatória. *AESOP Revista*. XIII (39). 4-8.

Association Of periOperative Registered Nurses (2007). *Standards, Recommended Practices, and Guidelines*. 2007 Edition. Denver. AORN.

Ausili, D., Sironi, C., Rasero, L., Coenen, A. (2012). Measuring elderly care through the use of a nursing conceptual model and the international classification for nursing practice[®]. *International Journal Of Nursing Knowledge*. 23(3). 146-152.

Avidan, A. Y., Fries, B. E., James, M. L., Szafara, K. L., Wright, G. T., Chervin, R. D. (2005). Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 53(6). 955-962.

Bakken S., Hewitt C., Jenkins M. (2006). Women's health nursing in the context of the National Health Information Infrastructure. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 35(1).141-150.

Bakken, S., Holzemer, W. L., Portillo, C. J., Grimes, R., Welch, J.,Wantland, D. (2005). Utility of a Standardized Nursing Terminology to Evaluate Dosage and Tailoring of an HIV/AIDS Adherence Intervention. *Journal of Nursing Scholarship*. 37(3)., 251-257.

Bartz, C., Coenen, A., & Hong, W.H. (2006). Participation in the International Classification for Nursing Practice (ICNP) programme. *Studies In Health Technology And Informatics*. 124. 157-161.

Beach M. J., Sions J. A. Surviving OR Computerization. (2011). *AORN Journal*. 93(2):.226-241.

Beaton D.E., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M.B. (2002). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. Rosemont (IL): American Academy of Orthopedic.

Benner, P. (2004). Designing formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice. *American Journal Of Critical*

Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses. 13(5). 426-430.

Beyea, S. (2000). Clinical Practice Guidelines - An Organizational Effort. AORN Journal. 71 (4).852-858.

Beyea, S. (2000). Perioperative Data Elements: Interventions and Outcomes. AORN Journal. February. 71(2). 344-352.

Beyea, S. (2000).Structural Data Elements: Standardized Terms and Definitions. AORN Journal. 71(3). 541-549.

Beyea, S. (2002). Perioperative Nursing data Set (PNDS).2.nd Ed. Denver: AORN.

Beyea, S. (2011). Perioperative Nursing data Set (PNDS).3.rd Ed. Denver: AORN.

Bigony, L. (2010). Charting the course with the PNDS. OR Nurse. 4(6).

Bjerke, N. (2008). Infection control: Immunocompromised patients: Best practices. OR Nurse. 2(3).

Blegen, M.A., Tripp-Reimer, T. (1997). Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. Advances In Nursing Science.19(3). 37-49.

Bloor, Michael, Frankland, Jane, Thomas, Michele, Robson, Kate. (2001). Focus groups in social research. Introducing qualitative methods.S. Publications.

Brown, T. A. (2006). Confirmatory factor analysis for applied research. New York: The Guilford Press.

Brusco, J M.(2011). Electronic Health Records: What Nurses Need to know: AORN Journal. 93(3). 371-379.

Bull, R., FitzGerald, M.. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. International Journal of Nursing Practice, 12(1), 3-7.

Butler, M., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Mac Neela, P., Irving, K., Drennan, J. (2006). Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible. Journal Of Advanced Nursing. 55(3). 364-375.

Coenen, A. (2003) - The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Programme: Advancing a Unifying Framework for Nursing. Online Journal of Issues in Nursing. April 3.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development». Ordem dos Enfermeiros. Junho 2009.

Cooper, H. (1998) Synthesizing Research: A Guide for Literature Reviews, 3rd ed. Sage Publications. Thousand Oaks.

Cowman, S. (2010). Commentary on Journal Of Clinical Nursing, 19(23-24), 3589-3590.

- Cubas, M. R., da Silva, S. H., Rosso, M. (2010). International Classification for Nursing Practice (ICNP®): a revision of literature [Portuguese]. *Revista Eletronica de Enfermagem*. 12(1). 186-194.
- Cubas, M. R., Denipote, A. G. M., Malucelli, A., & Nóbrega, M. M. L. d. (2010). The ISO 18.104: 2003 as Integrative Model of Nursing Terminologies. *La norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologías de enfermería*. 18(4). 669-674.
- Din, M. A., Abidi, S. S. R., Jafarpour, B. (2010). Ontology based modeling and execution of nursing care plans and practice guidelines... *MEDINFO 2010: Proceedings of the 13th World Congress on Medical Informatics, Part 1. Studies in Health Technology & Informatics*. 160. 1104-1108.
- Dochterman, J.M., Bulechek, G M. (2004). *Nursing interventions classification (NIC) (4th ed.)*. New York. Mosby.
- Ehnfors, M., Angermo, L. M., Berring, L., Ehrenberg, A., Lindhardt, T., Rotegard, A. K., Thorell-Ekstrand, I. (2006). Mapping VIPS concepts for nursing interventions to the ISO reference terminology model for nursing actions: A collaborative Scandinavian analysis. *Studies In Health Technology And Informatics*. 122. 401-405.
- Elisa, R., & Heimar, M. (2006). Nursing minimum data set: A literature review. *Studies In Health Technology And Informatics*. 122. 734-737.
- EUROPEAN OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION. (2012). *EORNA common core curriculum for Perioperative Nursing*. 2012 Edition.
- Feng-Ping, L., Leppa, C., Schepp, K. (2006). Using the Minimum Data Set to Determine Predictors of Terminal Restlessness Among Nursing Home Residents. *Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*. 14(4). 286-295.
- Figueiredo, F., B., Silva, J., *Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial*. *Opin. Publica [online]*. 2010, vol.16, n.1, pp. 160-185.
- Flippin, C. (2006). Patient safety through patient education in a charity medical program. *Plastic Surgery Nursing*. 26(3). 145-148.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures. Lusociência.
- FORTIN, M.F. (2003). *Processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures.: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.
- Franco, S.A., Nóbrega, N. M. M., Morais, M. (2012). Nursing diagnoses/outcomes for parturient and puerperal women using the International Classification for Nursing Practice [Portuguese]. *Revista Eletronica de Enfermagem*. 14(2). 267-276.
- Gebbie, K., Lavin, M.A. (1974). Classifying nursing diagnoses. *American Journal of Nursing*. 74 (2). 250-253.

George, D., Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 4th ed. Boston. Allyn & Bacon.

Goossen, W., Epping, P., Dassen, T. (1997). Criteria for nursing information systems as a component of the electronic patient record. An international Delphi study. *Computers in Nursing*. 15(6). 307-315.

Goossen, W. (2006). Cross-mapping between three terminologies with the international standard nursing reference terminology model. *International Journal Of Nursing Terminologies And Classifications: The Official Journal Of NANDA International*. 17(4). 153-164.

Gordon, M. (1998). Nursing Nomenclature and Classification System Development. *Online Journal of Issues in Nursing*. 3(2). Disponivel: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/NomenclatureandClassification.aspx

Gudmundsdottir, E., Delaney, C., Thoroddsen, A., Karlsson, T. (2004). Translation and validation of the Nursing Outcomes Classification labels and definitions for acute care nursing in Iceland. *Journal Of Advanced Nursing*. 46(3). 292-302.

Guillemin, F., Bombardier, C. (1993). Cross-Cultural Adaptation Of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review And Proposed Guidelines. *Journal Of Clinical Epidemiology*. 46(12). 1417-1432.

Hair, Jr; Black, W. C; Babin, B. J; Anderson, R. E & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. 6th ed. Upper Saddle River. NJ: Pearson Prentice Hall.

Häyrinen, K., & Saranto, K. (2009). The use of nursing terminology in electronic documentation. *Studies In Health Technology And Informatics*. 146. 342-346.

Häyrinen, K., Saranto, K. (2006). Nursing minimum data set in the multidisciplinary electronic health record. *Studies In Health Technology And Informatics*. 122. 325-328.

Head, B. J., Aquilino, M. L., Johnson, M., Reed, D., Maas, M., Moorhead, S. (2004). Content Validity and Nursing Sensitivity of Community-Level Outcomes From the Nursing Outcomes Classification (NOC). *Journal of Nursing Scholarship*. 36(3). 251-259.

Hiissa, M., Pahikkala, T., Suominen, H., Lehtikunnas, T., Back, B., Karsten, H., Salakoski, T. (2006). Towards automated classification of intensive care nursing narratives. *Studies In Health Technology And Informatics*. 124. 789-794.

Hill-Westmoreland, E. E., Gruber-Baldini, A. L. (2005). Falls documentation in nursing homes: agreement between the minimum data set and chart abstractions of medical and nursing documentation. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 53(2). 268-273.

Hilton, A., Skrutkowski, M. (2002). Translating Instruments Into Other Languages: Development and Testing Processes. *Cancer*. 25(1). 1-7.

Hobbs, J. (2011). Political dreams, practical boundaries: the case of the Nursing Minimum Data Set, 1983-1990. *Nursing History Review: Official Journal Of The American Association For The History Of Nursing*. 19. 127-155.

Hover, J., Zimmer, M.J.(1978). Nursing Quality Assurance: The Wisconsin in System. *Nursing Outlook*. 26. 242-248.

Im, E., Ju Chang, S. (2012). Current Trends in Nursing Theories. *Journal of Nursing Scholarship*. (44)2. 156-164.

International Council of Nurses (ICN). (2008). Translation Guidelines for International Classification for Nursing Practice. ICN. Geneva.

International Federation of Perioperative Nurses, European Operating Room Nurses Association. (2005) *Recomendações para o desenvolvimento de Padrões de Boa Prática. Segurança dos Doentes – o nosso primeiro objetivo*.IFPN/EORNA.

International Organization for Standardization (ISO). (2014). Health Informatics – Principles of mapping between terminological resources (ISO/TR 12300). ISO. Geneva

Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(3-4), 331-343.

Junttila, K. (2005). Perioperative Documentation in Finland - Validating the Perioperative Nursing Data Set in Finnish Perioperative Nursing. *Annales Universitatis Turkuensis*. Finland.

Junttila, K., Lauri, S., Salanterä, Hupli M. (2002). Initial Validation of Perioperative Nursing Data Set in Finland. *Nursing Diagnosis*. Apr-Jun; 13(2): 41-52.

Kearney, P. M., Pryor, J. (2004). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *Journal Of Advanced Nursing*. 46(2). 162-170.

Kelley, J. H., Weber, J., Sprengel, A. (2005). Taxonomy of nursing practice: adding an administrative domain. *International Journal Of Nursing Terminologies And Classifications: The Official Journal Of NANDA International*. 16(3-4). 74-80.

Killeen, M. B., King, I. M. (2007). Viewpoint: use of King's conceptual system, nursing informatics, and nursing classification systems for global communication. *International Journal Of Nursing Terminologies And Classifications: The Official Journal Of NANDA International*. 18(2). 51-57.

Kim, H.-Y., Park, H.-A., Min, Y. H., Jeon, E. (2013). Development of an obesity management ontology based on the nursing process for the mobile-device domain. *Journal Of Medical Internet Research*, 15(6).130-e130.

Kim, T. Y., Coenen, A. (2011). Toward harmonising WHO International Classifications: a nursing perspective. *Informatics for Health & Social Care*. 36(1).35-49.

King, C., Sappas, K. G. (2007). Building a business case for the advanced practice Registered Nurse. *Perioperative Nursing Clinics*. 2(1). 75-79.

Kinnunen, U.-M., Saranto, K., Miettinen, M. (2009). Effects of terminology based documentation on nursing. *Studies In Health Technology And Informatics*. 146. 332-336.

- Kleinbeck, S.(1999). Development of the Perioperative Nursing Data Set. *AORN Journal*. 70(1). 15-28.
- Kleinbeck, S. (2000). Dimensions of perioperative nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 31(3).529-535.
- Kleinbeck, S. (2007). A Perioperative Visit to Brazil. . *Perioperative Nursing Clinics*. 2(3). 259-261.
- Kleinbeck, S., Dopp, A. (2005). The Perioperative Nursing Data Set—A new language for documenting care. *AORN Journal*. 82(1). 51-57.
- Kleinbeck, S., McKennet, M. (2000). Challenges of Measuring Intraoperative Patient Outcomes. *AORN Journal*. 72(5). 845-853.
- Kol, Y., Zimmerman, P., Sadeh, Z. (2005). Common nursing terminology for clinical information systems. *Studies In Health Technology And Informatics*. 116. 629-634.
- Kripps, B. J. (2008). Toward standardized nursing terminology: the next steps. *CARING Newsletter*. 23(3). 4-8.
- Lalonde, B. (1988). Assuring the quality of home care via the assessment of client outcomes. *Caring*. 7(1). 20-24.
- Lamberg, E., Salanterä, S., Junttila, K. (2013). Evaluating perioperative nursing in Finland: an initial validation of perioperative nursing data set outcomes. *AORN Journal*. 98(2). 172-185.
- Lang, N.M., Clinton, J.F. (1984). Assessment of quality of nursing care. *Annual Revue in Nursing Research*. 2. 135-163.
- Lee, E. (2006). Analysis of Nursing Interventions Classification (NIC) performed in the medical-surgical unit. *Studies In Health Technology And Informatics*. 122. 715-717.
- Lee, F.-P., Leppa, C., Schepp, K. (2006). Using the Minimum Data Set to determine predictors of terminal restlessness among nursing home residents. *The Journal Of Nursing Research*. 14(4). 286-296.
- Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (2005). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Instituto Piaget. 2^a ed.
- Lima Lopes, J., Barros, A. L. B. L., Marlene Michel, J. L. (2009). A Pilot Study to Validate the Priority Nursing Interventions Classification Interventions and Nursing Outcomes Classification Outcomes for the Nursing Diagnosis “Excess Fluid Volume” in Cardiac Patients. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 20(2). 76-88.
- Lins, S. M. d. S. B., Santo, F. t. H. d. E., Fuly, P. d. S. C. (2011). Catalog based on the nursing international classification in heart failure: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 10(2). 1-1.
- Lundberg, C., Brokel, J. M., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Martin, K. S., Moorhead, S.,Giarrizzo-Wilson, S. (2008). Selecting a standardized terminology

for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care. *Online Journal of Nursing Informatics*, 12(2), 19p.

Lynn M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 35(6).382-385.

Martins, M. M., Fernandes, C. S., Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: uma programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685-690.

MacNeela, P., Scott, P. A., Treacy, M. P., & Hyde, A. (2006). Nursing minimum data sets: a conceptual analysis and review. *Nursing Inquiry*, 13(1), 44-51.

Marek, KD. (1989) Outcome measurement in nursing. *Journal of Nursing Quality Assurance*. 4:1-9.

Matney, S., Whitewood-Moores, Z., Coenen, A., Hardiker, N.; Millar, J. (2014). SNOMED CT Implementation Showcase, 2014, The International Council of Nurses (ICN) and the International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO). Amsterdam.

Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3.rd ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.

McCutcheon, T. (2004). Statement on nursing: a personal perspective. *Gastroenterology Nursing*.

McEwen, M., Wills, E.(2011). *Theoretical basis for nursing*. 3.rd ed. Philadelphia.Lippincott Williams & Wilkins.

McGarvey, H., Chambers M., Boore, J. (1999). Exploratory study of nursing in an operating department: preliminary findings on the role of the nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*. 15(6).346-56.

McGarvey, H., Chambers, M., Boore, J. (2000). Development and definition of the operating department nurse: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1092-1100.

McLane, S., Esquivel, A., Turley, J. P. (2009). Connecting health and humans. Developing a taxonomy and an ontology of nurses' patient clinical summaries. *Proceedings of NI2009: the 10th International Congress on Nursing Informatics. Studies in Health Technology & Informatics*. 146. 352-357.

Meleis, A.I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and progress* 3.rd Edition. Lippincott.

Milani, A., Mauri, S., Gandini, S., Magon, G. (2013). Oncology Nursing Minimum Data Set (ONMDS): can we hypothesize a set of prevalent Nursing Sensitive Outcomes (NSO) in cancer patients? *Ecancermedicalscience*. 7(334-360). 1-7.

Moorhead, S, Johnson, M, Maas. (2004). *M. Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 3.rd ed. St. Louis. Mosby.

Moreira, J..(2004).*Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Almeidina.

Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A., Matthews, A., Morrison, T. Byrne, A. (2010). The Irish nursing minimum data set for mental health – a valid and reliable tool for the collection of standardized nursing data. *Journal of Clinical Nursing*. 19(3-4). 359-367.

Moss, J, Xiao Y. (2004). Improving operating room coordination: communication pattern assessment. *Journal of Nursing Administration*. 34(2):93-100.

Nelson,R.; Staggers.N. (2014). *Health Informatics: An interprofessional approach*. 1.sted. Mosby Elsevier. St. Louis.

Newland, C. (2007). The joys of perioperative nursing. *Canadian Operating Room Nursing Journal*. 25(2). 5-8.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem. O que é e o que não é. Lusociência*. Loures.

Ordem dos Enfermeiros. Dados Estatísticos a 31-12- 2014 [Online] 2015. [Citação: 27 de Julho de 2015.] http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf.

Park, H., Lundberg, C. B., Coenen, A., Konicek, D. J. (2009). Connecting health and humans. Evaluation of the content coverage of SNOMED-CT to represent ICNP Version 1 catalogues. *Proceedings of NI2009: the 10th International Congress on Nursing Informatics. Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms. Studies in Health Technology & Informatics*. 146. 303-307.

Park, H.A., Lee, H. J.,Yoon, K. (2007). The Perioperative Nursing Data Set in Korean: translation, validation, and testing. *AORN Journal*. 86(3). 424-445.

Park, M., Delaney, C., Maas, M., Reed, D. (2004). Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting. *Journal Of Advanced Nursing*. 47(3). 329-339.

Pasquali, L., Primi, R. (2003). Fundamentos da teoria da resposta ao item. *Avaliação Psicológica*. 2(2). 99-110.

Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Pereira, F., Paiva e Silva, A., Mendonça, D., Delaney, C. (2010). Towards a uniform nursing minimum data set in Portugal. *Online Journal of Nursing Informatics*. 14(2). 1-19.

Pestana, M. H.; Gageiro, Nunes, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais, a complementaridade do SPSS*. 4^a Ed. Lisboa. Edições Silabo.

Petersen, C., Kleiner, C. (2011). Evolution and revision of the Perioperative Nursing Data Set. *AORN Journal*. 93(1), 127-132.

- Pinheiro Costa, T., Pastor dos Santos, C., & Flávia Abreu da Silva, R. (2014). Correlation between the post-cardiac arrest care algorithm and the nursing interventions classification (NIC) [Portuguese]. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 6(1), 241-248.
- Pocock, P. (2007). The Entry of PNDS in Canada. *Perioperative Nursing Clinics*. 2(3). 247-253.
- Polit, D. F., Beck, C. T.; Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre. Artmed.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2016). *Nursing Research – Generating and Assessing Relevance*. 10th ed. Wolters Kluwer.
- Pope, C., Mays, N. (2006). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3.ª ed. Porto Alegre. Artmed.
- Popoola, M. M., Wahl, M., Dupont, J., Bland, J., Breum, L., Graff, R., Rose, T. (2008). Nursing Information Classification system education. *West African Journal of Nursing*, 19(1), 42-45.
- Pryor, J., Forbes, R., Hall-Pullin, L. (2004). Is there evidence of the International Classification of Functioning, Disability and Health in undergraduate nursing students' patient assessments? *International Journal Of Nursing Practice*. 10(3). 134-141.
- Reed, D., Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2006). Variations across field settings in the use of the indicators for nursing outcomes classification outcomes. *Studies In Health Technology And Informatics*. 122. 758-760.
- Ribeiro, F.G. (2006). *Estudo comparativo de dois métodos de registro de diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes durante o transoperatório de cirurgia de revascularização do miocárdio (RM)*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 149 p.
- Riley, R., & Peters, G. (2000). The current scope and future direction of perioperative nursing practice in victoria, australia. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 544-553.
- Roeder, J A. (2009). The Electronic Medical Record in the Surgical Setting. *AORN Journal*. 89(4). 677-686.
- Rotegaard, A. K., & Ruland, C. M. (2009). Connecting health and humans: Representation of patients' health asset concepts in the International Classification of Nursing Practice (ICNP)®. *Proceedings of NI2009: the 10th International Congress on Nursing Informatics*. *Studies in Health Technology & Informatics*. 146. 314-319.
- Rothrock, J., Smith, D. (2000). Selecting the Perioperative Patient Focused Model. 71(5). 1010-1037.
- Rukanuddin, R. J. (2006). Development of standardized Midwifery Nursing Reproductive Health Data Set (MN-RHDs) for Pakistan. *Studies In Health Technology And Informatics*. 122. 461-464.

Rutherford, M. (2008). Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice?. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 13 (11). Disponível:

www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/Vol3No21998/StandardizedNursingLanguage.aspx

Saletnik L A, Needlinger M K, Wilson M. (2008). Nursing Resource Considerations for Implementing an Electronic Documentation System. AORN Journal. 87(3). 585-596.

Sansoni, J., & Giustini, M. (2006). More than terminology: using ICNP to enhance nursing's visibility in Italy. International Nursing Review. 53(1). 21-27.

Schneider, J. S., Slowik, L. H. (2009). The use of the Nursing Interventions Classification (NIC) with cardiac patients receiving home health care. International Journal Of Nursing Terminologies And Classifications: The Official Journal Of NANDA International. 20(3). 132-140.

Schrader, U., Tackenberg, P., Widmer, R., Portenier, L., & König, P. (2007). The ICNP-BaT— a multilingual web-based tool to support the collaborative translation of the International Classification for Nursing Practice (ICNP). Studies In Health Technology And Informatics. 129(1). 751-754.

Schwiran, P.M., Thede, L. Q. (2011). Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experiences and Attitudes. Online Journal of Issues in Nursing. 16(2). 1-1.

Silva, A. (1995). Registos de Enfermagem - da tradição Scripto ao discurso Informo. Porto: Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Silva, A. (2000). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Estudo de Implementação. Escola Superior de Enfermagem São João. Janeiro.

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

Silvestre, A. (2007). Análise de Dados e Estatística descritiva. Escolar Editora.

Sousa, P. (2005). O Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Souza, J. M., Veríssimo, M. D. L. Ó. R. (2013). Child development in the NANDA-I and International Classification for Nursing Practices Nursing Classifications. International Journal Of Nursing Knowledge. 24(1). 44-48.

Streiner, D., Norman, G. (2008). Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use. 4.th ed. Oxford University Press.

Streubert, H.J, Carpenter, D.R. (1999). Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista. Loures. Lusociência.

Susan Matney; Zac Whitewood-Moores; Amy Coenen; Nicholas Hardiker; Jane Millar , SNOMED CT Implementation Showcase, 2014, The International Council of Nurses (ICN) and the International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO), Amsterdam October 2014

Sweeney, P. (2010). The Effects of Information Technology on Perioperative Nursing. *AORN Journal* . 92(5). 528-543.

Swetnam, D. Swetnam, R. (2009). *Writing your dissertation. (3^a Ed.)*. Oxford: How To Books.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston. Pearson/Allyn & Bacon.

Tappen, R. M. (2011). *Advanced nursing research: from theory to practice*. Sudbury, MA, Jones & Bartlett Learning.

Tiusanen, T., Junttila, K., Leinonen, T., Salanterä, S. (2010). The Validation of AORN Recommended Practices in Finnish Perioperative Nursing Documentation. *AORN Journal*. 91(2). 236-247.

Wade, P. (2012). Historical trends influencing the future of perioperative nursing. *AORN Journal*. 30(2). 22-35

Westendorf, J. (2007). Utilizing the Perioperative Nursing Data Set in a surgical setting. *Plastic Surgery Nursing*. 27 (4). 18-4.

Westra, B., Bauman, R., Delaney, C., Lundberg, C., Petersen, C. (2008). Validation of Concept Mapping Between PNDS and SNOMED CT. *AORN Journal*. 87(6). 1217-1229.

Whittemore, R., Knafl, K. (2005). The Integrative Review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 52(5). 546-553.

Wicker P. (1989) Perioperative care: a nursing role. *Australian Nurses Journal*. 19(2). 14-5

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value In Health: The Journal Of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research*. 8(2). 94-104.

ANEXOS



ANEXO I

**Gráficos revisão integrativa:
linguagens classificadas de enfermagem**

Gráfico 1–Distribuição das publicações por país

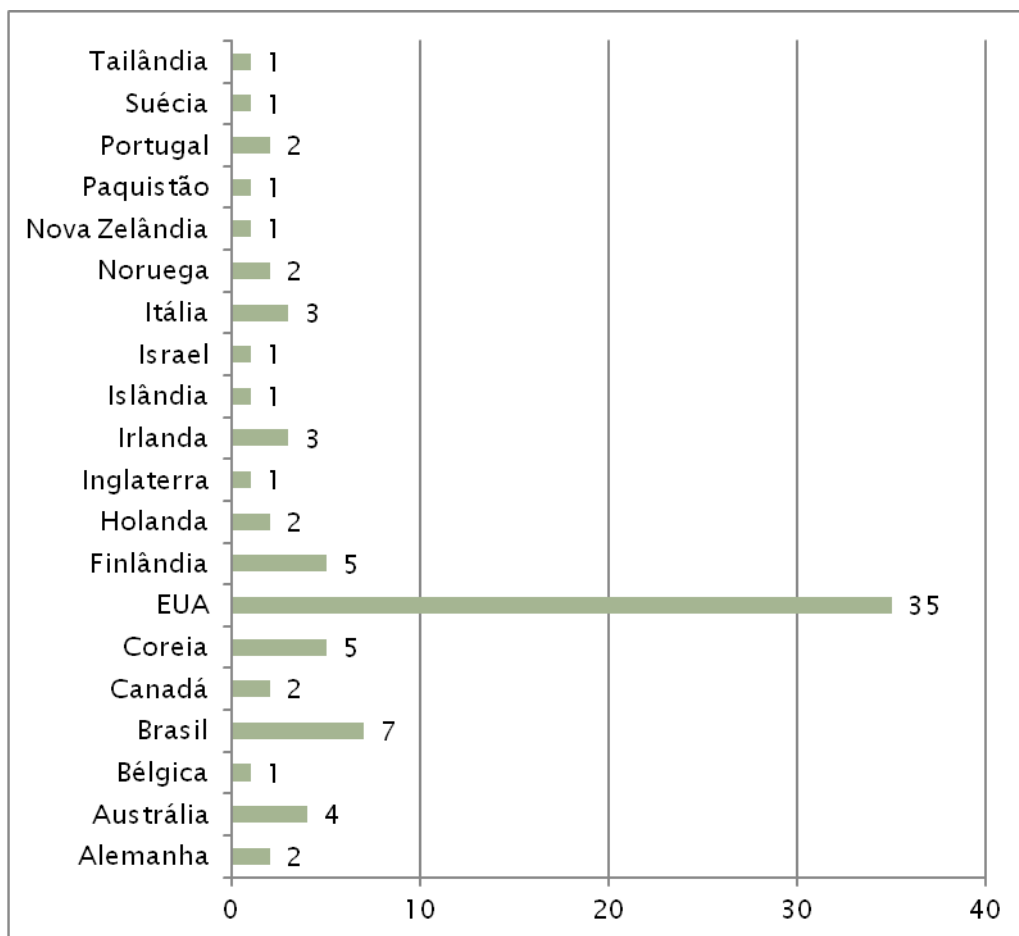


Gráfico 2 –Distribuição das publicações por ano

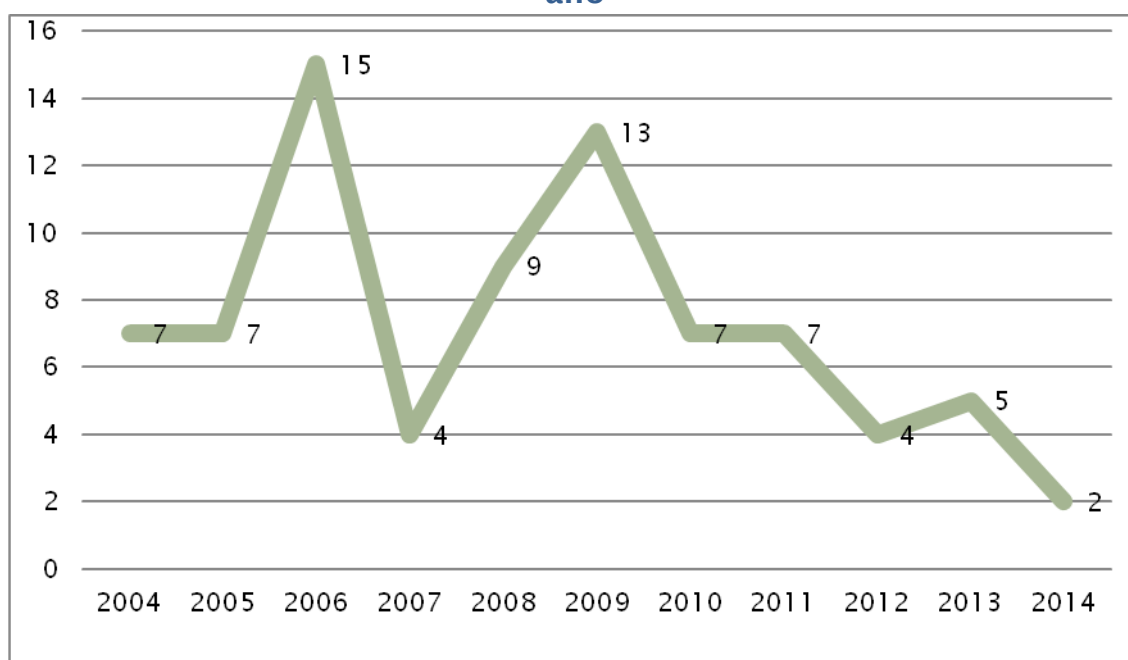
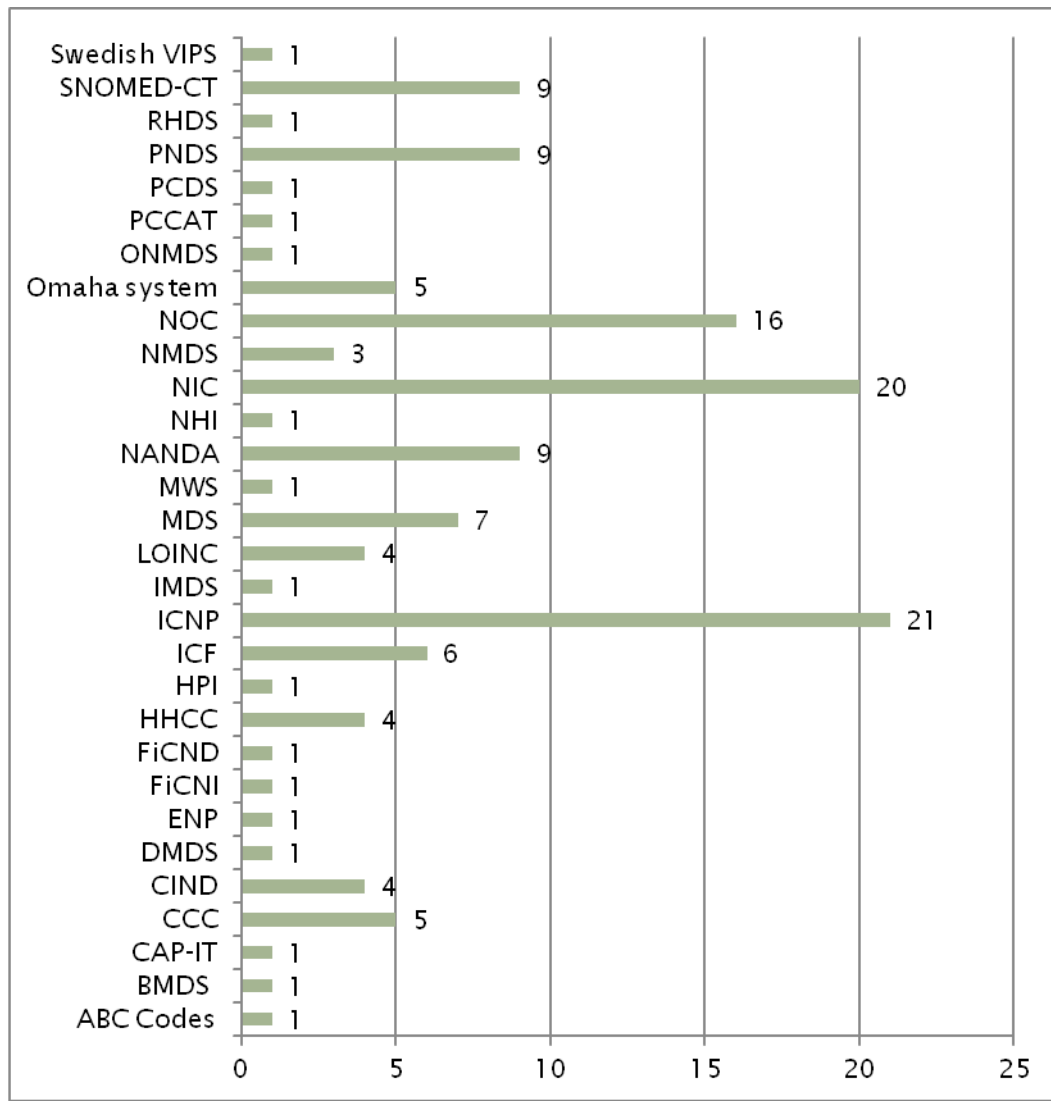


Gráfico 3–Distribuição das publicações por terminologias



Abreviaturas:

ABC Codes - describes alternative medicine, nursing and other integrative healthcare interventions
 BMDS - Belgium Minimum Data Set
 CAP - IT - Client Adherence Profiling-Intervention Tailoring
 CCC - Clinical Care Classification System
 CIND - Critical Incident Nursing Diagnosis
 DMDS - Disaster Minimum Data Set
 ENP - European Care Nursing Pathways
 FiCNI - Finish Classification of Nursing Interventions
 FiCND - Finish Classification of Nursing Diagnoses
 HHCC - Home Health Care Classification
 HPI - Health Provider Index
 ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health
 ICNP - International Classification for Nursing Practice
 IMDS MH - Irish Minimum Data Set for Mental Health
 LOINC - Logical Observation Identifiers Names & Codes
 MDS - Minimum Data Set
 MWS - Medical Warnings System
 NANDA International -Nursing Diagnoses, Definitions, and Classification

NHI - National Health Index
 NIC - Nursing Interventions Classification
 NMDS - Nursing Minimum Data Set
 Omaha System - It consists of three integrated components: the Problem Classification Scheme (assessment), the Intervention Scheme (plans, pathways, and services), and the Problem Rating Scale for Outcomes (evaluation)
 ONMDS - Oncology Minimum Data Set
 PCCAT - Personally Created Cognitive Artifact
 PCDS - Patient Care Data Set
 PNDS - PeriOperative Nursing Data Set
 RHDS - Reproductive Health Data Set
 SNOMED CT- Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms
 Swedish VIPS Model - VIPS is the acronym for the Swedish spelling of the four key concepts: well-being, integrity, prevention and safety

Gráfico 4–Distribuição das publicações por temática

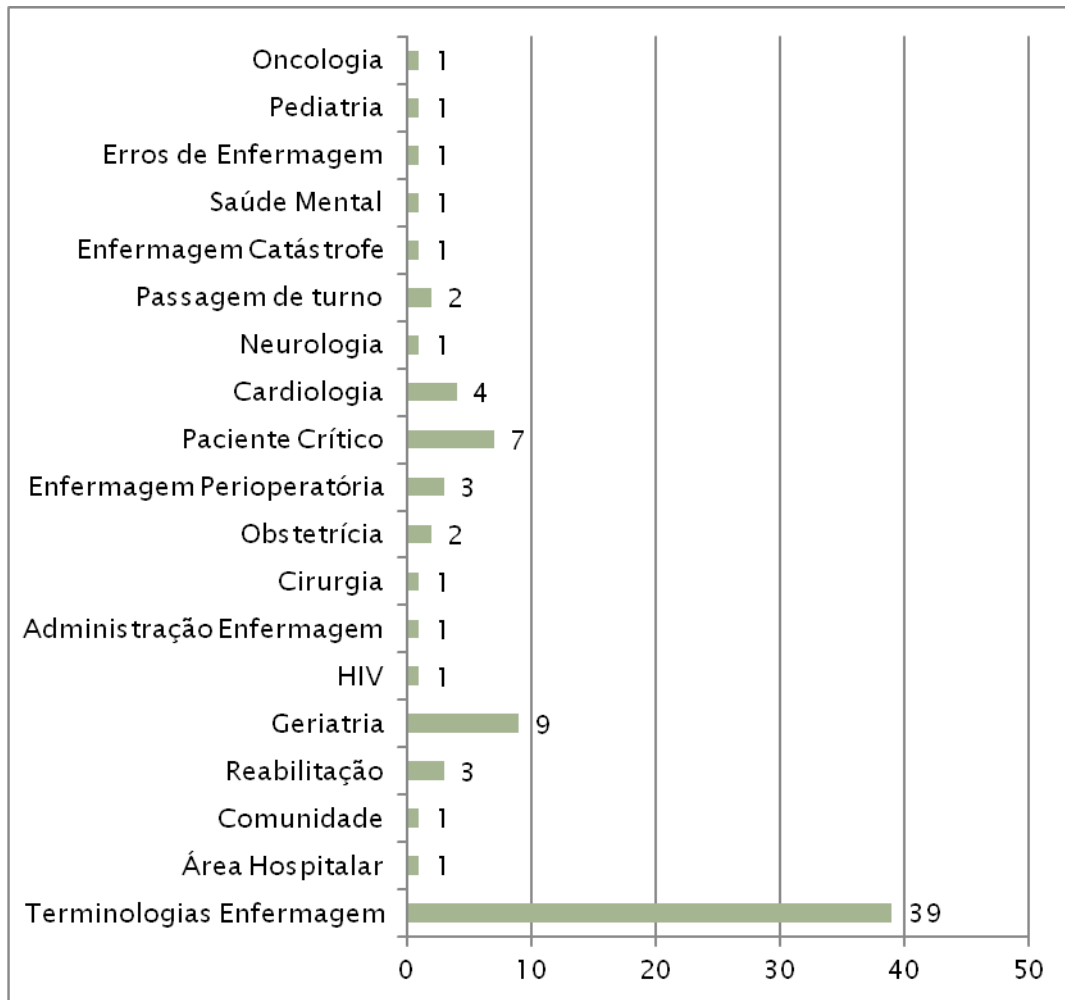
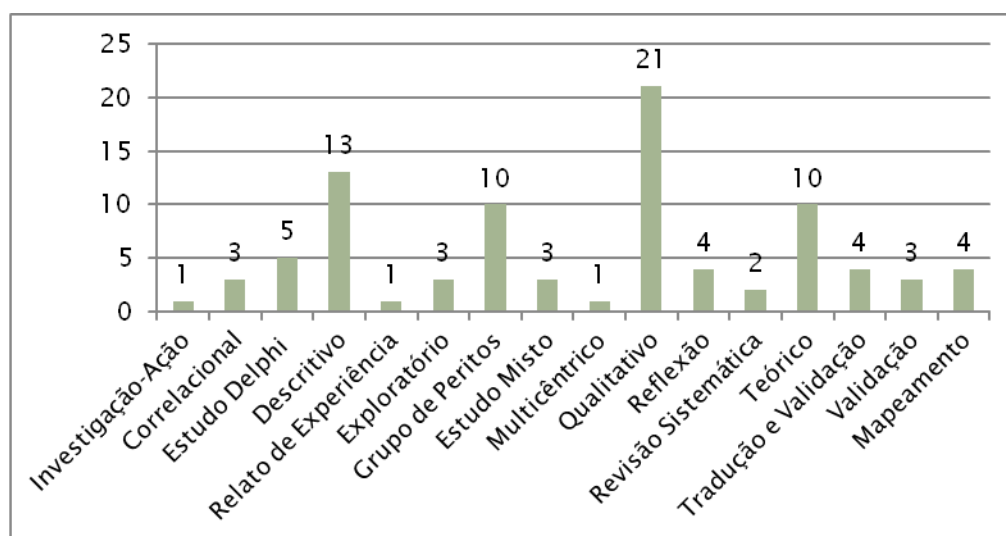


Gráfico 5–Distribuição das publicações por tipo de estudo



ANEXO II

Instrumento de recolha de dados



4140



QUESTIONÁRIO

"PNDS: Tradução e adaptação cultural e relevância clínica"

Este questionário insere-se no âmbito do Projeto de Investigação "PNDS: Tradução e adaptação cultural e relevância clínica" do XX Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

O Perioperative Nursing Data Set (PNDS) é uma terminologia de enfermagem da Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) dos EUA criada especificamente para a Enfermagem Perioperatória.

A finalidade do estudo é avaliar a adequação cultural, relevância e utilidade clínica do Perioperative Nursing Data Set para o contexto português, instrumento com potencial utilidade clínica para os enfermeiros no contexto da Enfermagem Perioperatória em Portugal, uma vez que futuramente poderá ser realizado o mapeamento da 3.ª edição com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE).

O PNDS é uma terminologia que pretende descrever a prática na área da Enfermagem Perioperatória, organizada em cinco "Domínios" e que inclui:

- 208 Diagnósticos de Enfermagem;
- 151 Intervenções de Enfermagem;
- e 39 Resultados de Enfermagem.

Neste momento, face à extensão da classificação iremos proceder à validação e avaliação da sua relevância clínica apenas de uma parte da mesma:

- Domínios (5 itens) e Intervenções de Avaliação Inicial (50 itens).

Deve então assinalar a sua posição/opinião, sobre o nível de relevância clínica que atribui a cada item/enunciado apresentado, numa escala tipo Likert de 1 a 10: onde 10 corresponde a "muito relevante", e 1 corresponde a "irrelevante".

A sua participação é fundamental para este processo de investigação, uma vez que como utilizador dos Sistemas de Informação poderá avaliar com propriedade a relevância clínica desta terminologia no contexto da Enfermagem Perioperatória.

A sua participação é voluntária e as suas respostas a este inquérito são anónimas. O questionário inclui itens demográficos mas estes não o identificam, serão usados apenas para caracterização da amostra.

Por favor confirme no final que preencheu todos os campos do questionário.

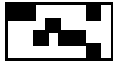
O meu sincero agradecimento pela sua colaboração.

Joana Azevedo

Contatos:

Joana Azevedo - Telemóvel : 918445094

E-mail: joanaazevedo@gmail.com



4140

Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória

Previamente à avaliação do instrumento, solicito que preencha alguns dados e responda a algumas questões:

Idade: Sexo: Feminino Masculino

Instituição hospitalar:

1. Quantos anos possui de experiência profissional (indique o n.º de anos)?

2. Quantos anos possui de experiência profissional na área do Bloco Operatório (indique o n.º de anos)?

3. Que tipo de cargo ocupa no momento atual (assinale com uma cruz):

De Prestação de Cuidados Especifique: Instrumentista Circulante Anestesia

Cargo de Gestão

Outro Especifique:

4. Especifique por favor o seu tipo de formação (assinale com uma cruz):

Licenciatura

Pós-Graduação Qual:

Especialidade Qual:

Mestrado Qual:

Doutoramento Qual:

Outro Qual:

5. Já teve formação em linguagens classificadas de enfermagem (CIPE, NANDA ou outra) (preencha o círculo)?

Sim

Não

6. Utiliza linguagem classificada (CIPE, NANDA ou outra) quando procede aos registos de enfermagem (nomeadamente na definição dos diagnósticos, intervenções ou resultados de enfermagem) (preencha o círculo)?

Sim

Não



4140

Solicito então que proceda à avaliação da utilidade clínica dos Domínios do PNDS. Gostaria que faça à definição apresentada desse a sua opinião sobre a utilidade clínica do mesmo, numa escala de 1 a 10, onde 10 corresponde muito relevante e 1 corresponde a irrelevante). Poderá fazer os comentários ou apresentar as sugestões que achar mais conveniente sobre cada um dos domínios.

Domínios

Código	Nome	Âmbito	Definição	Utilidade Clínica										Sugestões ou Comentários	
				(1) Irrelevante					Muito relevante (10)						
D1	Segurança	Ausência de lesões físicas adquiridas.	A ausência de sinais e sintomas de lesões físicas não relacionadas com os efeitos terapêuticos pretendidos do procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
D2	Respostas Fisiológicas	As respostas fisiológicas à cirurgia são as esperadas.	As respostas físicas, bioquímicas e funcionais aos efeitos terapêuticos pretendidos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
D3A	Respostas comportamentais: Conhecimento do Cliente e Família	Conhecimento sobre o processo perioperatório.	As respostas psicológicas, sociológicas e espirituais dos clientes e suas famílias ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
D3B	Respostas comportamentais: Direitos do Cliente e Família	Os direitos e ética do cliente são assegurados.	Os padrões da prática profissional de enfermagem e os resultados relacionados esperados do procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
D4	Sistema de Saúde	O ambiente dos contactos perioperatórios.	Dados relativos às condições de estrutura do ambiente perioperatório.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	

Proceda agora à avaliação da utilidade clínica das Atividades de Avaliação Inicial do PNDS, à semelhança do exposto anteriormente, tendo por base o enunciado das atividades e a sua definição.

Código	Enunciado	Definição	Utilidade Clínica										Sugestões ou Comentários	
			(1) Irrelevante					Muito relevante (10)						
A.10	Confirma a identidade do cliente	Verifica verbalmente e visualmente a identidade do cliente submetido ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.20	Verifica o procedimento cirúrgico, local cirúrgico e lateralidade	Verifica a compreensão do cliente/pessoa designada sobre o procedimento a ser realizado, incluindo lado, local, nível e lateralidade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.20.1	Verifica o consentimento para o procedimento planeado	Determina que o consentimento livre e esclarecido foi concedido para o procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo e quaisquer atividades relacionadas (ex. fotografias, estudos de investigação).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.20.2	Avalia o risco de retenção não intencional de dispositivos médicos	Determina o risco de retenção não intencional de dispositivos médicos associado ao cliente e procedimento.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.200	Avalia o risco para a regulação da normotermia	Identifica desvios da normotermia da base e modifica os cuidados de enfermagem como indicado para o procedimento programado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A200.1	Avalia o risco de hipotermia inadvertida	Determina o risco de perda de calor corporal no cliente e planeia intervenções adequadas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A200.2	Avalia o risco de hipertermia inadvertida	Determina o risco de aumento de temperatura corporal no cliente e planeia intervenções adequadas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A210	Identifica o estado fisiológico	Avalia o estado fisiológico atual e comunica variações aos elementos da equipa apropriados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	



4140



Proceda agora à avaliação da utilidade clínica das Atividades de Avaliação Inicial do PNDS, à semelhança do exposto anteriormente, tendo por base o enunciado das atividades e a sua definição.

Código	Enunciado	Definição	Utilidade Clínica										Sugestões ou Comentários										
			(1) Irrelevante					Muito relevante (10)															
A.220	Identifica o estado cardíaco inicial	Avalia pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos, SaO2 e outros parâmetros, conforme adequado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.220.1	Comunica a presença de dispositivos cardíacos implantáveis	Verifica presença de, incluindo mas não limitado a, pacemaker e/ou dispositivo implantável de cardioversão-desfibrilhação automática.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.220.2	Identifica a perfusão de tecidos inicial	Avalia a perfusão de tecidos e identifica qualquer compromisso ou fatores de risco prévios ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.220.3	Avalia fatores relacionados como o risco de compromisso da perfusão tecidual	Recolhe dados para avaliar o risco do paciente de compromisso da perfusão tecidual (ex., presença de diabetes, imunossupressão).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.230	Identifica o estado respiratório inicial	Avalia frequência e ritmo respiratórios, saturação de oxigénio e outros parâmetros conforme adequado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.240	Avalia condição da pele inicial	Avalia a condição da pele e sua integridade (ex. erupção cutânea, fissuras, equimoses) considerando o procedimento programado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.240.1	Avalia os antecedentes de exposição prévia à radiação	Avalia os antecedentes do paciente de exposição à radiação, para fins terapêuticos e de diagnóstico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.250	Avalia o estado neurológico inicial	Recolhe dados para avaliar o estado neurológico atual do cliente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.250.1	Identifica distúrbios sensoriais	Identifica a perceção sensorial inicial do cliente: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, tátil e olfativa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.260	Identifica o estado gastrointestinal inicial	Avalia a função gastrointestinal inicial e identifica compromissos na motilidade, digestão e outros processos da doença.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.260.1	Avalia hábitos e padrão alimentar	Identifica a ingestão nutricional habitual, hábitos e padrões.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.260.2	Avalia aspetos psicossociais relacionados com estado nutricional do cliente.	Identifica qualquer variação no plano nutricional relacionada com o estado psicossocial.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.270	Identifica estado genitourinário inicial	Avalia o estado genitourinário e identifica compromissos na função renal ou no sistema reprodutor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.280	Identifica estado músculo-esquelético inicial	Avalia o estado funcional da musculatura e do sistema esquelético em relação à amplitude de movimento, mobilidade, deformidade e força.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.280.1	Identifica compromissos que requerem precauções adicionais para o posicionamento específico durante o procedimento	Determina clientes em risco de sofrer lesões de posicionamento e implementa precauções adequadas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A.30	Verifica antecedentes de alergias	Identifica alergias, idiosincrasias, e sensibilidades a medicamentos, látex, agentes químicos, alimentos e / ou adesivos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



4140

Código	Enunciado	Definição	Utilidade Clínica										Sugestões ou Comentários	
			(1) Insuficiente					Muito relevante (10)						
A.300	Identifica o estado endócrino inicial	Avalia o estado endócrino e identifica sinais e indicadores de compromisso do sistema endócrino.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.310	Identifica fatores associados a um risco aumentado de hemorragia ou desequilíbrio hidroeletrólítico	Identifica os indivíduos com risco de hemorragia ou hipovolemia incluindo aqueles com lesão traumática recente, sangramento ou tempo de coagulação anormais, cirurgia extensa, doença renal/hepática complicada, e transplante de órgãos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.340	Comunica desvios nos resultados de meios complementares de diagnóstico	Identifica variações críticas nos resultados dos meios complementares de diagnóstico e comunica-as aos elementos da equipa apropriados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.340.1	Comunica desvios nos estudos de gasimetria arterial	Identifica variações críticas nos estudos de diagnóstico e notifica os elementos da equipa apropriados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.350	Avalia a suscetibilidade à infeção	Avalia os riscos de infeção do cliente relacionados com a contaminação microbiana.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.350.1	Classifica a ferida cirúrgica	Designa a categoria de classificação apropriada para cada local da ferida cirúrgica de acordo com orientações técnicas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.360	Avalia o controlo da dor	Utiliza uma escala validada para avaliar o controlo da dor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.360.1	Identifica atitudes e crenças face à dor	Providencia controlo da dor considerando fatores culturais e valores manifestados (ex. estoicismo, terapias alternativas, verbalização, meditação).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.40	Verifica a presença de órteses ou dispositivos de correção	Verifica a presença de órteses ou dispositivos de correção e modifica os cuidados de Enfermagem como indicado para o procedimento programado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.510	Identifica o estado psicossocial	Avalia os fatores psicossociais que influenciam o cuidado ao cliente e desenvolve e implementa o plano de cuidados para atender essas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.510.1	Identifica atitudes, crenças e expectativas individuais face aos cuidados	Avalia valores, crenças e preferências incluindo-os no plano de cuidados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.510.2	Comunica crenças e valores filosóficos, culturais e espirituais	Avalia fatores filosóficos, culturais e espirituais valorizados pelo cliente. Inclui informação pertinente no plano de cuidados e comunica com os restantes elementos da equipa de cuidados de saúde conforme adequado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.510.3	Esclarece percepções sobre a cirurgia	Avalia respostas ao procedimento e assegura acesso a informação correta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.510.4	Rastreia o abuso físico	Identifica características definidoras de existência ou risco de abuso físico e providencia referência adequada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.510.5	Rastreia o abuso de substâncias	Avalia o abuso de substâncias atual ou anterior, monitoriza e comunica as características definidoras do abuso de substâncias ou abstinência, e providencia referência adequada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.510.6	Avalia processos de coping	Avalia a influência de processos de coping e disponibilidade do apoio de membros da família.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	



4140

Código	Enunciado	Definição	Utilidade Clínica										Sugestões ou Comentários	
			(1) Inrelevante					Muito relevante (10)						
A.510.7	Avalia aspetos psicossociais específicos na gestão do regime medicamentoso	Identifica qualquer variação do regime medicamentoso relacionado com o estado psicossocial.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.510.8	Mantém a dignidade e privacidade do cliente	Protege a privacidade do paciente (ex. mantém as portas da sala operatória fechadas, expõe o corpo conforme necessário para os cuidados). Trata o paciente falecido com respeito e providencia área de privacidade para a família.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.520	Identifica barreiras à comunicação	Avalia fatores que podem afetar a capacidade de comunicar, compreender e demonstrar a compreensão de novas informações.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.520.1	Preserva a autonomia, dignidade e direitos humanos do cliente	Confirma o consentimento, implementa as políticas diretivas da instituição e promove o suporte à participação do cliente na tomada de decisão.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.530	Identifica as necessidades de informação do cliente e pessoa designada	Identifica necessidades de informação relacionadas com o procedimento do cliente, requisitos dos cuidados perioperatórios e estado psicossocial.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.530.1	Determina o conhecimento	Avalia o conhecimento e a compreensão de nova informação e capacidade de aplicar em atividades de autocuidado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.530.2	Avalia a disponibilidade para aprender	Avalia fatores que podem afetar as habilidades para aprender ou demonstrar conhecimento.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.530.3	Avalia conhecimento em relação cuidado e fases da cicatrização da ferida	Determina o nível de conhecimento sobre os cuidados e processo de cicatrização da ferida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.530.4	Identifica as expectativas face aos cuidados no domicílio	Identifica a necessidade de cuidados no domicílio relativos à realização de atividades de vida diária, à gestão do autocuidado e regresso às atividades habituais.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
A.530.5	Providencia informação sobre direitos e deveres do Cliente	Avalia o atual conhecimento direitos e deveres do cliente(ex. Testamento Vital - diretivas antecipadas de vontade e procuração de cuidados de saúde, direito de não reanimação, consentimento informado, doação de órgão, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	

Por favor, avalia o instrumento em termos globais. (Adequação do conteúdo à prática/ Adequação do conteúdo à evidência científica/ Produção de dados estruturados / Adaptabilidade ao utilizador/ etc.)

Mais uma vez, muito obrigada pelo seu contributo.

ANEXO III

**Modelos dos pedidos de autorização utilizados para
realização de colheita de dados**

Joana Isabel Almeida de Azevedo
Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António
BO
Tel.: 918445094; *E-mail*: joanadeazevedo@gmail.com

Exm^o. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho,

Porto, Fevereiro de 2015.

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação.

Joana Isabel Almeida de Azevedo, enfermeira, na qualidade de investigadora responsável, vem por este meio, solicitar a Vossa Ex.^a autorização para efetuar a colheita de dados no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, para o estudo de investigação intitulado “PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância clínica” junto dos enfermeiros do BO Central, BO de Oftalmologia e BO da Unidade 2, cujo processo se junta em anexo.

Este estudo de investigação decorre no âmbito do curso de Mestrado de Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, sob orientação do Prof. Doutor Paulino Sousa, professor coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Na qualidade de investigadora principal, declara assumir a liderança científica do estudo de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados e com as normas internas da instituição.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, ficamos ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,



Joana Isabel Almeida de Azevedo

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO/PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Nome do Investigador Principal: Joana Isabel Almeida de Azevedo

Título do projecto de investigação: PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância clínica

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de BO Central, Cirurgia de Ambulatório e BO do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 13 /Fevereiro / 2015

O INVESTIGADOR/PROMOTOR



ANEXO IV

**Respostas aos pedidos de autorização
para realização de colheita de dados
dos hospitais centrais do distrito Porto**

AUTORIZAÇÃO DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO

 **José Carneiro** <jcarneiro@ipoporto.min-saude.pt>

26/02 



para mim, Graça 

Exma. Sra. Enfermeira Joana Isabel Almeida Azevedo;

Em primeiro lugar agradecemos a escolha da nossa instituição para o desenvolvimento do seu projeto, em resposta ao seu pedido datado de Fevereiro de 2015 informo que, mediante informação superior, o estudo "PNDS: Tradução e adaptação cultural e relevância clinica" está devidamente autorizado.

Aproveitamos o presente email para lhe desejar os maiores sucessos académicos e profissionais.

Com os melhores cumprimentos;

José Carneiro

Assistente Técnico

IPOPFG, EPE

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Tel: 22 508 4011

<mailto:jcarneiro@ipoporto.min-saude.pt>

AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE MATOSINHOS – HOSPITAL PEDRO HISPANO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 017/CE/JAS Data: 06-03-2015
--	------------	---------------------------------------

Para: Rui Silva (SEGC)
De: Comissão de Ética

Assunto: Apreciação do pedido de autorização para a realização de estudo intitulado "PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância clínica"


INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética, analisou o pedido de autorização para a realização de estudo intitulado "PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância clínica", proponente Joana Isabel Almeida de Azevedo, enfermeira, na qualidade de investigadora responsável no âmbito de projeto de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Decidido nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos


Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. – Matosinhos)

AUTORIZAÇÃO UNIDADE LOCAL DE MATOSINHOS - HOSPITAL PEDRO HISPANO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 43/15/RS Data: 2015/03/12
--	-------------------	-------------------------------------

Para: **Conselho de Administração**
De: Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Assunto: **Autorização para realização e estudo**

A PCA
APL
13/3/2015

INFORMAÇÃO

ULSM EPE
PEDRO HISPANO
Direção Clínica

Exmos. Senhores,

Estando reunidas as condições necessárias, vimos solicitar a V. Exas. autorização para realização de estudo intitulado "**PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância clínica**", proponente Joana Isabel Almeida de Azevedo, enfermeira, na qualidade de investigadora responsável no âmbito de projeto de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Ambrízob
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM, EPE
DE MATOSINHOS
17/3/2015
Dra. BEATRIZ DUARTE *BD* Diretora
Dra. PAULA BAIÃO *PB* Diretora Clínica
Dra. CRISTINA GAVINA *CG* Diretora Clínica
Dra. MARICAROLINA FILIPE *MF* Vigia Execução
Dra. CRISTINA GAVINA *CG* Vigia Execução

Com os melhores cumprimentos

Cristina Gavina

Dra. CRISTINA GAVINA
Diretora do Serviço - SEGIC
WP Mat. 5820 - Cel. 97499

Dra. Cristina Gavina
Diretora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

AUTORIZAÇÃO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exma. Senhora

Enfermeira

Joana Isabel Almeida de Azevedo

C.H. Porto – Bloco Operatório

N/Ref.: 124 e 268/2015

Assunto: Autorização para colheita de dados para trabalho de Investigação intitulado **“PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância clínica”**

Em resposta ao **V** pedido para efetuar recolha de dados junto dos enfermeiros dos blocos operatórios Central, Oftalmologia e Bloco da Unidade II, para realização de trabalho de Investigação intitulado **“PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância clínica”** vimos informar que **está devidamente autorizado** conforme Despacho do Sr. Enf. Diretor Belmiro Rocha, de 10-04-2015.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planejar o referido estudo.

Para qualquer contacto deve mencionar a **N/REF.:** 124 e 268 /2015

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 24 de Abril de 2015

Centro de Formação

Tel/Fax: 22 7865127 – Ext. 11627

E-mail: df@chvng.min-saude.pt

AUTORIZAÇÃO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

67/2015

"PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância clínica"

INSTITUIÇÃO/SERVIÇO: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Joana Isabel Almeida Azevedo

PARECER DA CES emitido na reunião plenária de 26 / 03 / 2015

Nada a opor. Cumpre os requisitos éticos necessários à sua aprovação.

Realçar o parecer da UGI no que respeita à liderança do processo pela investigadora.

Salvaguardar a importância do investigador articular com os respectivos serviços.

Documentos analisados:

- Ofício;
- Parecer dos responsáveis de serviço;
- Projeto;
- Instrumento de colheita de dados.

O Presidente da CES



(Dra. Helena Figueiredo)

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 26 / 03 / 2015

AUTORIZAÇÃO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

António
10.4.15
Enf.ª *Paulina Rocha*
Educação Superior

67
Ao Exmo. Sr. Enf.º D.º
para decisão.
27/02/2015
CHVNG/E, EPE
Enf.ª *Christina Collaço*
Serviço Formação, Ensino e Investigação
N.º Mecanográfico: 1643

Joana Isabel Almeida de Azevedo
Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António
Bloco Operatório
Tel.: 918445094; E-mail: joanaazevedo@gmail.com

Secretariado
do C.H.

Matrícula nº 8201
1ª Entrada 102315
2ª Entrada 1/1
3ª Entrada 1/1

Exm.º Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho,

Porto, Fevereiro de 2015.

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação.

Joana Isabel Almeida de Azevedo, enfermeira, na qualidade de investigadora responsável, vem por este meio, solicitar a Vossa Ex.ª autorização para efetuar a colheita de dados no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, para o estudo de investigação intitulado "PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância clínica" junto dos enfermeiros do Bloco Operatório Central, Bloco Operatório de Oftalmologia e Bloco Operatório da Unidade 2, cujo processo se junta em anexo.

Este estudo de investigação decorre no âmbito do curso de Mestrado de Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, sob orientação do Prof. Doutor Paulino Sousa, professor coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Na qualidade de investigadora principal, declara assumir a liderança científica do estudo de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados e com as normas internas da instituição.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, ficamos ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Joana

Joana Isabel Almeida de Azevedo

A UGI de Conselho
para permitir sobre a
realização da referida
colheita de dados.
CHVNG/E - 19/02/2015
Enf.ª *Christina Collaço*
Serviço Formação, Ensino e Investigação
N.º Mecanográfico: 1643

UGI de Conselho e parecer favorável a realização
do estudo: "PNDS: Tradução e adequação cultural e
relevância clínica", junto dos enfermeiros do Bloco
Operatório Central, Bloco Operatório de
Oftalmologia e Bloco Operatório da Unidade 2.
Apesar do estar associado a
despesas do processo pelo combatente,
na outra opção e forma caso p.º
colheita de dados do Bloco Operatório Central

CHVNG/E, EPE
N.º 1241/2015
Data 19/2/2015
Tipo de documento: Carta
Serviço de Formação, Ensino e Investigação

AUTORIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO



Hospital Santo António | Hospital Maria Pia | Maternidade João Dinis | Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsa.pt

Exma. Srá. Enf^a Joana Azevedo

Rua 5 de Outubro, N.º 349

4445-673 Ermesinde

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - "PNDS: Tradução e Adaptação Cultural e Relevância Clínica" - N/ REF.º 2015.063(061-DEFI/057-CES)

O Conselho de Administração do CHP autoriza a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta instituição, no Bloco Operatório, no CICA e nos Blocos Operatórios do CMIN, sendo Investigadora Principal, a aluna do ICBAS, Enf^a Joana Azevedo.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direção de Enfermagem e pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

 Dr. SOLLARI ALVES Presidente	 Dr.ª GUA COMES Vogal Exatante
 Dr. PAULO CARDOBA Diretor Clínico	 Dr. ALI PEDROSO Vogal Exatante
 Enf.ª EDUARDO ALVES Estimado Diretor	

AUTORIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

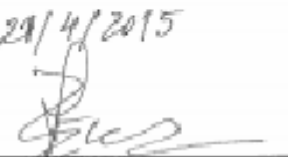
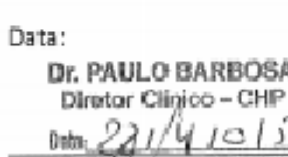
centro hospitalar
do Porto

Hospital de Santo António - Maternidade João Dias - Hospital Maria Pia

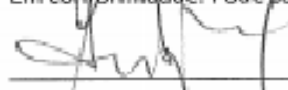
Largo Professor Abel Salazar
4093 - 001 PORTO
www.chp.pt

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MESTRADO

Título: "PNDS: Tradução e Adaptação Cultural e Relevância Clínica"	Ref.º: 2015.063(061-DEFI/057-CES)
	Investigador: Enfª Joana Azevedo Aluna do ICBAS

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 29/4/2015 	DIREÇÃO CLÍNICA: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: Dr. PAULO BARBOSA Diretor Clínico - CHP Data: 29/4/2015 
--	--

Em conformidade. Pode ser autorizado


Prof.ª Doutora Luisa Lobato
Diretora do DEFI

CHP - Direção do DEFI
ANTÓNIO MANUEL SILVA, Sr. 1130
Enf. Supervisor
18 de Abril de 2015

AUTORIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

centro hospitalar
do Porto

Hospital de Santo António - Maternidade Júlio César - Hospital Mark Pa

Centro Hospitalar do Porto - ICBAS
2015 - 063 (061-DEF/057-CES)
www.chp.up

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação

Data: 8.4.2015

Órgão: Reunião Plenária

Título: "PNDS: Tradução e Adaptação Cultural e Relevância Clínica"

Ref.º: 2015.063(061-DEF/057-CES)

Protocolo/Versão:

Promotor:
o(a) próprio(a)

Investigador:
Enf.ª Joana Azevedo, Enf.ª
Bloco Central do CHP e aluna
de Mestrado em Ciências de
Enfermagem no ICBAS/UP

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de Trabalho Académico acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo

Dr.ª Paulina Aguiar, Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Jorge Andrade da Silva

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

AUTORIZADO
Dr. Severo Torres
Adjunto do Diretor Clínico
Data: 8.4.15

Data 8.4.2015

A Presidente da CES

Dr.ª Luisa Bernardo

AUTORIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Joana Isabel Almeida de Azevedo

Título do projecto de investigação: PNDS: Tradução e adequação cultural e relevância

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Bloco Operatório Central, Cirurgia de Ambulatório e Bloco Operatório do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 13 /Fevereiro / 2015

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Joana Isabel Almeida de Azevedo

ANEXO V

Pedido de autorização para utilização do
Perioperative Nursing Data Set

Dear President of Association of periOperative Registered Nurses

Rosemarie Schroeder, BSN, RN, CNOR

I am a nursing master student from Portugal at Porto University – Abel Salazar Biomedics Institute. At this time I want to do my research project centered on Perioperative Nursing Data Set (PNDS®), under the supervision of Professor Paulino Sousa (PhD NSc), coordinator professor at Porto Nursing College.

I am a perioperative nurse in Porto Hospital Center since 2006, and my main area of interest has been perioperative nursing documentation, as I am the liaison person for hospital information and documentation systems.

I have been following the interesting Perioperative Nursing Data Set (PNDS®). I know that there is some translation work developing in Brazil and also there is a mapping project to International Classification for Nursing Practice (ICNP®), but I don't know the progress of them.

ICNP® was assumed by Portuguese official entities (Nursing Association and Health Ministry) as the nursing ontology to be used on nursing documentation.

Therefore, the main goals for my research study will be the translation and cultural adaptation of PNDS® for Portuguese context. And, if it will be possible mapping Perioperative Nursing Data Set to ICNP®.

Can you tell me if it makes sense for Association of periOperative Registered Nurses and if I can have the authorization for the use of Perioperative Nursing Data Set (PNDS®) for this purpose?

Sincerely

Joana Azevedo,

Nursing Master student

ANEXO VI

Autorização concedida pela AORN para uso do
Perioperative Nursing Data Set

Joana,

Here is the permission request for you to translate PNDS 3 to Portuguese. You may also map to ICNP but those mappings cannot be made public as PNDS 3 is intellectual property of AORN. I have actually been in contact with ICN (Amy Coenen) to map PNDS 3 to ICNP. We are working on a contract that would protect both parties intellectual properties via proper licensing/permissions. Since PNDS 3 and ICNP are both mapped to SNOMED-CT, we felt we could use those mappings to assist with the cross-mapping.

Please let me know if you have any questions. I look forward to seeing the results of your outcomes and possibly using your results to assist with the mappings of PNDS 3 to ICNP.

Thank you,

Janice Kelly, MS, RN-BC

Syntegrity Business Leader

Association of periOperative Registered Nurses (AORN)

2170 S. Parker Road, Ste. 400

Denver, CO 80231

[303-755-6304](tel:303-755-6304) Ext. 223 W

[800-755-2676](tel:800-755-2676), Ext. 223 W

[907-223-8131](tel:907-223-8131) Mobile

[303-755-5494](tel:303-755-5494) (fax)



2170 South Parker Road, Suite 400 • Denver, Colorado 80231-5711 • (303) 755-6300 or (303) 755-6304 • <http://www.aorn.org>

September 5, 2013

By email: joanadeazevedo@gmail.com

Joana Azevedo, Nurse Practitioner
Porto University – Abel Salazar Biomedics Science Institute

Re: Permission to use the PNDS language

Dear Ms. Azevedo:

Thank you for requesting permission to use the Perioperative Nursing Data Set 3rd edition (PNDS 3) language for your graduate level research project as part of your master's program in nursing. AORN is pleased to grant limited permission to use the PNDS 3 language for purposes of your research project, as follows:

Permission is granted to use and translate the PNDS 3 language into Portuguese to provide a conceptual and cultural equivalence to Portugal.

Permission is granted to use the PNDS 3 language for purposes of mapping the PNDS 3 language to the International Classification to Nursing Practice® (ICNP). Such mapping may not be shared or utilized outside the classroom.

Permission is not granted to use, distribute or publish the PNDS 3 to ICNP mapping results.

I will be happy to serve as a resource for you as you begin translating PNDS 3 and mapping to ICNP to complete your project. As a condition of receiving this permission, you agree to share your work and outcomes with AORN. This permission expires at the completion of your research project.

Sincerely,

Janice Kelly, MS RN-BC
Syntegrity Business Leader
Association of periOperative Registered Nurses

ACCEPTED AND AGREED:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Joana", written over a horizontal line.

Joana Azevedo

ANEXO VII

Termo de consentimento informado

Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória – Questionário

Caro participante, tenha em consideração os seguintes aspetos para o preenchimento do questionário:

1. Leia a carta explicativa do estudo.
2. Assine o termo de consentimento informado (retire-o do envelope, separando-o do questionário, dessa forma não será identificado).
3. No preenchimento do questionário tenha em atenção o **preenchimento dos círculos**, deverá preencher o círculo totalmente assim e não assim X , uma vez que a análise dos dados recorrerá a leitura ótica.
4. Por favor use caneta normal e não de feltro.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

PNDS: TRADUÇÃO E ADEQUAÇÃO CULTURAL E RELEVÂNCIA CLÍNICA

Eu, abaixo-assinado _____ (NOME COMPLETO), fui informado de que o estudo de Investigação acima mencionado se destina a **traduzir e avaliar a adequação cultural, a relevância e utilidade clínica da terminologia de enfermagem Perioperative Nursing Data Set, para o contexto da Enfermagem Perioperatória em Portugal.**

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de instrumentos de recolha de dados, tendo-me sido explicado em que consistem. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Data

Assinatura do Participante

___/___/___

Investigadora/Joana Azevedo

e-mail: joanadeazevedo@gmail.com

ANEXO VIII

Carta de pedido para participação no comité de peritos

Proposta de participação no Comité de Peritos**Avaliação da tradução do Perioperative Nursing Data Set - Domains/Assessment Interventions**

Exmo.(a) Sr.º(a),

No âmbito do XX Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, eu, Joana Isabel Almeida de Azevedo, sob a orientação do Prof. Dr. Paulino Sousa, pretendo desenvolver um estudo de carácter metodológico que tem como objetivo a tradução e adaptação cultural do **Perioperative Nursing Data Set (PNDS)** para o contexto português.

O PNDS é uma terminologia que foi especificamente criada para a Enfermagem Perioperatória, clinicamente validada e aprovada pela American Nurses Association (ANA), que foi desenvolvida pela Association of periOperative Registered Nurses (AORN) nos Estados Unidos da América, estando já mapeada com o SNOMED CT e com a CIPE (apenas para o PNDS versão 2).

A mais recente versão do PNDS é o **Perioperative Nursing Data Set 3rd Edition**, organizada em cinco Domínios (**Domains: Safety, Physiologic Responses; Behavioral Responses: Patient and Family – Knowledge; Behavioral Responses: Patient and Family – Rights/Ethics; Health system**) que englobam os seguintes enunciados:

- 151 intervenções de enfermagem (**Assessment interventions, Implementation interventions, Evaluation interventions**);
- 208 Diagnósticos de enfermagem (**NANDA diagnoses**);
- 39 Resultados de enfermagem (**PNDS outcomes**).

Este estudo, integrado no âmbito de mestrado, tem como finalidade avaliar a adequação cultural, relevância e utilidade clínica do *Perioperative Nursing Data Set* para o contexto português. No âmbito deste percurso académico o estudo **centrar-se-á** apenas na tradução/adaptação cultural e avaliação da relevância clínica dos **“Domains” e “Assessment Interventions” do PNDS**. Esta decisão teve por base a extensão de termos e enunciados da terminologia, cerca de 400, que nesta fase tornaria inviável a sua realização em tempo útil. Neste sentido, prevemos posteriormente dar continuidade ao estudo para as restantes áreas que integram o PNDS.

Este estudo encontra-se estruturado em duas fases: uma primeira fase destinada à tradução e adaptação cultural do PNDS para português através do recurso à opinião de um grupo de peritos; e, um segundo momento de avaliação da relevância e utilidade clínica destas áreas do PNDS, que será realizada por enfermeiros perioperatórios dos hospitais centrais do distrito do Porto.

Neste sentido, solicitamos a colaboração de V/ Exa. para o processo de validação da tradução do PNDS para o contexto português, através da sua participação num **comité de peritos** que terá como objetivo: **avaliar a equivalência linguística e cultural a versão portuguesa do Perioperative Nursing Data Set centrada nos “Domains e Assessment Interventions”**.

Este comité de peritos será composto por sete enfermeiros:

- 4 Professores da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Enfermeiros, com experiência na tradução e validação de terminologias de enfermagem;
- 3 Enfermeiros especialistas do contexto hospitalar, com experiência clínica em contexto perioperatório.

Os peritos terão como língua mãe a língua-alvo (portuguesa), domínio da língua da classificação (inglesa), conhecimentos na área das terminologias de enfermagem e sistemas de informação em saúde.

Pretende-se que este grupo de peritos **avalie e classifique as equivalências semântico-idiomática, conceptual e cultural, bem como verifique a clareza, facilidade de leitura e compreensão da tradução de cada item ou enunciado do PNDS.**

Para isso, será fornecido a cada elemento do grupo de peritos um questionário que integra a versão síntese (versão T1_2), resultante das traduções independentes realizadas por um tradutor *naïf* (versão T1) e por um tradutor ligado à área da saúde e de enfermagem perioperatória (versão T2). A versão sob avaliação será a versão T_2, contudo é disponibilizado um documento para consulta das versões T1 e T2.

Depois de obter o parecer do grupo de peritos relativo ao instrumento, no caso de existirem discrepâncias na avaliação da tradução, será agendada uma reunião para discussão dos resultados e resolução das mesmas.

Antecipadamente, agradecemos a sua inestimável colaboração, a sua opinião é sem dúvida uma mais valia para a realização deste trabalho.

Estamos ao dispor para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou fornecimentos de informações adicionais sobre o desenvolvimento deste estudo, através do e-mail: joanadeazevedo@gmail.com, telemóvel 918445094.

Muito obrigada pela sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador,

Joana Isabel Almeida de Azevedo

**INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA GRELHA
PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS SEMÂNTICO-IDIOMÁTICA,
CONCEPTUAL E CULTURAL DA TRADUÇÃO DO PNDS:
“Domains” e “Assessment Interventions”**

Este estudo emergiu de uma preocupação ligada à disponibilização e agregação da informação produzida pelos enfermeiros no contexto do BO (BO).

O PNDS é uma terminologia que foi especificamente criada para a Enfermagem Perioperatória, clinicamente validada e aprovada pela American Nurses Association (ANA), que foi desenvolvida pela Association of periOperative Registered Nurses (AORN) nos Estados Unidos da América, estando já mapeada com o SNOMED CT e a CIPE (apenas para o PNDS versão 2).

O processo de tradução e adaptação do PNDS para a língua Portuguesa segue as linhas orientadoras de Beaton et al (2002) e do ICN (2008) (ver desenho do estudo, Figura 1):

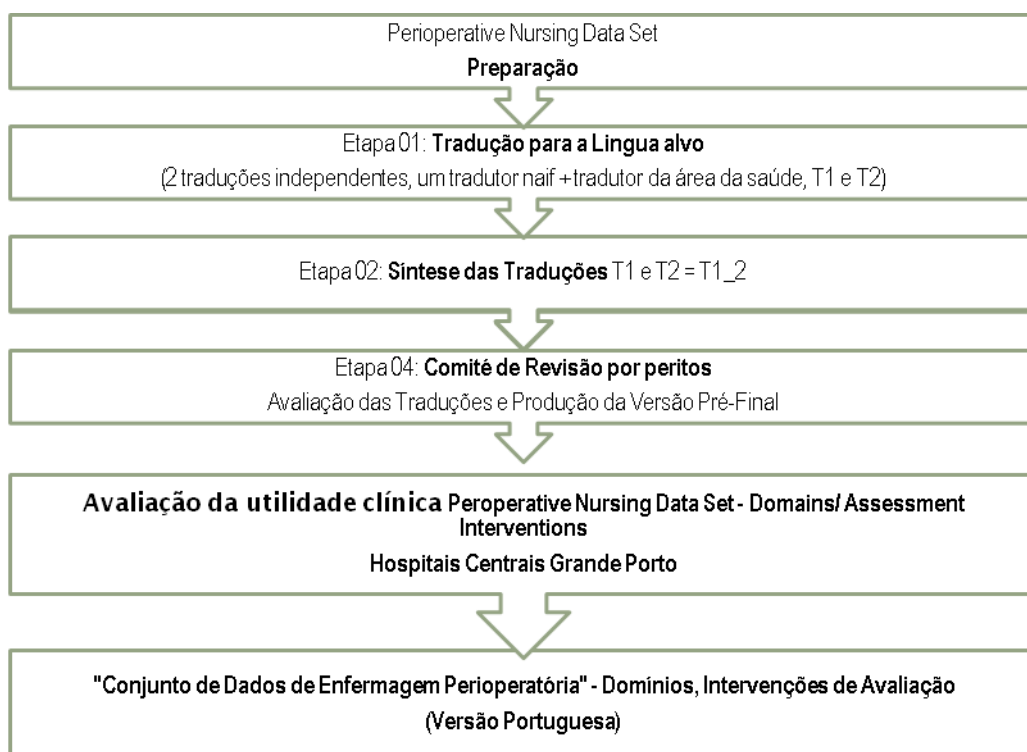


Figura 1 - Desenho do Estudo

Para avaliar as equivalências entre a versão original e as versões traduzidas, enviamos a V/ Exas um questionário que apresenta o item original em inglês acompanhado da versão T1_2 (versão síntese). Após analisar a tradução, efetue a avaliação do conteúdo do conjunto de enunciados que selecionou, considerando as equivalências:

- **Equivalência semântico-idiomática:** avalia a eventual variação de significados existentes entre as línguas, nomeadamente se as palavras significam efetivamente a mesma coisa. Paralelamente, procura verificar se existem dificuldades gramaticais na tradução. Ou seja, a equivalência semântica avalia se houve manutenção do significado de cada item, isto porque o item traduzido para a língua portuguesa deve preservar o sentido da versão original em inglês. Por seu lado, a equivalência idiomática permite identificar dificuldades para traduzir expressões coloquiais de um determinado idioma. Globalmente, necessitámos de ter em atenção o significado das palavras e o uso de expressões nos respetivos idiomas.
- **Equivalência conceptual:** avalia se as situações evocadas ou retratadas nos itens traduzidos, correspondem a um conceito explorado na cultura alvo, ou seja, se realmente identificam áreas de intervenção dos enfermeiros.
- **Equivalência cultural:** esta equivalência procura identificar se os termos utilizados na versão original são coerentes com as experiências vivenciadas pela população à qual se destina, ou seja, deve haver o mesmo parâmetro do domínio em avaliação e os itens devem ser igualmente relevantes e aceitáveis em ambas as culturas.

(Beaton et al., 2002)

Verifique, por favor, também a clareza e pertinência dos enunciados. No final de cada item terá um espaço onde poderá deixar sugestões ou fazer comentários.

Para avaliar as equivalências previamente descritas relativamente ao conjunto dos enunciados selecionados (Equivalência Semântico-Idiomática, Equivalência Conceptual, Equivalência Cultural), coloque um círculo no campo disponível, de acordo com as seguintes opções:

- 1= Não relevante ou não representativo;
- 2= Item necessita de grande revisão para ser representativo;
- 3= Item necessita de pequena revisão para ser representativo;
- 4= Item relevante ou representativo;

Versão	Code	Label	Definition	Equivalência			Sugestões ou Comentários
				Semântica Idiomática	Conceptual	Cultural	
Original	A.520	Identifies barriers to communication	Assesses factors that could affect ability to communicate, comprehend, and demonstrate understanding of new information.				
T1_2		Identifica barreiras à comunicação	Avalia fatores que podem afetar a capacidade de comunicar, compreender e demonstrar a compreensão de novas informações.	1 (2) 3 4	1 2 (3) 4	1 2 3 (4)	
Original	A.520.1	Preserves the patient's autonomy,	Confirms consent, implements facility				

Figura 2 - Exemplo de preenchimento da grelha de avaliação.

A validade de conteúdo do instrumento será quantificada por meio do *Content Validity Index* (CVI) - Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este índice indica a proporção de peritos concordantes com os itens presentes no instrumento, o que permite a análise de cada item individualmente bem como o instrumento como um todo. O IVC permite a avaliação de cada item individualmente e posteriormente do instrumento como um todo (Alexandre & Coluci, 2011).

Os *scores* dos índices serão calculados através da soma da concordância dos itens que foram atribuídas as pontuações “3” e “4” pelos especialistas na grelha de avaliação do instrumento. Os itens que eventualmente recebam pontuação “1” ou “2” serão revistos. Utilizaremos a seguinte fórmula para avaliar cada item individualmente:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas “3” ou “4”}}{\text{Número total de respostas}}$$

(Fonte: Alexandre & Coluci, 2011)

Para o item ser considerado válido, a taxa de concordância aceitável estipulada para este instrumento será de 0,85 (85%), de acordo como critério proposto por Lynn (1986). Os itens/enunciados potencialmente considerados inválidos serão posteriormente analisados em reunião com os juízes, no sentido de solucionar as discrepâncias detetadas.

Solicitamos que para todos os itens avaliados (em qualquer uma das equivalências) com um score menor que 4, proceda à justificação da sua avaliação ou sugestão de modificação.

No final da avaliação das traduções, existe um espaço para que faça uma avaliação global do instrumento.

Obrigada pela sua participação e colaboração neste estudo.

Joana Azevedo

Contactos:

Telemóvel - 918445094

E-mail – joanadeazevedo@gmail.com

ANEXO IX

**Grelha de avaliação da tradução para
a comissão de peritos
versão T1_2 (versão de revisão/excerto)**

Perioperative Nursing Data Set — Grelha de Avaliação



Versão	Itens	Equivalência			Sugestões ou Comentários
		Semântica Idiomática	Conceptual	Cultural	
Original	Perioperative Nursing Data Set	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória Ponderar o uso da palavra "resumo", que pode ter um potencial redutor
T1_2	Resumo de Dados de Enfermagem Perioperatória				
Original	Domains	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
T1_2	Domínios				



Versão	Itens				Equivalência			Sugestões ou Comentários
					Semântica Idiomática	Conceptual	Cultural	
Original	Code	Name	Extension	Definition	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	Extension=Área de aplicação Extension= âmbito?
T1_2	Código	Nome	Área aplicável	Definição				

Versão	Code	Name	Extension	Definition	Equivalência			Sugestões ou Comentários
					Semântica Idiomática	Conceptual	Cultural	
Original	D1	Safety	Freedom from acquired physical injury.	The absence of signs and symptoms of physical injury unrelated to the intended therapeutic effects of an operative or other invasive procedure.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
T1_2		Segurança	Ausência de lesões físicas adquiridas.	A ausência de sinais e sintomas de lesões físicas não relacionadas com os efeitos terapêuticos pretendidos do procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.				

Versão	Code	Name	Extension	Definition	Equivalência			Sugestões ou Comentários
					Semântica Idiomática	Conceptual	Cultural	
Original	D2	Physiologic Responses	Physiologic responses to surgery are as expected.	The physical, biochemical, and functional responses to the intended therapeutic effects of an operative or other invasive procedure.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	"são conforme o esperado" "respostas corporais">>NAME Ficaria melhor: "...de uma cirurgia ou outro procedimento invasivo"
T1_2		Respostas Fisiológicas	As respostas fisiológicas à cirurgia são as esperadas.	As respostas físicas, bioquímicas e funcionais aos efeitos terapêuticos pretendidos de um procedimento cirúrgico ou invasivo.				
Original	D3A	Behavioral Responses: Patient and Family – Knowledge	Knowledge about the perioperative process.	The <u>psychologic</u> , sociologic, and spiritual responses of patients and their families to the operative or other invasive procedure.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	"Respostas comportamentais: Conhecimento do cliente e família">>Name
T1_2		Respostas comportamentais: Paciente e Família – Conhecimento	Conhecimento sobre o processo perioperatório.	As respostas psicológicas, sociológicas e espirituais dos pacientes e suas famílias ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.				
Original	D3B	Behavioral Responses: Patient and Family – Rights/Ethics	Patient rights and ethics are supported.	The standards of professional nursing practice and the related expected outcomes of the operative or other invasive procedure.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	"direitos do paciente e ética" rever a utilização do termo paciente/cliente/doente "Respostas comportamentais: Direitos do cliente e família">>Name
T1_2		Respostas comportamentais: Paciente e Família – Direitos/Ética	Os direitos e ética do paciente são assegurados.	Os padrões da prática profissional de enfermagem e os resultados relacionados esperados do procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.				
Original	D4	Health System	The environment of perioperative settings.	Structural data elements that exist in the perioperative environment of health system.	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	"settings"=serviço "Elementos estruturais que existem"/ "elementos estruturais" "Elementos de informação estrutural"
T1_2		Sistema de Saúde	Ambiente dos contextos perioperatórios.	Elementos estruturais que existem no ambiente perioperatório do sistema de saúde.				

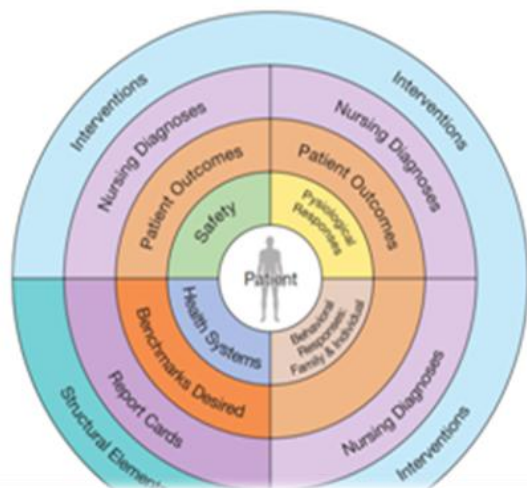
ANEXO X

**Documento de apoio para a comissão de peritos
versão – T1 e T2 (excerto)**

PNDS: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL E RELEVÂNCIA CLÍNICA

Documento de Tradução

Joana Azevedo



PNDS: Tradução e adaptação cultural e relevância clínica

VERSÃO

Original	Perioperative Nursing Data Set
T1	Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória
T2	Resumo de Dados Enfermagem Perioperatória



VERSÃO

Original	Domains
T1	Dominios
T2	Áreas de Atuação

VERSÃO

Original	Code	Name	Extension	Definition
T1	Código	Nome	Extensão	Definição
T2	Código	Nome	Área de Aplicação	Definição

Perioperative Nursing Data Set – Domains

VERSÃO	CODE	NAME	EXTENSION	DEFINITION
Original	D1	Safety	Freedom from acquired physical injury.	The absence of signs and symptoms of physical injury unrelated to the intended therapeutic effects of an operative or other invasive procedure.
T1		Segurança	Ausência de lesão física adquirida.	A ausência de sinais e sintomas de lesão física não relacionada com os efeitos terapêuticos pretendidos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.
T2		Segurança	Ausência de danos físicos adquiridos.	Ausência de sinais e sintomas de dano físico não relacionado com os efeitos terapêuticos pretendidos do procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.
Original	D2	Physiologic Responses	Physiologic responses to surgery are as expected.	The physical, biochemical, and functional responses to the intended therapeutic effects of an operative or other invasive procedure.
T1		Respostas Fisiológicas	Respostas fisiológicas à cirurgia são as esperadas.	As respostas físicas, bioquímicas e funcionais aos efeitos terapêuticos de um procedimento cirúrgico ou invasivo.
T2		Respostas Fisiológicas	Respostas fisiológicas à cirurgia são as esperadas.	Respostas físicas, bioquímicas e funcionais a um efeito terapêutico pretendido a um procedimento cirúrgico ou invasivo.
Original	D3A	Behavioral Responses: Patient and Family – Knowledge	Knowledge about the perioperative process.	The psychological, sociologic, and spiritual responses of patients and their families to the operative or other invasive procedure.
T1		Respostas comportamentais: Paciente e família – Conhecimento	Conhecimento acerca do processo perioperatório.	As respostas psicológicas, sociológicas e espirituais dos pacientes e suas famílias ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.
T2		Respostas comportamentais: Paciente e Família – Conhecimento	Conhecimento sobre o processo perioperatório.	Respostas psicológicas, sociológicas e espirituais dos pacientes e famílias ao procedimento cirúrgico ou invasivo.

VERSÃO	CODE	NAME	EXTENSION	DEFINITION
Original	D3B	Behavioral Responses: Patient and Family – Rights/Ethics	Patient rights and ethics are supported.	The standards of professional nursing practice and the related expected outcomes of the operative or other invasive procedure.
T1		Respostas comportamentais: Paciente e família – Direitos/Ética	Os direitos do paciente e ética são assegurados.	Os padrões de prática profissional de enfermagem e os respectivos resultados esperados de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo.
T2		Respostas comportamentais: Paciente e Família – Direitos/Ética	Direitos do paciente são assegurados.	Padrões de prática profissional de Enfermagem e os resultados esperados do procedimento cirúrgico ou invasivo.
Original	D4	Health System	The environment of perioperative settings.	Structural data elements that exist in the perioperative environment of health system.
T1		Sistema de Saúde	O ambiente dos contextos perioperatórios.	Elementos estruturais de informação que existem no ambiente perioperatório do sistema de saúde.
T2		Sistema de Saúde	Elementos do ambiente perioperatório	Elementos estruturais de informação no ambiente perioperatório do sistema de saúde.

Perioperative Nursing Data Set – Assessment Interventions

VERSÃO

Original	Assessment Interventions
T1	Intervenções de Avaliação
T2	Intervenções de Avaliação Inicial

VERSÃO

Original	Code	Label	Definition
T1	Código	Rótulo	Definição
T2	Código	Rótulo	Definição

VERSÃO	CODE	LABEL	DEFINITION
Original	A.10	Confirms patient identity	Verifies verbally and visually the identity of the individual undergoing the operative or invasive procedure.
T1		Confirma a identidade do paciente	Verifica oralmente e visualmente a identidade do indivíduo submetido ao procedimento cirúrgico ou invasivo
T2		Confirma a identidade do paciente.	Verifica verbalmente e visualmente a identidade do indivíduo a ser submetido ao procedimento cirúrgico ou invasivo.
Original	A.20	Verifies operative procedure, surgical site, and laterality	Verifies patient's/designated support person(s) understanding of the procedure to be performed
T1		Verifica o procedimento operatório, local cirúrgico e lateralidade	Verifica a compreensão do paciente/pessoa de suporte designada sobre o procedimento a ser realizado, incluindo lado, local, nível e lateralidade.
T2		Verifica procedimento cirúrgico, localização anatômica e lateralidade.	Verifica a compreensão do paciente/prestador de cuidados designado acerca do procedimento a ser realizado, incluindo lado, local, nível e lateralidade.
Original	A.20.1	Verifies consent for planned procedure	Determines that informed consent has been granted for planned operative or invasive procedure and any related activities (eg, photographs, investigational studies).
T1		Verifica o consentimento para o procedimento planejado	Determina se o consentimento informado foi concedido para o procedimento operatório ou invasivo planejado e para quaisquer atividades relacionadas (por exemplo, fotografias, estudos de investigação).
T2		Verifica o consentimento informado para o procedimento planejado	Determina que o consentimento informado foi concedido para o procedimento cirúrgico ou invasivo e quaisquer atividades relacionadas (ex. fotografias, estudos de investigação).
Original	A.20.2	Assesses the risk for unintended retained surgical items	Determines risk associated with the patient and procedure for unintended retained surgical items.
T1		Avalia o risco de retenção indesejada de itens cirúrgicos	Determina o risco associado com o paciente e procedimento para itens cirúrgicos retidos não intencionalmente.
T2		Avalia o risco de retenção não intencional de objetos cirúrgicos	Determina o risco de retenção não intencional de objetos cirúrgicos associado ao paciente e procedimento.
Original	A.200	Assesses risk for normothermia regulation	Identifies deviations from baseline normothermia and modifies nursing care as indicated for scheduled procedure.
T1		Avalia o risco para regulação de normotermia	Identifica desvios da normotermia de base e modifica os cuidados de enfermagem conforme indicado para o procedimento agendado
T2		Avalia riscos para a regulação de normotermia	Identifica desvios da normotermia basal e modifica os cuidados de enfermagem como indicado para o procedimento programado.

ANEXO XI

Fidelidade do instrumento:

alpha de Cronbach

Quadro 11. Correlação item total e valor do *alpha de Cronbach* se o item for eliminado – atividades de avaliação inicial

Código	Enunciado	Correlação de item total corrigida 50 itens	Alfa de Cronbach se o item for excluído
A.10	Confirma a identidade do cliente.	,496	,971
A.20	Verifica procedimento cirúrgico, local cirúrgico e lateralidade.	,496	,971
A.20.1	Verifica o consentimento para o procedimento planejado	,494	,971
A.20.2	Avalia o risco de retenção não intencional de dispositivos médicos	,438	,971
A.200	Avalia o risco para a regulação da normotermia	,574	,971
A.200.1	Avalia o risco de hipotermia inadvertida	,518	,971
A.200.2	Avalia o risco de hipertermia inadvertida	,558	,971
A.210	Identifica o estado fisiológico	,642	,971
A.220	Identifica o estado cardíaco inicial	,545	,971
A.220.1	Comunica a presença de dispositivos cardíacos implantáveis	,605	,971
A.220.2	Identifica a perfusão de tecidos inicial	,664	,971
A.220.3	Avalia fatores relacionados como o risco de compromisso da perfusão tecidual	,732	,971
A.230	Identifica o estado respiratório inicial	,577	,971
A.240	Avalia condição da pele inicial	,675	,971
A.240.1	Avalia os antecedentes de exposição prévia à radiação	,691	,971
A.250	Avalia o estado neurológico inicial	,678	,971
A.250.1	Identifica distúrbios sensoriais	,749	,971
A.260	Identifica o estado gastrointestinal inicial	,736	,971
A.260.1	Avalia hábitos e padrão alimentar	,652	,971
A.260.2	Avalia aspectos psicossociais relacionados com estado nutricional do cliente	,676	,971
A.270	Identifica estado genitourinário inicial	,745	,971
A.280	Identifica o estado músculo-esquelético inicial	,732	,971
A.280.1	Identifica compromissos que requerem precauções adicionais para o posicionamento específico durante o procedimento	,593	,971
A.30	Verifica antecedentes de alergias	,569	,971
A.300	Identifica o estado endócrino inicial	,690	,971
A.310	Identifica fatores associados a um risco aumentado de hemorragia ou desequilíbrio hidroeletrólítico.	,620	,971
A.340	Comunica desvios nos resultados de meios complementares de diagnóstico	,643	,971
A.340.1	Comunica desvios nos estudos de gasimetria	,612	,971

	arterial		
A.350	Avalia a suscetibilidade à infeção	,621	,971
A.350.1	Classifica a ferida cirúrgica	,661	,971
A.360	Avalia o controlo da dor	,609	,971
A.360.1	Identifica atitudes e crenças face à dor	,595	,971
A.40	Verifica a presença de ortóteses ou dispositivos de correção	,671	,971
A.510	Identifica o estado psicossocial	,765	,970
A.510.1	Identifica atitudes, crenças e expectativas individuais face aos cuidados	,754	,971
A.510.2	Comunica crenças e valores filosóficos, culturais e espirituais	,701	,971
A.510.3	Esclarece perceções sobre a cirurgia	,706	,971
A.510.4	Rastreia o abuso físico	,640	,971
A.510.5	Rastreia o abuso de substâncias	,713	,971
A.510.6	Avalia processos de <i>coping</i>	,723	,971
A.510.7	Avalia aspetos psicossociais específicos na gestão do regime medicamentoso	,663	,971
A.510.8	Mantém a dignidade e privacidade do cliente	,547	,971
A.520	Identifica barreiras à comunicação	,637	,971
A.520.1	Preserva a autonomia, dignidade e direitos humanos do cliente	,619	,971
A.530	Identifica as necessidades de informação do cliente e pessoa designada	,654	,971
A.530.1	Determina o conhecimento	,677	,971
A.530.2	Avalia a disponibilidade para aprender	,665	,971
A.530.3	Avalia conhecimento em relação aos cuidados e fases da cicatrização da ferida	,638	,971
A.530.4	Identifica as expectativas face aos cuidados no domicílio	,579	,971
A.530.5	Providencia informação sobre direitos e deveres do Cliente	,586	,971




ANEXO XII

Estatística descritiva das atividades de avaliação inicial do PNDS

Quadro 12. Estatística descritiva das atividades de avaliação inicial do PNDS

Código	Enunciado	Média	Med	Mo	SD	Var	Mín-Máx	N
A.10	Confirma a identidade do cliente.	9,73	10	10	0,959	0,919	1-10	287
A.20	Verifica procedimento cirúrgico, local cirúrgico e lateralidade.	9,72	10	10	0,953	0,908	1-10	287
A.30	Verifica antecedentes de alergias	9,50	10	10	1,139	1,296	1-10	286
A.20.1	Verifica o consentimento para o procedimento planeado	9,49	10	10	1,237	1,530	1-10	287
A.510.8	Mantém a dignidade e privacidade do cliente	9,36	10	10	1,313	1,725	1-10	286
A.220.1	Comunica a presença de dispositivos cardíacos implantáveis	9,19	10	10	1,547	2,394	1-10	286
A.220	Identifica o estado cardíaco inicial	9,17	10	10	1,551	2,405	1-10	287
A.280.1	Identifica compromissos que requerem precauções adicionais para o posicionamento específico durante o procedimento	9,13	10	10	1,404	1,970	2-10	285
A.240	Avalia condição da pele inicial	9,12	10	10	1,355	1,835	1-10	285
A.230	Identifica o estado respiratório inicial	9,08	10	10	1,561	2,437	1-10	285
A.20.2	Avalia o risco de retenção não intencional de dispositivos médicos	9,06	10	10	1,671	2,793	1-10	281
A.200.1	Avalia o risco de hipotermia inadvertida	9,05	10	10	1,400	1,959	1-10	287
A.220.3	Avalia fatores relacionados como o risco de compromisso da perfusão tecidual	8,98	10	10	1,481	2,192	2-10	286
A.360	Avalia o controlo da dor	8,97	10	10	1,748	3,055	1-10	286
A.200	Avalia o risco para a regulação da normotermia	8,93	9	10	1,464	2,142	1-10	286
A.200.2	Avalia o risco de hipertermia inadvertida	8,91	9	10	1,525	2,326	1-10	285
A.210	Identifica o estado fisiológico	8,91	9	10	1,439	2,072	1-10	287
A.310	Identifica fatores associados a um risco aumentado de hemorragia ou desequilíbrio hidroeletrólítico.	8,91	10	10	1,702	2,897	1-10	287
A.520.1	Preserva a autonomia, dignidade e direitos humanos do cliente	8,91	10	10	1,660	2,756	1-10	285
A.220.2	Identifica a perfusão de tecidos inicial	8,89	9	10	1,593	2,539	1-10	286
A.350	Avalia a suscetibilidade à infeção	8,78	10	10	1,834	3,363	1-10	286
A.40	Verifica a presença de órteses ou dispositivos de correção	8,77	9,5	10	1,754	3,078	1-10	286
A.520	Identifica barreiras à comunicação	8,65	9	10	1,666	2,774	1-10	286
A.250	Avalia o estado neurológico inicial	8,64	9	10	1,678	2,816	1-10	285
A.350.1	Classifica a ferida cirúrgica	8,5	9	10	2,039	4,159	1-10	284
A.530	Identifica as necessidades de informação do cliente e pessoa designada	8,48	9	10	1,880	3,535	1-10	286
A.510.3	Esclarece percepções sobre a cirurgia	8,47	9	10	1,792	3,211	1-10	286
A.250.1	Identifica distúrbios sensoriais	8,17	8	10	1,842	3,392	1-10	286
A.530.1	Determina o conhecimento	7,86	8	10	2,187	4,781	1-10	284
A.280	Identifica o estado músculo-esquelético inicial	7,85	8	10	2,140	4,581	1-10	284
A.510.5	Rastreia o abuso de substâncias	7,83	8	10	2,086	4,351	1-10	284

A.360.1	Identifica atitudes e crenças face à dor	7,82	8	10	2,206	4,866	1-10	284
A.240.1	Avalia os antecedentes de exposição prévia à radiação	7,79	8	10	2,100	4,409	1-10	278
A.340	Comunica desvios nos resultados de meios complementares de diagnóstico	7,62	8	10	2,269	5,148	1-10	284
A.510	Identifica o estado psicossocial	7,61	8	10	2,292	5,252	1-10	285
A.530.2	Avalia a disponibilidade para aprender	7,59	8	8	2,209	4,879	1-10	281
A.340.1	Comunica desvios nos estudos de gasimetria arterial	7,53	8	10	2,407	5,792	1-10	285
A.510.1	Identifica atitudes, crenças e expectativas individuais face aos cuidados	7,51	8	10	2,260	5,107	1-10	287
A.530.3	Avalia conhecimento em relação aos cuidados e fases da cicatrização da ferida	7,51	8	10	2,292	5,254	1-10	286
A.510.2	Comunica crenças e valores filosóficos, culturais e espirituais	7,41	8	10	2,245	5,040	1-10	287
A.300	Identifica o estado endócrino inicial	7,34	8	8	2,362	5,578	1-10	286
A.510.4	Rastreia o abuso físico	7,34	8	8	2,404	5,779	1-10	284
A.270	Identifica estado genitourinário inicial	7,31	8	10	2,289	5,241	1-10	286
A.260	Identifica o estado gastrointestinal inicial	7,29	8	10	2,304	5,309	1-10	284
A.510.6	Avalia processos de <i>coping</i>	7,22	8	8	2,347	5,511	1-10	286
A.510.7	Avalia aspetos psicossociais específicos na gestão do regime medicamentoso	7,07	8	8	2,352	5,533	1-10	284
A.530.5	Providencia informação sobre direitos e deveres do Cliente	6,98	7,5	10	2,619	6,859	1-10	286
A.530.4	Identifica as expectativas face aos cuidados no domicílio	6,79	7	10	2,627	6,901	1-10	285
A.260.1	Avalia hábitos e padrão alimentar	6,47	7	8	2,418	5,845	1-10	287
A.260.2	Avalia aspetos psicossociais relacionados com estado nutricional do cliente	6,32	7	6	2,384	5,681	1-10	284

Legenda:  "Top 25"  "Medium 15"  "Less 10"

ANEXO XIII

**Scores médios dos itens do PNDS
associados às dimensões emergentes da análise fatorial**

Quadro 13. Scores médios dos itens do PNDS – Dimensão1 “RESPOSTAS FISIOLÓGICAS E SEGURANÇA”

	DIMENSÃO 1 RESPOSTAS FISIOLÓGICAS E SEGURANÇA	Média	Med	Mo	DP	Mn	Mx
A.10	Confirma a identidade do cliente.	9,73	10	10	0,959	1	10
A.20	Verifica procedimento cirúrgico, local cirúrgico e lateralidade.	9,72	10	10	0,953	1	10
A.30	Verifica antecedentes de alergias	9,50	10	10	1,139	1	10
A.20.1	Verifica o consentimento para o procedimento planeado	9,49	10	10	1,237	1	10
A.220.1	Comunica a presença de dispositivos cardíacos implantáveis	9,19	10	10	1,547	1	10
A.220	Identifica o estado cardíaco inicial	9,17	10	10	1,551	1	10
A.280.1	Identifica compromissos que requerem precauções adicionais para o posicionamento específico durante o procedimento	9,13	10	10	1,404	2	10
A.240	Avalia condição da pele inicial	9,12	10	10	1,355	1	10
A.230	Identifica o estado respiratório inicial	9,08	10	10	1,561	1	10
A.20.2	Avalia o risco de retenção não intencional de dispositivos médicos	9,06	10	10	1,671	1	10
A.200.1	Avalia o risco de hipotermia inadvertida	9,05	10	10	1,400	1	10
A.220.3	Avalia fatores relacionados como o risco de compromisso da perfusão tecidual	8,98	10	10	1,481	1	10
A.360	Avalia o controlo da dor	8,97	10	10	1,748	1	10
A.200	Avalia o risco para a regulação da normotermia	8,93	9	10	1,464	1	10
A.200.2	Avalia o risco de hipertermia inadvertida	8,91	9	10	1,525	1	10
A.210	Identifica o estado fisiológico	8,91	9	10	1,439	1	10
A.310	Identifica fatores associados a um risco aumentado de hemorragia ou desequilíbrio hidroeletrólítico.	8,91	10	10	1,702	1	10
A.220.2	Identifica a perfusão de tecidos inicial	8,89	9	10	1,593	1	10
A.350	Avalia a suscetibilidade à infeção	8,78	10	10	1,834	1	10
A.40	Verifica a presença de ortóteses ou dispositivos de correção	8,77	9,5	10	1,754	1	10
A.350.1	Classifica a ferida cirúrgica	8,5	9	10	2,039	1	10

Quadro 14. Scores médios dos itens do PNDS – Dimensão 2 "RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS"

	DIMENSÃO 2 RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS	Média	Mediana	Moda	DP	Mn	Mx
A.530.4	Identifica as expectativas face aos cuidados no domicílio	6,79	7	10	2,627	1	10
A.530.5	Providencia informação sobre direitos e deveres do Cliente	6,98	7,5	10	2,619	1	10
A.510.7	Avalia aspetos psicossociais específicos na gestão do regime medicamentoso	7,07	8	8	2,352	1	10
A.510.6	Avalia processos de <i>coping</i>	7,22	8	8	2,347	1	10
A.510.4	Rastreia o abuso físico	7,34	8	8	2,404	1	10
A.510.2	Comunica crenças e valores filosóficos, culturais e espirituais	7,41	8	10	2,245	1	10
A.510.1	Identifica atitudes, crenças e expectativas individuais face aos cuidados	7,51	8	10	2,260	1	10
A.530.3	Avalia conhecimento em relação aos cuidados e fases da cicatrização da ferida.	7,51	8	10	2,292	1	10
A.530.2	Avalia a disponibilidade para aprender	7,59	8	8	2,209	1	10
A.510	Identifica o estado psicossocial	7,61	8	10	2,292	1	10
A.510.5	Rastreia o abuso de substâncias	7,83	8	10	2,086	1	10
A.530.1	Determina o conhecimento	7,86	8	10	2,187	1	10
A.510.3	Esclarece perceções sobre a cirurgia	8,47	9	10	1,792	1	10
A.530	Identifica as necessidades de informação do cliente e pessoa designada	8,48	9	10	1,880	1	10
A.520	Identifica barreiras à comunicação	8,65	9	10	1,666	1	10
A.520.1	Preserva a autonomia, dignidade e direitos humanos do cliente	8,91	10	10	1,660	1	10
A.510.8	Mantém a dignidade e privacidade do cliente	9,36	10	10	1,313	1	10

Quadro 15. Scores médios dos itens do PNDS – Dimensão 3 "RESPOSTAS FISIOLÓGICAS"

	DIMENSÃO 3 RESPOSTAS FISIOLÓGICAS	Média	Mediana	Moda	DP	Mn	Mx
A.250	Avalia o estado neurológico inicial	8,64	9	10	1,678	1	10
A.250.1	Identifica distúrbios sensoriais	8,17	8	10	1,842	1	10
A.280	Identifica o estado músculo-esquelético inicial	7,85	8	10	2,14	1	10
A.360.1	Identifica atitudes e crenças face à dor	7,82	8	10	2,206	1	10
A.240.1	Avalia os antecedentes de exposição prévia à radiação	7,79	8	10	2,1	1	10
A.340	Comunica desvios nos resultados de meios complementares de diagnóstico	7,62	8	10	2,269	1	10
A.300	Identifica o estado endócrino inicial	7,34	8	8	2,362	1	10
A.270	Identifica estado genitourinário inicial	7,31	8	10	2,289	1	10
A.260	Identifica o estado gastrointestinal inicial	7,29	8	10	2,304	1	10
A.260.1	Avalia hábitos e padrão alimentar	6,47	7	8	2,418	1	10