



Diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada*

Nursing diagnosis of delayed surgical recovery

Diagnóstico de enfermería recuperación quirúrgica retardada

Rosimere Ferreira Santana¹, Tallita Mello Delphino¹, Nathalia Martins Henriques¹, Priscilla Alfradique de Souza²,
Thais da Silva Soares¹, Shimmenes Kamacael Pereira¹

Teve-se como objetivo identificar e analisar o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, segundo a taxonomia da NANDA-I, através de revisão integrativa da literatura, nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, LILACS e BDNF. Foram selecionados 34 artigos, nos quais o diagnóstico esteve presente somente em um estudo. Porém foi possível identificar no conteúdo dos artigos as características definidoras: dificuldade para movimentar-se (23,5%), necessidade de ajuda para complementar o autocuidado (17,6%) e evidência de interrupção na cicatrização (17,6%). E fatores relacionados: dor (34,2%) infecção pós-operatória (31,7%), expectativas pós-operatórias (31,7%) e obesidade (2,4%). Outros fatores relacionados não listados na classificação NANDA-I foram identificados: idade avançada (38,9%), diabetes melito (22,2%) e deficiência nutricional (16,7%). Conclui-se que o diagnóstico trata de um fenômeno da prática de enfermagem cirúrgica recomendado para o monitoramento e documentação padronizada das complicações que podem retardar a recuperação e a alta hospitalar.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de Validação; Enfermagem Perioperatória.

The purpose of this study was to identify and analyze the nursing diagnosis of delayed surgical recovery, its defining characteristics and related factors according to NANDA-I taxonomy, through an integrative review. 34 articles were selected from MEDLINE, CINAHL, LILACS, and BDNF databases. In these, the delayed surgical recovery diagnosis was identified in a study. However, it was possible to identify the defining characteristics: difficulty to move about (36.4%) which requires help to complete self-care (27.3%) and the evidence of interrupted healing of the surgical site (27.3%). Additionally, the related factors were: pain (34.2%), postoperative surgical site infection (31.7%), postoperative expectations (31.7%), and obesity (2.4%). Other identified related factors were: advanced age (38.9%), diabetes mellitus (22.2%) and nutritional deficiency (16.7%). In conclusion, the diagnosis deals with a phenomenon of nursing surgical practice, recommended for the monitoring and standardized documentation of complications that may delay recovery and hospital discharge.

Descriptors: Nursing Diagnosis; Validation Studies; Perioperative Nursing.

El objetivo fue identificar y analizar el diagnóstico de enfermería recuperación quirúrgica retardada, según la taxonomía de la NANDA-I, mediante revisión integradora de la literatura, en las bases MEDLINE, CINAHL, LILACS y BDNF. Se seleccionaron 34 artículos, en que el diagnóstico estuvo presente solamente en un estudio. Pero fue posible identificar el contenido de los artículos las características definitorias: dificultad para moverse (36,4%), necesidad de ayuda para complementar el autocuidado (27,3%) y evidencia de interrupción en la cicatrización (27,3%). E factores relacionados: dolor (34,2%), infección postoperatoria (31,7%), expectativas postoperatorias (31,7%), y obesidad (2,4%). Otros factores relacionados no listados en la clasificación de la NANDA-I fueron: edad avanzada (38,9%), diabetes mellitus (22,2%) y la deficiencia nutricional (16,7%). Se concluye que el diagnóstico es un fenómeno de la práctica de la enfermería quirúrgica recomendada para el monitoreo y documentación estándar de las complicaciones que pueden retrasar la recuperación y el alta hospitalaria

Descritores: Diagnóstico de Enfermería; Estudios de Validación; Enfermería Perioperatoria.

*Recorte ampliado do Relatório de Iniciação Científica 2011-2012 PIBIC/CNPq/PROPPi.

¹Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

²Nursing Scholl of San Antonio. Texas, Estados Unidos.

Autor correspondente: Rosimere Ferreira Santana

Rua Doutor Celestino, 74, Centro, CEP: 24020-091. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: rosifesa@gmail.com

Introdução

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório constitui um desafio, devido às alterações complexas que ocorrem nesta fase, como: recuperação anestésica, dor, desconforto, ferida operatória, náuseas, vômitos, limitação dos movimentos, dependência para o autocuidado, risco para infecção, expectativas quanto à recuperação, alta, cuidados domiciliares, e retorno às atividades⁽¹⁻²⁾.

Neste contexto, para oferecer uma assistência direcionada às necessidades do paciente cirúrgico, é necessário que os profissionais de enfermagem identifiquem corretamente os possíveis diagnósticos presentes neste período. A fim de atuar de forma adequada, viabilizando redução de possíveis complicações e retardo em sua recuperação.

Dessa forma, a identificação acurada e precisa do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada pode se tornar uma ferramenta auxiliar na promoção da orientação acerca da recuperação plena. Como a observação atenta do processo de cicatrização, a prevenção de infecção, a alimentação adequada e o estímulo a retomada das atividades rotineiras que, por conseguinte, podem contribuir para redução das complicações pós-operatórias⁽³⁻⁵⁾.

O diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, segundo a classificação NANDA-Internacional (NANDA-I), insere-se no domínio 11 Segurança/Proteção, definido como “extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar”^(6:507).

São características definidoras, ou seja, pistas/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem, no caso de recuperação cirúrgica retardada citadas na classificação NANDA-I: adia o retorno às atividades de trabalho/emprego; dificuldade para movimentar-se; evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica; fadiga; percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação; perda de apetite com ou

sem náusea; necessidade de ajuda para completar o autocuidado; e relato de dor ou desconforto⁽⁶⁾.

Já os fatores relacionados, denominados como aqueles que mostram algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem, tem-se na classificação NANDA-I para recuperação cirúrgica retardada: dor; expectativas pós-operatórias; infecção pós-operatória no local da incisão; obesidade; procedimento cirúrgico extenso e procedimento cirúrgico prolongado⁽⁶⁾.

Portanto, considera-se importante a identificação do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada na prática clínica da enfermagem cirúrgica. Porém, nem sempre as evidências clínicas definidas como pertinentes na taxonomia, correspondem à observada na literatura^(4,7). Este também é considerado o primeiro passo metodológico da validação e da revisão diagnóstica. Desta forma, suscita-se a necessidade de pesquisas que auxiliem na exposição da pertinência do diagnóstico a área de interesse^(4,7).

Para tanto, elaborou-se como objetivo: identificar e analisar o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, bem como suas características definidoras e fatores relacionados mediante revisão integrativa da literatura.

Método

Optou-se pela revisão integrativa como método de revisão amplo que tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão a partir dos resultados evidenciados em cada estudo⁽⁸⁻⁹⁾.

Para realização e organização desta revisão, estabeleceu-se seis etapas, conforme sugerido em estudos anteriores⁽⁸⁻¹²⁾. Primeiramente, foi realizada a elaboração da questão norteadora da revisão integrativa, na qual se considerou as prerrogativas de clareza e especificidade, o auxílio na identificação das palavras-chaves e na delimitação das informações e escolha dos estudos.

Assim, formulou-se a questão: Como se apresenta o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, bem como suas características definidoras e os fatores relacionados na literatura disponível? Esta fase incluiu a documentação dos descritores utilizados, das bases de dados consultadas, das estratégias de busca e dos critérios de inclusão e exclusão delimitados.

A investigação dos descritores realizou-se na base de dados das terminologias Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências de Saúde (DeCS), com acesso pela biblioteca virtual PUBMED, foram selecionados: diagnóstico de enfermagem, enfermagem perioperatória e cuidados pós-operatórios, tanto em português quanto em inglês. Na estratégia de busca, estes foram associados entre si, utilizando-se os operadores booleanos *or* e *and* nos dez tipos de combinações possíveis, o que possibilitou delineamento para se selecionar os artigos pretendidos.

Assim, realizou-se a busca on-line nas bases de dados MEDLINE (Medical Literature and Retrieval System Online) via PUBMED, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e BDNF (Banco de Dados de Enfermagem). O acesso a essas bases eletrônicas ocorreu através da BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) e Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), o período de busca ocorreu entre agosto a setembro de 2012.

Adotaram-se como critérios para inclusão dos artigos na revisão integrativa: artigos indexados, publicados em inglês, espanhol ou português, independente da data de publicação, com abordagem direta e indireta do tema recuperação cirúrgica retardada, independente do período operatório, tipo de cirurgia, ou idade da clientela, e que atendessem a pelo menos uma questão norteadora da pesquisa. Como critérios de exclusão: artigos sem determinação de uma metodologia clara, textos duplicados, artigos

de reflexão ou editoriais, e teses não publicadas. Cabe ressaltar que os artigos que não possuíam acesso eletrônico livre foram adquiridos via biblioteca universitária, com acesso na íntegra dos artigos selecionados para leitura.

A seleção ocorreu primeiramente por meio da leitura dos títulos e resumos, eliminação dos duplicados em mais de uma base de dados e recuperação dos artigos na íntegra. De um total de artigos nas bases de dados PUBMED (3827), LILACS (8245), BDNF (5248) e CINAHL (6881), selecionou-se pelo resumo 322 estudos, destes retirou-se 190 repetidos, dos quais selecionou-se 132 na íntegra, restando 86 artigos selecionados, sendo esta a amostra inicial do estudo.

Submeteram-se tais artigos à leitura minuciosa e as informações colhidas, sintetizadas em um instrumento de coleta de dados contendo: dados de identificação do artigo (título, autores, formação, ano, país de publicação, título do periódico, base de dados), principais conceitos relacionados com o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, conceito de recuperação cirúrgica retardada, indicadores para recuperação cirúrgica retardada, características metodológicas, principais resultados, conclusões dos autores, implicações para enfermagem, limitações do estudo e classificação do nível de evidência.

Cabe ressaltar que cada artigo conteve avaliação de pelo menos um bolsista, um enfermeiro mestre e o orientador. Após a leitura dos 86 artigos, incluiu-se 34 artigos, pois estes traziam em seu bojo conteúdo do diagnóstico de recuperação cirúrgica retardada, além de contribuições teórico-metodológicas, sendo estes posteriormente analisados.

Desta forma, selecionaram-se estudos de diversos delineamentos, classificados conforme o nível de evidência proposto por Oxford/2009⁽¹³⁾. A avaliação da qualidade dos estudos foi crucial para avaliação da conformação científica das publicações⁽¹¹⁾.

Nesta etapa, realizou-se a caracterização da amostra, com utilização estatística descritiva simples

com distribuição por ano de publicação, país, método empregado, categoria profissional dos autores, periódicos e bases de dados dos artigos incluídos no estudo.

Posteriormente, realizou-se uma leitura exaustiva, buscando os conceitos de recuperação cirúrgica retardada, bem como as definições das características definidoras e fatores relacionados do fenômeno estudado. Como última etapa na análise de pesquisa das publicações, as evidências obtidas nos estudos incluídos na revisão foram analisadas e sintetizadas, comparando com o encontrado na classificação NANDA-I.

Resultados

O perfil bibliométrico dos 34 estudos que atenderam às questões norteadoras da pesquisa incluídos na revisão está apresentado na Tabela 1. Predominaram estudos com abordagens qualitativas (58,8%) e descritivas (41,2%), estes em sua maioria relatavam casos e experiências; 70,6% dos estudos foram considerados com baixa evidência científica⁽¹⁾. Porém, três estudos de alta evidência pertenciam à área da Enfermagem, com distribuição nos países Inglaterra, Estados Unidos e Suécia.

Em relação à temática geral dos artigos a maioria tratava de dor pós-operatório presente em seis estudos (17,1%) e processo de cicatrização também em seis estudos (17,1%). Adicionalmente, infecção da ferida cirúrgica esteve presente em quatro estudos (14,3%) e também em estudos que abordavam diagnósticos de enfermagem no perioperatório, quatro (14,3%); sentimentos pós-operatórios foram identificados em três estudos (8,6%), seguido de complicações pós-operatórias em dois estudos (5,7%) e náusea e vômitos em um estudo (2,9%).

Observou-se a descrição de conceitos gerais à recuperação cirúrgica retardada, os quais remetem de algum modo ao diagnóstico, porém somente em um artigo houve citação direta de sua identificação. Inclusive outros que se propuseram identificar os

diagnósticos de enfermagem na fase perioperatória não o relacionaram.

Tabela 1 - Distribuição dos estudos conforme base de dados, país, ano de publicação, área profissional, abordagem e tipo de estudo

Variável	n (%)
Base de dados	
Pubmed	18 (52,9)
Lilacs	10 (29,5)
Cinahl	6 (17,6)
País	
Brasil	17 (50)
Estados Unidos	9 (26,5)
Inglaterra	3 (8,8)
Austrália	3 (8,8)
Suécia	1 (3,0)
Tailândia	1 (3,0)
Ano	
Anteriores a 2006	12 (35,2)
2007	3 (8,8)
2008	7 (20,7)
2009	6 (17,6)
2010	4 (11,8)
2011	2 (5,9)
Área profissional	
Enfermagem	31 (91,2)
Enfermagem e Medicina	3 (8,8)
Abordagem	
Qualitativa	20 (58,8)
Quantitativa	14 (41,2)
Tipo de estudo	
Descritivo exploratório	14 (41,2)
Estudo de revisão	11 (32,3)
Reflexão teórica	3 (8,8)
Experimental	3 (8,8)
Relato de experiência	2 (5,9)
Observacional	1 (3,0)

Ressalta-se também menção à ferida cirúrgica, os quais corresponderam a 31,4% dos estudos, faz-nos refletir sobre a contribuição das complicações no processo de cicatrização para a presença do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada.

Mediante isto, os artigos analisados abordaram características do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada (características

definidoras), como também os motivos causais destas características (fatores relacionados), apresentados na Tabela 2, assim como outros possíveis fatores relacionados que se encontram na literatura, mas não são citados na classificação NANDA-I.

Tabela 2 - Distribuição das características definidoras, fatores relacionados e fatores relacionados que necessitam de validação

Variáveis	n (%)
Características definidoras	
Dificuldade para movimentar-se	4 (36,4)
Precisa de ajuda para complementar o autocuidado	3 (27,3)
Evidência de interrupção na cicatrização	3 (27,3)
Fadiga	1 (9,0)
Fatores Relacionados	
Dor	14 (34,2)
Infecção pós-operatória no local da incisão	13 (31,7)
Expectativas pós-operatórias	13 (31,7)
Obesidade	1 (2,4)
Fatores relacionados encontrados na literatura mas não citados na classificação NANDA-I	
Idade avançada	7 (38,9)
Diabetes melito	4 (22,2)
Deficiência nutricional	3 (16,7)
Uso de corticóides	2 (11,1)
Náusea e vômito	1 (5,5)
Edema	1 (5,5)

Das dez características definidoras propostas na classificação NANDA-I somente cinco foram evidenciadas na literatura. Porém, uma das características definidoras segundo a NANDA-I foi identificada na literatura como Fator Relacionado: dor ou desconforto. Como apetite sem náusea e com náusea, esteve descrito separadamente como deficiência nutricional e náusea e vômitos estes apontados como causa de recuperação cirúrgica retardada, portanto, como fatores relacionados.

Assim, dos seis fatores relacionados, quatro foram citados, somente os fatores relacionados procedimento cirúrgico extenso e procedimento

cirúrgico prolongado não foram encontrados nos artigos.

Cabe ressaltar que nos estudos analisados, outros seis possíveis fatores relacionados foram encontrados na literatura, mas não citados na classificação NANDA-I⁽⁶⁾. Contudo, merecem validação por especialistas e clínica para sua inclusão na classificação estudada.

Discussão

Somente um artigo identificou o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, entretanto, não impediu a revisão, mas ao contrário, demonstrou que haviam citações difusas das características definidoras e fatores relacionados na literatura direcionadas a complicações pós-operatórias de modo aleatório. Porém, o diagnóstico de Recuperação cirúrgica retardada reúne estas características e, pode proporcionar ao enfermeiro a direção na prevenção das complicações pós-operatórias de modo sistemático e organizado.

O estudo que identificou o diagnóstico esteve presente em um paciente submetido à prostatectomia radical, caracterizado pela evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica. Cujo cliente teve uma hospitalização prolongada em relação ao esperado, verbalizando um desejo grande de retomar às suas atividades diárias, além de preocupação em permanecer por mais tempo no hospital em relação aos outros pacientes⁽¹⁴⁾.

Em um pós-operatório tardio, os autores discorrem comumente sobre o aumento do número de dias de pós-operatório, dificuldade para autocuidado e demora na cicatrização da ferida. O retardo no retorno às atividades habituais de vida e trabalho após procedimento cirúrgico são citados como relacionados à infecção de sítio cirúrgico, o que pode retardar o processo de cicatrização e, assim, prolongar a internação do paciente, consequentemente retardando o retorno as suas atividades normais e de autocuidado⁽¹⁵⁻²⁰⁾. Dessa

forma, há um desencadeamento de eventos que inter-relacionam os fatores e características definidoras.

As condições da ferida operatória são importantes para a caracterização diagnóstica, por definirem a presença ou não desse diagnóstico. A evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica esteve caracterizada na literatura pela presença ou a retirada de secreção amarelada (pus), isolados ou com presença de vermelhidão, como também deiscência de sutura⁽²¹⁾. Esta complicação foi definida como a separação da camada fascial, uma preocupação por se tratar de evento que leva a uma recuperação prolongada^(14,19-20,22).

Entretanto, considera-se evidência de interrupção na cicatrização um termo genérico que pode comprometer o enfermeiro na identificação do diagnóstico. Logo, sugere-se a especificação do termo com características observáveis descritas logo após sua exibição na classificação NANDA-I, a exemplo: edema, hiperemia, presença de secreção purulenta e deiscência de ferida.

Procedimentos cirúrgicos geralmente resultam em alteração da habilidade de promover autocuidado por causa da dor e da fadiga, apresentando dificuldade para banho/higiene, vestir-se e alimentar-se^(17,21-22), isso indica também ser uma característica definidora relevante ao diagnóstico. Portanto, dor e fadiga parecem mais ser causa (fator relacionado) de recuperação cirúrgica retardada do que característica definidora.

A dificuldade no deslocamento esperado no pós-operatório caracteriza-se pela restrição no movimento físico, ocasionado pela própria sensação de dor comum neste período, condições ortopédicas e/ou presença de drenos que restringem a movimentação do corpo⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Ou seja, o indivíduo com recuperação cirúrgica retardada, provavelmente apresentará uma dificuldade para mover-se sendo, portanto, uma característica clínica importante.

Sobre o adiamento do retorno às atividades habituais de vida e trabalho foi observado nos estudos uma associação entre retardo na recuperação

plena com: extensão dos dias de pós-operatório; ferida aberta; dificuldade para mover-se; déficit no autocuidado; com a postergação de reinício das atividades⁽⁴⁾, sendo importantes determinantes do grau de comprometimento da recuperação cirúrgica.

A percepção de que é necessário tempo prolongado para a recuperação refere-se ao relato de sensação ou sentimento de ter sua capacidade funcional diminuída e/ou apresentar alterações fisiológicas que dificultem a realização das atividades cotidianas conhecidas como atividades de vida diária (AVDs)⁽⁴⁾. Desta forma, o paciente relata sentir-se debilitado e inseguro para a realização das mesmas, nesse sentido, para esta característica definidora, aposta-se em sua reformulação para relato de que é necessário maior tempo para recuperação, indicando que se relaciona ao que é verbalizado pelo paciente a respeito de sua recuperação.

A característica definidora, fadiga, foi citada como redução do fluxo sanguíneo periférico e incapacidade de o coração manter um débito cardíaco suficiente para satisfazer as necessidades teciduais de oxigênio⁽¹⁵⁾. E, sua presença pode ser observada em alguns casos no início do processo de recuperação cirúrgica ou comumente associados a quadros de cirurgias oncológicas e cardíacas, com preponderância das queixas clínicas.

Apesar de sua alta incidência, o relato de dor no pós-operatório não foi considerado característica definidora. Por ter sido comumente associado a um fator contribuinte para desenvolvimento de recuperação cirúrgica retardada, assim pode ser considerado como um fator relacionado⁽²³⁻²⁹⁾ para o diagnóstico em questão.

A dor pode induzir complicações pós-operatórias, que podem prolongar a internação^(17-21,22,25-27). Assim, o fator associado dor merece destaque, pois o estresse cirúrgico ativa a via hipotálamo-pituitária-adrenal, o que causa uma liberação de catecolaminas, como adrenalina e noradrenalina. Isso pode levar ao aumento de cortisol, o esgotamento muscular e proteico, acarretando

demora na cicatrização da ferida cirúrgica^(18-19,28,30-32).

Não encontrou-se citação de evidência das características definidoras perda do apetite com náusea e perda do apetite sem náusea com o diagnóstico⁽¹⁴⁻³³⁾. Contudo, os itens em separado, perda do apetite e náuseas foram identificados principalmente em determinadas cirurgias, como as gastrointestinais.

Quanto aos fatores relacionados, destaca-se a infecção pós-operatória da incisão, ocasionando o retardo no processo de cicatrização e, conseqüente maior tempo de internação⁽³³⁾. A infecção caracterizada pela presença de calor, rubor, dor e edema, pode ocorrer devido ao tipo de ferida, à saúde do paciente, falta de princípios de assepsia e, seqüência no desenvolvimento do curativo. Tais situações conduzem a ampliação de riscos à infecção, comprometendo o processo de cicatrização e de recuperação da integridade da pele do paciente, exigindo assim, maior permanência no hospital^(15-20,25,29,33-35).

As expectativas pós-operatórias foram destacadas na literatura como sentimentos: ansiedade, medo, preocupação, insegurança, culpa, perda, depressão, diminuição da autoestima, entre outros, que se apresentados pelo paciente cirúrgico que podem contribuir para o atraso de sua recuperação. Por isso sugere-se o uso do termo sentimentos pós-operatórios e, em seguida suas especificações para facilitar sua compreensão na classificação NANDA-I⁽³⁰⁾.

A obesidade, foi encontrada em um estudo, entretanto considera-se importante fator relacionado para o retardo da cicatrização, devido à baixa irrigação do tecido adiposo, decorrente do fluxo sanguíneo diminuído ocasionando demora na cicatrização⁽¹⁹⁾.

Já os fatores relacionados, procedimento cirúrgico extenso e procedimento cirúrgico prolongado, não foram encontrados nos artigos analisados. Contudo, entende-se que esses podem contribuir para o risco de infecção no sítio cirúrgico e, merecem ser investigados quanto a sua ocorrência em outros estudos. Pois, compreendem-se por cirurgias extensas aquelas de grande porte, em que as cavidades

corporais ou grandes vasos são expostos à temperatura ambiente, tais como grandes procedimentos abdominais, torácicos, vasculares, coluna vertebral torácica com instrumentação ou artroplastia de quadril^(3,4). E, por procedimento cirúrgico prolongado aqueles com o tempo de duração de cirurgia maior do que o esperado, quando comparado com tempo estimado para o procedimento; o prolongamento da duração da cirurgia aumenta a exposição aos efeitos adversos potenciais, o que podem retardar a cicatrização da cirurgia⁽⁴⁾.

Como fatores relacionados que necessitam de validação, ou seja, fatores relacionados encontrados na literatura, mas não citados na classificação NANDA-I que poderiam influenciar no retardamento da recuperação teve-se: idade avançada, diabetes melito, deficiência nutricional, edema, uso de corticóides, náuseas e vômitos persistentes^(4,19-20,23,36).

Dentre estes, merece destaque a idade avançada, pois as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento influenciam negativamente na recuperação do paciente trazendo complicações pós-operatórias, relacionadas à ferida cirúrgica^(19,22). Essas complicações se devem ao comprometimento do sistema imune e baixa reserva orgânica para reagir a um procedimento agressivo^(20,23).

Da mesma forma, o diabetes melito foi considerado um fator de risco importante para infecção, provavelmente devido às alterações na fisiopatologia da cicatrização, às complicações vasculares e neuropáticas e aos efeitos inibitórios nos mecanismos de defesa^(15,19,36).

Além disso, no processo cicatricial, outros fatores se destacaram, como as deficiências nutricionais, edema, e uso de corticóides uma vez que o excesso de fluidos nos tecidos age como obstáculo a angiogênese⁽³⁶⁾. Pacientes com comprometimento do sistema imune, ou em uso de corticoides, podem não demonstrar resposta inflamatória efetiva, o que pode caracterizar um sinal não desejado, prolongando a recuperação pós-operatória^(4,36).

No pós-operatório são definidos como um

episódio de náusea ou vômito sua ocorrência nas 24 horas após o recebimento de anestesia. Além do aspecto subjetivo do desconforto, os pacientes que não apresentam melhora nos sintomas relacionados à náusea e vômito podem ter alta retardada⁽¹¹⁾.

Assim, têm-se como implicações da recuperação cirúrgica retardada a demora do retorno às funções normais, a elevação dos custos hospitalares e a insatisfação do paciente. Pelas potenciais consequências orgânicas, como taquicardia, hipertensão, interrupção da alimentação oral, desidratação, aumento da pressão intracraniana e ocular, sangramento da ferida operatória por aumento da pressão venosa e deiscência das linhas de sutura, risco de aspiração pulmonar, e pneumonia. Tais complicações são passíveis de cuidados de enfermagem tanto na promoção, prevenção e recuperação do paciente se identificadas corretamente, daí a importância da identificação deste diagnóstico na área de enfermagem cirúrgica.

Conclusão

Observou-se escassez de trabalhos publicados que fizessem referência ao diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, evidenciando a importância da temática, por se tratar de uma área emergente na atenção à saúde: o cuidado perioperatório rápido, eficaz e de baixo custo.

O prolongamento no tempo do pós-operatório; evidências de interrupção na cicatrização cirúrgica (deiscência de ferida, hiperemia, edema, calor e secreção); dificuldade para movimentar-se; e precisa de ajuda para complementar o autocuidado; destacam-se como fortes características definidoras do diagnóstico. Estes associados aos fatores relacionados, infecção pós-operatória no local da incisão, dor e expectativas pós-operatórias, considerados basilares para o surgimento do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada. O estudo também possibilitou a identificação de fatores relacionados

que necessitam de validação, por serem fatores que podem contribuir para o retardo na recuperação do paciente, e que até o momento não se encontram disponíveis na NANDA-I: idade avançada, seguido por diabetes melito, deficiência nutricional, uso de corticóide, náusea e vômito persistente.

Deste modo, recomenda-se o acompanhamento clínico das potenciais complicações cirúrgicas a partir da identificação acurada do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio financeiro do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, processo IC-134354/2011-2012, e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação, processo E-26/103.269/2012.

Colaborações

Santana RF contribuiu com a concepção do projeto e no planejamento, análise e interpretação dos dados, redação e elaboração do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Delphino TM, Henriques NM e Pereira SK contribuiu com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Soares TS contribuiu análise e interpretação dos dados, redação e elaboração do artigo. Souza PA contribuiu análise e interpretação dos dados, redação e elaboração do artigo revisão intelectual crítica dos dados.

Referências

1. Pompeo DA, Nicolussi AC, Galvão CM, Sawada NO. Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):191-8.
2. Zago MMF, Casagrande LDR. A comunicação do

- enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1997; 5(4):69-74.
3. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: OMS; 2009.
 4. Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
 5. Holanda RH, Silva VM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico. *Rev Rene*. 2009; 10(2):37-44.
 6. Herdman TH, organizadora. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
 7. Lopes MVO, Araújo TL, Silva VM. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Know*. 2012; 23(3):134-9.
 8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
 9. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; 12(3):549-56.
 10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1):102-6.
 11. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(4):434-8.
 12. Barbosa LR, Melo MRAC. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(3):366-70.
 13. Philips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, et al. *J Oxford Centre for evidence-based medicine* [Internet]. 2009 [cited 2013 jul 15]; Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>
 14. Napoleão AA, Caldato VG, Petrilli Filho JF. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2009;11(2):286-94. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>
 15. Feijó E, Cruz ICF, Lima DVM. Infecção da ferida - revisão sistematizada da literatura. *Online Braz J Nurs*. [periódico na Internet]. 2008; 7(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br>
 16. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RAS. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):26-33.
 17. Silva FS, Viana MF, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(4):565-72.
 18. Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(5):665-70.
 19. Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003; 11(5):630-7.
 20. Whitby M, Mclaws ML, Collopy B, Looke DF, Doidge S, Henderson B, et al. Post-discharge surveillance: can patients reliably diagnose surgical wound infections? *J Hosp Infect*. 2002; 52(3):155-60.
 21. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattarolli M, Sidor D, et al. Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006; 33(3):281-9.
 22. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrao ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2):317-25.
 23. Lenardt MH, Melo DK, Betioli SE, Seima MD, Michel T. As concepções do cuidado gerontológico de enfermagem frente às complicações pós-operatórias do idoso. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(3):420-6.
 24. Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Flórsia-Santos M, Lima RAG, Scochi CGS. Manejo da dor pós-operatória na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(1):87-91.

25. Brown D. A literature review exploring how healthcare professionals contribute to the assessment and control of postoperative pain in older people. *J Clin Nurs*. 2004; 13(6B):74-90.
26. Persegona KR, Zagonel IPS. Relação intersubjetiva do enfermeiro e criança com dor. *Esc Anna Nery*. 2008; 12(3):430-6.
27. Pimenta CAM, Santos EMM, Chaves LD, Martins LM, Gutierrez BAO. Controle da dor no pós-operatório. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(2)180-3.
28. Hughes E. Principles of post-operative patient care. *Nurs Stand*. 2004; 19(5):43-51.
29. Brenner ZR. Preventing postoperative complications. *Nurs Manage*. 2000; 31(12):17-22.
30. Pereira SG, Rosehein DP, Bulhosa, Lunardi VL. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(6):791-5.
31. Camargo TC, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003; 11(5):614-21.
32. Pedrolo FT, Hannickel S, Oliveira JZ, Zago MMF. A experiência de cuidar do paciente cirúrgico: as percepções dos alunos de um curso de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(1):35-40.
33. Nonino EAPM, Anselmi ML, Dalmas JC. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um Hospital Universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16(1):57-63.
34. Vuolo JC. Assessment and management of surgical wounds in clinical practice. *Nurs Stand*. 2006; 20(52):46-56.
35. Odom-Forren J. Watch that incision! *Nurs Manage*. 2004; 35 suppl:16:21.
36. Ferreira AM, Andrade D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. *Arq Ciênc Saúde*. 2006; 13(1):27-33.