

ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS

ANALYSIS OF NURSING DIAGNOSIS: DELAYED SURGICAL RECOVERY OF ADULT AND ELDERLY PATIENTS

ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN EL RETRASO DE LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA EN ADULTOS Y ANCIANOS HOSPITALIZADOS

Shimmenes Kamacael Pereira ¹
Rosimere Ferreira Santana ²
Iraci dos Santos ³
Thais da Silva Soares ⁴
Dayana Medeiros do Amaral ⁴
Deborah Marinho Silva ⁴

¹ Enfermeira. Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, RJ – Brasil

² Enfermeira. Pós-Doutorado em Enfermagem. Professora Adjunta – Departamento de Enfermagem médico-cirúrgico da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói, RJ – Brasil.

³ Enfermeira. Pós-Doutorado. Professora Titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

⁴ Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFF. Niterói, RJ – Brasil.

Autor Correspondente: Shimmenes Kamacael Pereira. E-mail: shimmeneskp@gmail.com

Submetido em: 26/02/2014

Aprovado em: 22/07/2014

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada em adultos e idosos hospitalizados. Tratou-se de estudo de abordagem quantitativa, descritivo, observacional e prospectivo. Amostra aleatória foi composta de 69 sujeitos acompanhados desde o primeiro dia de pré-operatório até a alta hospitalar, em um cenário de hospital universitário público de grande porte do Estado do Rio de Janeiro. Utilizou-se um instrumento de produção de dados para avaliação da presença ou ausência das características definidoras e dos fatores relacionados. Os avaliadores realizaram treinamento para minimizar e garantir acurada avaliação do diagnóstico. Obtiveram-se 23 (33,4%) sujeitos com o diagnóstico de recuperação cirúrgica retardada. Houve predomínio do sexo feminino, a média de idade foi de 52 anos de idade e a média de internação foi de 14 dias. Quanto à análise das características definidoras nas duas populações, observaram-se exclusivamente nos idosos “dificuldade para movimentar-se” e “precisa de ajuda para o autocuidado”. Nos adultos, foram observados: perda de apetite com náuseas e desconforto. Sobre os fatores relacionados, estiveram presentes, somente nos adultos, expectativas pós-operatórias – ansiedade. E, nos idosos, dor e obesidade. Demonstra-se, contudo, que, apesar de prevalente, o diagnóstico em ambas as populações, as características definidoras e os fatores relacionados foram diferenciados. Porém, a presença do diagnóstico em si causa limitações nos dois grupos, influenciando diretamente os padrões de qualidade da assistência. Recomenda-se, portanto, evidenciar precocemente esse diagnóstico na prática clínica de enfermagem.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Enfermagem Perioperatória; Diagnóstico de Enfermagem; Hospitalização.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyse nursing diagnosis of delayed surgical recovery in adult and elderly patients. It is a descriptive observational prospective study using a quantitative approach. Randomized sample included 69 subjects monitored since the first day after surgery until hospital discharge from a public university hospital in the State of Rio de Janeiro, Brazil. The production data instrument assessed the presence or absence of defining characteristics and related factors. The evaluators were trained in order to ensure an accurate diagnosis assessment. Twenty-three (33.4%) subjects were diagnosed with delayed surgical recovery. Most of them were female, average age was 52 years old and average length of stay was 14 days. Regarding the defining characteristics in both groups, elderly patients presented “moving difficulties” and “need for self-care”. Amongst the adults there was a prevalence of “loss of appetite, nausea and discomfort”. As to the related factors, “expectations after surgery – anxiety” was only present in adults; and “pain and obesity” only in elderly people. Although diagnosis in those groups was prevalent, defining characteristics and related factors were different. Nevertheless, diagnosis causes limitations in the two groups, which directly influences the quality of care. Therefore, we recommend an early diagnosis regarding nursing practice.

Keywords: Surgical Procedures, Operative; Perioperative Nursing; Nursing Diagnosis; Hospitalization.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar el diagnóstico de Enfermería en el Retraso de Recuperación Quirúrgica en adultos y ancianos hospitalizados. Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, prospectivo de diseño descriptivo. La muestra aleatoria consistió en 69 sujetos seguidos desde el primer día pre-operatorio hasta el alta hospitalaria. El estudio se llevó a cabo en un gran hospital público universitario del Estado de Rio de Janeiro, Brasil. Se utilizó un instrumento de producción de datos para evaluar la presencia o ausencia de características definidoras y factores relacionados. Los evaluadores realizaron entrenamiento para minimizar y garantizar la evaluación precisa del diagnóstico. Se encontraron 23 (33,4%) sujetos con diagnóstico de Retraso en la Recuperación Quirúrgica. Hubo predominio del género femenino, con edad media de 52 años y

14 días promedio de internación. Con relación a las características definidoras en las dos poblaciones, los ancianos demostraron principalmente dificultad para moverse y necesidad de ayuda para cuidarse. Los adultos presentaron pérdida de apetito con náuseas y discomfort. Cuanto a los factores relacionados, en los adultos se observaron expectativas pos-operatorias – ansiedad y en los ancianos dolor y obesidad. Se demuestra que, a pesar de prevalente, el diagnóstico en las dos poblaciones, las características definidoras y los factores relacionados son diferentes. El diagnóstico en sí causa limitaciones en los dos grupos, influyendo directamente en los niveles de calidad de la atención. Por lo tanto, se recomienda evidenciar precozmente dicho diagnóstico en la práctica clínica de enfermería.

Palabras clave: Procedimientos Quirúrgicos Operativos; Enfermería Perioperatoria; Diagnóstico de Enfermería; Hospitalización.

INTRODUÇÃO

A enfermagem perioperatória proporciona cuidados a adultos e idosos em situações cirúrgicas, desde sua admissão até a alta hospitalar. A permanência do paciente cirúrgico por um tempo maior do que o esperado pode indicar o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada¹, que é 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.²

Tem-se o retardo na recuperação cirúrgica como um fenômeno de interesse global, pois afeta os resultados e os custos do pós-operatório. Estima-se que, devido à longevidade, a cada ano 63 milhões de pessoas sejam submetidos a tratamentos cirúrgicos em razão de injúrias traumáticas e outros 31 milhões para tratar malignidades.³ Isso denota um crescimento vertiginoso dos índices de realização de procedimentos cirúrgicos, o que requer mais atenção à segurança do paciente, ou seja, a busca pela redução na ocorrência de complicações, morbimortalidade, reinternações e custos hospitalares.³

Dá a importância de estudos que detectem o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada que, apesar de relevante para a prática clínica, está descrito em poucos estudos. Encontraram-se, na literatura pertinente, somente quatro estudos que tratavam diretamente do diagnóstico: o primeiro descreveu sua identificação em um paciente idoso, do sexo masculino, hospitalizado para cirurgia de prostatectomia⁴; o segundo era uma análise conceitual do diagnóstico⁵; o terceiro consistia em um estudo descritivo exploratório seccional sobre medidas de acurácia clínica⁶; e o último era observacional seccional sobre a ocorrência do diagnóstico em uma população cirúrgica.¹ Nenhum deles, porém, era longitudinal de seguimento desde o pré-operatório até a alta hospitalar.

Por outro lado, encontra-se uma maioria de estudos que descreve isoladamente as variáveis clínicas contribuintes para a recuperação cirúrgica retardada ou que trata de aspectos globais desse diagnóstico, como estudos sobre a dor pós-operatória, o processo de cicatrização e infecção da ferida cirúrgica, os diagnósticos de enfermagem encontrados no período perioperatório, os sentimentos dos pacientes no período pós-operatório e, principalmente, acerca das complicações pós-operatórias.^{4,7-9}

Para que os diagnósticos de enfermagem sejam incorporados à prática de enfermagem, devem ser realizadas pesqui-

sas que validem os indícios do diagnóstico de enfermagem (características definidoras e fatores relacionados) e que explorem sua presença nos diferentes estratos populacionais.¹⁰

Assim, a descrição do diagnóstico de recuperação cirúrgica retardada pode auxiliar na diminuição das complicações cirúrgicas, proporcionar cuidados clínicos seguros e diminuir custos com reinternações ou alta tardia. Nesses casos, correlacionar o quadro clínico apresentado pelo paciente às características definidoras e aos fatores relacionados torna-se fundamental à prática de enfermagem perioperatória.² São suas características definidoras, ou seja, os indicadores clínicos do diagnóstico: adiamento do 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 dor ou desconforto.^{1,2} São fatores relacionados, ou seja, aqueles contribuintes para o retardamento da recuperação cirúrgica: dor; expectativas pós-operatórias; infecção pós-operatória no local da incisão; obesidade; procedimento cirúrgico extenso; e procedimento cirúrgico prolongado.^{1,2}

Os fatores relacionados, que tornariam os pacientes mais vulneráveis para desenvolver as características definidoras do diagnóstico em estudo, devem ser legitimados. Nesse sentido, elaborou-se a questão: quais os fatores relacionados e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada presentes em adultos e idosos hospitalizados? Desse modo, o objetivo deste estudo foi analisar esse diagnóstico nessa população específica.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de abordagem de pesquisa quantitativa, do tipo descritiva, observacional e prospectiva. Selecionou-se como local de estudo um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro-RJ. As clínicas selecionadas foram as das especialidades cirúrgicas de: ortopedia, ginecologia, neurocirurgia, torácica, otorrinolaringologia, bucomaxilo, cabeça e pescoço e urologia.

A seleção da amostra foi aleatória. Considerando-se a existência no campo de pesquisa de 115 leitos destinados à cirurgia, foram sele-

cionados, para compor a porção populacional, os sujeitos que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: idade superior a 21 anos; estar no primeiro dia de pré-operatório; e que pudessem ser acompanhados durante todo o período de internação. Foram critérios de exclusão: sujeitos sem condições clínicas de investigação; sem acompanhante; alta antes do procedimento cirúrgico; necessidade de internação pós-operatória em unidade de terapia intensiva; e reinternação. Não houve distinção de cor/etnia, classe ou grupo social.

Participaram da investigação 69 pacientes. A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2012, por meio do instrumento de produção de dados (IPD), que consistiu em um formulário elaborado com as variáveis apresentadas nas características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada. Estes foram decodificados de acordo com o uso de escalas e instrumentos de avaliação ou indicadores (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis de análise do estudo. Rio de Janeiro (RJ), 2012

Itens do diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada	Variáveis analisadas
Adia retorno às atividades de trabalho/emprego	Dias de internação; tempo de recuperação pós-operatório maior que o preconizado para a cirurgia
Dificuldade para movimentar-se	Necessita de ajuda para mudar de decúbito. sentar-se. levantar-se da cama, sentar-se na cadeira, deambular ir ao banheiro
Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica	Deiscência da ferida operatória; sinais flogísticos (eritema. rubor. calor e edema); presença de exsudato e/ou drenagem 48/72 horas do pós-operatório
Fadiga	Períodos prolongados de repouso no leito e cansaço excessivo para caminhar
Perda de apetite com náusea	Diminuição da aceitação da dieta, menor que 50%; relato de desconforto gástrico ou sensação de refluxo esofágico; uso de medicamentos antieméticos
Perda de apetite sem náusea	Aceitação da dieta menor que 50% e diminuição da sensação de fome ou da vontade de comer
Precisa de ajuda para completar o autocuidado	Índice de Lawton
Relato de desconforto	Escala de zero a 10
Dor	Escala Visual Analógica (EVA)
Expectativa pós-operatório	Relato de sentimentos negativos no pós-operatório
Infecção pós-operatório no local da incisão	Infecção de sítio cirúrgico relatado no prontuário; exsudato ou drenagem purulenta, presença de eritema. separação de tecidos profundos, isolamento de bactérias, uso de antibiótico, febre e internação superior a 14 dias

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Variáveis de análise do estudo. Rio de Janeiro (RJ), 2012

Itens do diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada	Variáveis analisadas
Obesidade	Índice de massa corporal (IMC peso(Kg)/altura ²) > 30
Procedimento cirúrgico extenso	Cirurgia de grande porte: abdominais, torácicas. vasculares, coluna vertebral torácica com instrumentação, artroplastia de quadril e cirurgias oncológicas
Procedimento cirúrgico prolongado	Aumento do tempo de realização do procedimento cirúrgico, ou seja, maior que a média descrita na literatura

Os avaliadores realizaram treinamento para minimizar o chamado viés de padrão-ouro imperfeito¹⁰ para garantir uma avaliação mais acurada dos sujeitos do estudo. Assim, foi realizado treinamento com os cinco avaliadores participantes do estudo. O treinamento consistiu em: fornecer suporte teórico para identificação do diagnóstico; aplicar 12 casos clínicos distintos, nos quais 50% apresentavam o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada e 50% não apresentavam o diagnóstico em estudo, com três repetições cada; avaliar a eficácia (identificar o diagnóstico correto), o falso-negativo (identificar diagnósticos que se relacionavam com o estudado), o falso-positivo (diagnosticar com poucos sinais e sintomas clínicos – imperícia diagnóstica) e a tendência de cada avaliador.

Foram necessários dois treinamentos para obtenção de parâmetros aceitáveis de identificação correta do diagnóstico em estudo. No primeiro treinamento, apenas o avaliador 3 obteve sucesso; os avaliadores 1, 2, 4 e 5 apresentaram taxa de falso-negativo considerável, ou seja, ainda permaneciam conservadores ao inferir o diagnóstico. Dessa forma, esses avaliadores foram convidados novamente para o segundo treinamento, no qual se discutiu cada caso, para identificar o motivo para a inferência incorreta. Posteriormente, as etapas anteriores foram repetidas e os resultados garantiram as seguintes taxas para todos os avaliadores: um para eficácia, zero para falso-negativo, zero para falso-positivo e um para tendência. Assim, foram possíveis a continuidade do estudo e a apresentação do procedimento operacional padrão, para a coleta de dados com o instrumento junto ao sujeito de pesquisa.

Na coleta de dados, destacou-se o seguimento da amostra desde o primeiro dia da internação até o dia da alta hospitalar, ou seja, o mesmo sujeito foi acompanhado diariamente durante a internação. O máximo de dias em acompanhamento foi 66 (cirurgia torácica) e o mínimo foi de três dias (clínicas de Ortopedia, Otorrinolaringologia e Ginecologia). O menor tempo de pós-operatório foi um dia e o maior foram 28 dias, ambos na clínica de Otorrinolaringologia.

Os dados foram transferidos para uma planilha do programa Excel por meio das variáveis: idade, sexo, clínica cirúrgica, datas da internação, cirurgia e alta hospitalar. As características definidoras e os fatores relacionados foram indicados no banco de dados quanto à sua presença ou ausência no decorrer dos dias de seguimento. Essas variáveis foram tratadas mediante estatística descritiva, considerando a frequência absoluta e percentual.

Ressalta-se que o estudo atendeu às especificações éticas e legais da Resolução 422/12 do Ministério da Saúde, com a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes do estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo CAAE 06566112.5.0000.3259.

RESULTADOS

Foram observados 23 (33,4%) sujeitos com o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada. Houve predomínio do sexo feminino (15; 65,2%) e a variação média de idade foi de 52 anos e a mediana de 55 anos. Porém, ao relacionar o diagnóstico por faixa etária, obteve-se que 14 (60,9%) sujeitos possuíam idade \geq 50 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Sujeitos da pesquisa separados por faixa etária e o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada. Rio de Janeiro (RJ), 2012

Faixa etária	Sujeitos (%)	Sujeitos com Recuperação Cirúrgica Retardada
21-30	8(11,6)	4
31-40	14 (20,3)	2
41-50	11 (16)	3
51-60	15 (21,7)	6
61-70	15 (21,7)	6
71-80	6 (8,7)	2
Total	69 (100)	23

Observou-se média de 14 dias de internação, a qual variou conforme as especialidades clínico-cirúrgicas, quanto ao diagnóstico de recuperação cirúrgica retardada (Tabela 3).

Para que os sujeitos apresentassem o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, era necessário identificar ao menos uma característica definidora, bem como um fator relacionado. Além disso, um mesmo indivíduo poderia apresentar uma ou mais dessas características ou fatores (Tabela 4).

Enfatiza-se que, no grupo idoso, houve exclusividade das características definidoras dificuldade para movimentar-se e precisa de ajuda para o autocuidado. Nos adultos, houve mais ocorrência de perda de apetite com náuseas e desconforto.

Tabela 3 - Média de dias de internação e sujeitos com diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada por clínicas cirúrgicas. Rio de Janeiro (RJ), 2012

Clínica cirúrgica	Dias (média)	Sujeitos com Recuperação Cirúrgica Retardada
Neurocirurgia	12,28	3(13)
Urologia	10,14	6 (26,2)
Cirurgia Torácica	35	2(8,7)
Ortopedia	11,66	5(21,7)
Ginecologia	10,78	4(17,4)
Otorrinolaringologia	8,2	3(13)
Total		23(100)

Tabela 4 - Características definidoras e fatores relacionados nos sujeitos com diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada segundo a idade (n = 23). Rio de Janeiro (RJ), 2012

Características definidoras	Adultos	Idosos
Adia o retorno às atividades	4	4
Dificuldade para se movimentar	0	2
Evidência de interrupção na cicatrização	5	6
Fadiga	2	3
Percepção da necessidade de mais tempo para recuperação	3	4
Perda do apetite com náuseas	3	1
Perda do apetite sem náuseas	2	2
Precisa de ajuda para completar o autocuidado	0	2
Relata desconforto	6	2
Total	25	26
Fatores relacionados	Adulto	Idosos
Dor	0	2
Expectativas pós-operatórias - ansiedade	2	0
Infecção pós-operatória no local da incisão	3	4
Obesidade	0	4
Procedimento cirúrgico extenso	6	7
Procedimento cirúrgico prolongado	8	4
Total	19	21

Já sobre os fatores relacionados, foi de exclusividade dos adultos o seguinte: expectativas pós-operatórias – ansiedade. Já dos idosos foram: dor e obesidade. O fator relacionado procedimento cirúrgico prolongado foi 50% maior entre os adultos que entre os idosos.

Dessa forma, demonstra-se que, apesar de prevalente em ambas as populações, as características definidoras e os fatores relacionados foram diferenciados. Os adultos estiveram associados a complicações cirúrgicas em si e à frequência de doenças crônicas precocemente na fase adulta (Tabela 5).

Já nos idosos prevaleceram fatores desenvolvimentais do processo de envelhecimento, com diminuição da capacidade funcional.

Tabela 5 - Outros fatores (comorbidades) apresentados pelos sujeitos com diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada segundo idade (n = 23). Rio de Janeiro (RJ), 2012

Outros fatores (comorbidades)	Adultos	Idosos
Diabetes mellitus	3	5
Hipertensão arterial sistêmica	6	8
Neoplasia	1	6
Dislipidemia	0	1
Anemia	7	2
Total	18	22

Constatou-se que, nos idosos com recuperação cirúrgica retardada, houve associação com doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e neoplasias. Já nos adultos destacaram-se as comorbidades anemia e hipertensão arterial sistêmica.

DISCUSSÃO

O período perioperatório apresentou-se prolongado principalmente por quatro fatores: cliente sem data de procedimento cirúrgico; ainda em investigação e realizando exames pré-operatórios; cirurgia cancelada; ou complicações pós-operatórias. Esses fatores contribuíram de alguma forma para confirmar a principal definição do diagnóstico de recuperação cirúrgica retardada, ou seja, a extensão dos dias de pós-operatório.

O aumento dos dias de pós-operatório contribuiu também para o estabelecimento da primeira característica definidora descrita pela taxonomia: adia o retorno para as atividades de vida diária.^{1,2,5} Tal característica esteve presente em igual número nas populações adulta e idosa. Porém, diferentemente, os adultos se queixavam principalmente da dificuldade no retorno ao trabalho e os idosos da dificuldade no retorno às atividades cotidianas, bem como da dependência de terceiros para o autocuidado,¹¹ colaborando para o relato da característica definidora presente nas duas populações de percepção da necessidade de mais tempo para recuperação.

Os mais altos índices de internação foram na enfermaria de cirurgia torácica, entretanto, não foi esse o grupo que apresentou mais ocorrência do diagnóstico de recuperação cirúrgica retardada. Isso se deveu ao fato de pacientes com problemas torácicos apresentarem prolongado tempo de internação pré-operatória para aprimoramento da função respiratória/pulmonar, o que repercute diretamente na reduzida incidência das complicações

após procedimento. Os resultados deste estudo, dessa forma, corroboram os que revelaram a necessidade de esforços no pré-operatório para compensar e otimizar a função respiratória. Isso porque exercícios respiratórios promovem a expansão pulmonar e, conseqüentemente, a oxigenação sanguínea após a anestesia.¹²

As complicações no período pós-operatório dos idosos estiveram relacionadas, sobretudo, à fragilidade causada pelo envelhecimento, caracterizadas por seu aspecto multifatorial.¹¹ Essas alterações induziram à acentuada propensão do surgimento das características definidoras, associadas à diminuição da capacidade de se mover, ou seja, à perda da capacidade funcional.^{8,13}

Assim, tais alterações, associadas ao envelhecimento, explicariam a exclusividade das características definidoras dificuldade para movimentar-se e precisa de ajuda para o autocuidado. Indivíduos idosos submetidos à cirurgia devem ser avaliados quanto à sua capacidade funcional.¹⁴ Esta, se diminuída, pode prolongar a recuperação das funções fisiológicas normais, o que dificultaria a realização das atividades de vida diária (AVDS) e, por conseguinte, causaria dependência e retardo na recuperação cirúrgica.

Nos adultos, as características definidoras relevantes, em comparação às dos idosos, foram desconforto e perda de apetite com náuseas, ambas associadas à náusea. Apesar de frequentemente subestimada pela equipe de saúde, a experiência de náusea e vômito impressiona. Além do desconforto que essa sensação provoca, ela pode levar à alta retardada, com necessidade de internação após procedimentos, demora no retorno às funções normais e elevação dos custos hospitalares.¹⁵

No pós-operatório tardio (72 horas de evolução da cirurgia), o elevado estado catabólico associado ao aporte nutricional deficiente pode levar à desnutrição e determinar alterações na cicatrização, no comprometimento imunitário e em infecções. A desnutrição pode contribuir para a formação de úlceras por pressão e sangramento no local de incisão, aumentando o risco de deiscência e infecções das feridas operatórias.¹⁶

Já a característica definidora evidência de interrupção na cicatrização esteve presente em 47,8% dos sujeitos, sendo 54% idosos e 46% adultos. Ela foi evidenciada predominantemente pela interrupção do processo de cicatrização, que pode ser ocasionada por fatores como profundidade e extensão da ferida, nutrição, infecção, perfusão tecidual, doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial sistêmica e neoplasia), obesidade, terapia medicamentosa, corpos estranhos, idade avançada e localização da ferida.¹⁶

A principal associação com a evidência de interrupção na cicatrização foi o fator relacionado infecção pós-operatória no local da incisão. Este remeteu à infecção do sítio cirúrgico (ISC) causada pela entrada de um agente infeccioso num organismo hospedeiro.¹⁷ Estudos revelaram que as principais causas do processo infeccioso são: a longa hospitalização pré-operatória; o alto índice de ocupação de leitos; os baixos padrões de assepsia no centro cirúrgico; o planejamento inadequado do cen-

tro cirúrgico; a idade do paciente; a obesidade; a desnutrição; o diabetes; o uso de esteroides e de drogas imunossupressoras; o tipo, a duração e o horário da cirurgia; e a posição dos drenos. Muitas dessas características foram apresentadas tanto pelos sujeitos adultos como pelos idosos.^{8,11}

A fadiga teve procedência física e mental, sendo definida por dispêndio de energia, frustração com as atividades diárias e período prolongado de repouso no leito.¹⁸ Entre as principais doenças associadas ao quadro de fadiga, citam-se as oncológicas. Segundo a literatura, estas podem ocorrer em 75 a 95% dos casos,¹⁹ entretanto, neste estudo, apenas 30% possuíam a característica definidora, tanto os adultos como os idosos.

Fatores relacionados privativos da população idosa foram a obesidade e a dor. Tem-se que a obesidade eleva o risco e o agravamento das complicações associadas à cirurgia, uma vez que o tecido adiposo aumenta o risco de infecção e deiscência no local de incisão.¹⁶ Já a dor é considerada uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão tissular real ou potencial; ela promove alterações funcionais e orgânicas que comprometem a recuperação, seja pela dificuldade de cicatrização, pela ocorrência de sequelas ou até mesmo por risco de morte.⁹

A dor no procedimento cirúrgico está associada ao estímulo nociceptivo. No âmbito hospitalar, a dor de maior prevalência é a do pós-operatório, podendo manifestar-se em 40 a 60% dos casos, sendo de moderada a intensa. Ela está presente principalmente nos sujeitos que se submetem a cirurgias extensas, como as abdominais, cardíacas, torácicas, renais e ortopédicas, e induz a: respiração superficial, diminuição da capacidade vital e capacidade residual funcional, com retenção de secreção e atelectasia. Ou seja, a dor pode provocar ou contribuir para um pós-operatório tardio.⁹ A literatura declara que muitos idosos se sentem resignados a sentir dor, por acreditarem que esta é uma parte natural do envelhecimento; eles, pois, relatam ter que tolerá-la.²⁰ Neste estudo, a dor pôde ser identificada pela avaliação diária, desde o pré-operatório até a alta, como também por compreender as expectativas e concepções errôneas sobre a dor no idoso.

A expectativa pós-operatório-ansiedade foi fator relacionado unicamente aos adultos. Ela esteve associada às alterações emocionais proporcionadas por uma mudança na rotina diária, pelo distanciamento do contexto social habitual e pela exposição ao estresse de uma hospitalização.⁸ Têm sido cada vez mais conhecidas as influências dos fatores emocionais na evolução do estado psico-orgânico do cliente cirúrgico, em relação ao medo, à ansiedade, às expectativas e às fantasias, que, desencadeadas pela situação, podem comprometer sua própria recuperação. Isso porque essas emoções enfraquecem a eficácia das células reparadoras, aumentam a pressão sanguínea e, conseqüentemente, elevam os riscos de sangramentos nas cirurgias, eliminando a resistência imunológica e favorecendo o estabelecimento de quadros psicossomáticos.^{8,21}

Outro fator que merece destaque na população adulta é o procedimento cirúrgico prolongado, superior em 50% quando comparado à idosa. Apesar de todos os pacientes cirúrgicos estarem em risco durante o procedimento cirúrgico, o fator prolongado aumenta a exposição aos efeitos adversos potenciais da cirurgia, da anestesia e da infecção, o que pode retardar a recuperação.²² O procedimento cirúrgico extenso compreendeu outro fator associado, presente em mais da metade dos sujeitos com o diagnóstico de enfermagem de recuperação cirúrgica retardada. Está relacionado a cirurgias de grande porte que, por sua vez, envolvem grandes ressecções e sangramentos, cavidades corporais ou grandes vasos expostos à temperatura ambiente e, por isso, contribuem para o retardo na recuperação cirúrgica.^{23,24}

Destacou-se neste estudo:

- a. população cada vez mais idosa;
- b. adultos portadores de doenças crônicas de modo precoce.

Ambos necessitam de serviços médicos especializados e, logo, de tratamentos cirúrgicos.²¹ Dessa forma, a enfermagem se torna indispensável na recuperação plena no perioperatório, ajudando o cliente, tanto adulto quanto idoso, a retomar sua capacidade funcional, a independência e a autonomia para o autocuidado.

CONCLUSÃO

Dos 69 sujeitos investigados longitudinalmente, 23 (33,4%) foram encontrados com o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada. Houve diferença quanto às características definidoras e dos fatores relacionados, nas populações idosa e adulta. No grupo idoso, prevaleceram: dificuldade para movimentar-se e precisa de ajuda para o autocuidado. Nos adultos, prevaleceram: perda de apetite com náuseas e desconforto. Já os fatores relacionados presentes somente nos idosos foram dor e obesidade. Nos adultos, foi a expectativa pós-operatória – ansiedade. Houve também o fator relacionado procedimento cirúrgico prolongado (50%), que esteve mais presente nos adultos que nos idosos.

Conclui-se que, apesar de prevalente em ambas as populações, as características definidoras e os fatores relacionados são diferenciados. O diagnóstico em si causa limitações nos dois grupos, influenciando diretamente os padrões de qualidade da assistência. Recomenda-se, portanto, evidenciar precocemente esse diagnóstico na prática clínica de enfermagem.

Para este estudo, não possível analisar as relações existentes entre as variáveis faixa etária, tipo de procedimento cirúrgico e especialidade cirúrgica, consistindo esses temas em sugestões para futuras pesquisas, assim como também estudos comparativos entre diferentes realidades hospitalares, que realizam cuidados perioperatórios, ampliando o universo amostral.

REFERÊNCIAS

1. Santana RF, Amaral DM, Pereira SK, Delphino TM, Cassiano KM. The occurrence of the delayed surgical recovery nursing diagnosis among adults and the elderly. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(1):35-9.
2. Herdman TH. *Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
3. World Health Organization. *World health statistics 2009.* Geneva: WHO; 2009. [Cited 2014 Jul 8]. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf?ua=1
4. Napoleão AA, Caldato VG, Petrilli Filho JF. Nursing diagnosis in planning the hospital discharge of prostatectomized patients: a preliminary study. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009; 11(2):286-94. [Cited 2014 Jul 8]. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a08.htm.
5. Appoloni AH, Herdman TH, Napoleão AA, Campos de Carvalho E, Hortense P. Concept analysis and validation of the nursing diagnosis, delayed surgical recovery. *Int J Nurs Knowl.* 2013; 24(3):115-21.
6. Santana RF, Lopes MVO. Measures of clinical accuracy and indicators of the nursing diagnosis of delayed surgical recovery. *Collegian.* 2014. [Cited 2014 Jul 8]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.collegn.2014.02.001>
7. Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Santos SSC, Almeida MDA, Silveira RSD. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(5):665-70.
8. Lenardt MH, Melo DK, Betiolli 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.
9. Faria Filho GS, Caixeta LR, Stival MM, Lima LR. Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *REME – Rev Min Enferm.* 2012; 16(3):400-9.
10. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Intern J Nurs Knowledge.* 2013; 23(3):134-9.
11. Bitencourt GR, Santana RF, Cavalcanti ACD, Cassiano KM. Comparison of nursing postoperative diagnoses in adults and elderly inpatients. *Rev Eletrônica Enferm.* 2011; 13(4):604-11. [Cited 2014 Jul 8]. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a03.pdf.
12. Napoleão AA, Carvalho EC. Aplicabilidade de intervenções prioritárias da NIC para o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas. *Cogitare Enferm.* 2007;12(1):9-19.
13. Armendaris MK, Monteiro PS. Avaliação multidimensional de idosos submetidos à cirurgia cardíaca. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1):122-8.
14. Gnoatto K, Mattei JC, Piccoli A, Polese JC, Silva SLA, Schuster RC, et al. Capacidade funcional e dor em idosos nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Con Scientiae Saúde.* 2012;11(2):305-11.
15. Machado ECB, Pompeo DA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Santos MA. Caracterização de pacientes no pós-operatório imediato segundo a presença de náuseas e vômitos. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2013; 12(2):249-56.
16. Carvalho DV, Borges EL. Tratamento ambulatorial de pacientes com ferida cirúrgica abdominal e pélvica. *REME – Rev Min Enferm.* 2011; 15(1):25-33.
17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde.* Brasília, DF: Anvisa; 2013.
18. Mota DDCF, Cruz DALM, Pimenta CAM. Fatigue: a concept analyses. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(3):285-93.
19. Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Flórsia-Santos M, Lima RAG, Scochi CGS. Managing postoperative pain in Pediatric Nursing: searching for subsidies to improve nursing care. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1):87-91.
20. Pereira SG, Rosenhein DP, Bulhosa MS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. The experience of mastectomized woman: a bibliographic research. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(6):791-5.
21. Pereira AM. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2011; 23(4):470-7.
22. Rothrock JC. *Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.* 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
23. Abelha FJ, Castro MA, Landeiro NM, Neves AM, Santos CC. Mortality and length of stay in a surgical intensive care unit. *Rev Bras Anestesiologia.* 2006; 56(1):34-45.
24. Pontes SRS, Salazar RM, Torres OJM. Avaliação perioperatória de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Rev Col Bras Cir.* 2013; 40(2):92-7.