

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA**

ALINE HELENA APPOLONI

**São Carlos
2012**

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Aline Helena Appoloni

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profª Drª Anamaria Alves Napoleão

**São Carlos
2012**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

A652vd

Appoloni, Aline Helena.

Validação do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada / Aline Helena Appoloni. -- São Carlos : UFSCar, 2012.

177 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Enfermagem cirúrgica. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Estudos de validação. 4. Pós-operatório. 5. Recuperação da função fisiológica. I. Título.

CDD: 610.73677 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: ALINE HELENA APPOLONI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 16/12/11
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão
(Orientadora - DEnf/UFSCar)

Profa. Dra. Emilia Campos de Carvalho
(EERP/USP)

Profá. Dra. Priscilla Hortense
(DEnf/UFSCar)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

DEDICATÓRIA

Aos meus amados Pais Mariuza e Gumercindo,

que nunca pouparam esforços para que eu pudesse concluir a minha formação. Vocês que sempre me amaram incondicionalmente e sempre se orgulharam das minhas conquistas. À minha Mãe que mesmo não entendendo essa trajetória da pós-graduação foi o meu pilar para os momentos de angústia e dificuldades. Ao meu amado Pai, por sempre confiar em mim, por ser meu herói, meu exemplo de vida e superação, por estar comigo durante toda essa caminhada, por iluminar os momentos difíceis e por ter sido tão especial durante o tempo que estive conosco.

Ao meu querido irmão Vitor,

por ser o melhor irmão e amigo do mundo, por ser tão companheiro, por ter tanto orgulho de mim e das minhas conquistas. Você também é um orgulho para mim.

Ao Felipe,

por estar sempre ao meu lado mesmo nos momentos de cansaço e fragilidade, por compreender os meus objetivos e por todos os momentos felizes que tivemos durante esse período.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus,

que em sua infinita bondade sempre me proporcionou proteção, coragem e sabedoria.

À Prof^ª Dr^ª Anamaria Alves Napoleão,

por me acolher com tanto carinho e dedicação neste momento de descoberta da pesquisa, por acreditar em mim e em minha vontade, por me estender a mão e me conduzir em todos os momentos de dificuldade e por não poupar conhecimentos ao longo desses anos. Sua generosidade e sabedoria são cativantes e com certeza os levarei comigo sempre. Enfim, faltam palavras para expressar minha eterna gratidão. Sempre serei sua parceira.

AGRADECIMENTOS

Aos enfermeiros peritos,
este trabalho não seria possível sem a grandiosa colaboração de vocês.

À Profª Drª Emília Campos de Carvalho,
por permitir a minha participação em suas disciplinas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que tanto contribuíram para o desenvolvimento deste estudo e ao meu conhecimento. Pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À Profª Drª Aparecida de Cassia Giani Peniche,
pelas contribuições realizadas no exame de qualificação.

Às Enfermeiras Drª Alexandra de Souza Melo, Mestres Juliana Martins de Souza e Inaiara Corbi,
por gentilmente participarem deste estudo, suas contribuições foram fundamentais.

Aos membros do grupo de pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação (SAESC) da UFSCar,
pelas valiosas trocas de conhecimento e incentivo durante a execução deste trabalho.

Aos meus companheiros de docência Juliano Calíari e Fernanda Freitas,
pela torcida constante, agradeço o carinho e energias positivas que sempre me enviaram, saibam que elas chegaram!

À minha grande parceira Juliana Martins de Souza,
pela troca de conhecimentos e de forças constantes, pelas conversas e discussões (presenciais e virtuais) sobre pesquisa, sistematização da assistência de enfermagem e nossas vidas. Pelo incentivo durante todas as etapas deste estudo, saiba que nele também há um pouquinho de você.

Às queridas companheiras de DEnf Adriane, Francine e Daniele,
pela torcida e apoio durante todos os momentos deste estudo, com certeza estarão comigo sempre em meu coração.

À querida Daniele Milani,

por todo carinho que sempre teve comigo, desde o primeiro momento que nos encontramos. Você também é muito especial para mim.

Às minhas amigas-irmãs de São Carlos, Erika e Sabrina,

por proporcionarem os melhores momentos de descontração necessárias durante este período, por torcerem muito por mim, por entenderem o quanto este trabalho é importante para mim, por me fazerem chorar de tanto rir e por sempre estarem dispostas a me ajudar. Em especial a Sabrina, por auxiliar durante a organização de parte dos resultados deste estudo. Levarei no coração todos os gestos de incentivo.

Aos meus amigos de Fernandópolis, Helene, Eliza, Marcio, Ane Beatriz, Ana Cláudia, Mariana Bizelli, Mariana Phelipe, Joice e Neto,

simplesmente por vocês existirem na minha vida há mais de vinte anos, por torcerem tanto por mim, por compreenderem a minha ausência e por fazerem de todos os nossos breves encontros uma verdadeira festa. Tenho um pouquinho de cada um de vocês em mim e sou muito feliz por isso.

À minha madrinha, Tia Lene,

por sempre me incentivar mesmo morando tão longe e por ser companheira da minha mãe quando eu não podia estar por perto. Também amo você!

Aos meus amados avós Antonia e Francisco Helena,

pelos orações, por serem exemplos de simplicidade e sabedoria das coisas da vida. Amo vocês.

À secretária da Pós-graduação Nancy,

pelo auxílio em todas as situações de dificuldade, e pela competência.

A todos que de alguma forma estiveram presentes em minha vida durante todo este período de estudo,

o meu eterno muito obrigada.

“Por mais longa que seja a caminhada o mais importante é dar o primeiro passo”.

(Vinícius de Moraes)

RESUMO

APPOLONI, A.H. **Validação do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada**. 2011. 177f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

O período pós-operatório requer preparo por parte da equipe de enfermagem para atender possíveis complicações específicas deste período. A precisão dos diagnósticos de enfermagem durante este período é fundamental para garantir um efetivo e resolutivo planejamento de cuidados. A recuperação pós-operatória pode sofrer interferências resultando em um tempo maior para que ocorra e, portanto, requerer intervenções de enfermagem específicas. Esta resposta humana está representada pela NANDA-I através do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada (RCR). A partir da análise dos elementos diagnóstico RCR considera-se a possibilidade de existência de lacunas, especialmente em relação às características definidoras (CD) e fatores relacionados (FR). Este estudo teve como objetivo realizar a análise de conceito e validação por peritos do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada proposto pela NANDA-I. Trata-se de um estudo descritivo de validação de diagnóstico de enfermagem, com base no modelo proposto por Hoskins. Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados LILACS, PubMed, CINAHL e Cochrane Library com o intuito de selecionar estudos envolvendo o tema estudado para fundamentar a análise de conceito, realizada segundo o modelo de Walker e Avant, que descrevem um processo de investigação de elementos básicos de um conceito desenvolvido em oito passos. Foram elegíveis para a condução da análise de conceito 57 estudos. Posteriormente, realizou-se a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conforme modelo de Fehring, em que se obtém a opinião de peritos quanto à adequação do diagnóstico de enfermagem RCR. Identifica-se que o conceito RCR foi utilizado principalmente pela medicina, seguido da enfermagem, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, nutrição e fisioterapia. Em geral, a RCR é abordada quanto ao comprometimento da inter-relação do funcionamento físico, psicológico e social de pacientes e seus familiares. Os principais atributos definidores identificados foram: habilidade para caminhar comprometida, necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária, dificuldade para desempenhar o autocuidado, dificuldade em reassumir papéis sociais, persistência de fadiga, necessidade de mais tempo para recuperação, entre outros. Entre os antecedentes identificados apresentam-se: dor, ansiedade, experiências negativas de cirurgias prévias, infecção, entre outros. As principais conseqüências foram: reinternações hospitalares, internações prolongadas, depressão, entre outros. Diante dos dados da análise de conceito foram sugeridas alterações no enunciado e definição do DE RCR, alterações na redação de CD entre elas, “adia o retorno para as atividades sociais” e “persistência de dor”, ainda, sugestões de inclusão de CD com destaque para “necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária”, “problemas cardiovasculares e pulmonares”. Foi ainda sugerida a inclusão de FR como “idade avançada”, “problemas decorrentes da anestesia” e “presença de comorbidades”. Os elementos do DE e as alterações propostas após a análise de conceito foram submetidas à análise de 45 peritos. Como resultado foram realizadas adequações quanto a redação do enunciado diagnóstico que foi alterad para Recuperação Pós-operatória Retardada, adequações quanto a redação da definição

do DE para “extensão do número de dias de pós-operatório mediato e/ou tardio para reiniciar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem estar”, validação das CD propostas pela NANDA-I, alteração da redação de CD como “Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudo, religiosas, etc”, “Perda de apetite”, “Persistência de dor pós-operatória” e “Persistência de fadiga”. Ainda, foi possível acrescentar 6 CD para sugestão de inclusão ao DE pela NANDA-I “Necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária”, “Problemas cardiovasculares” e “Problemas pulmonares” foram as que receberam maiores escores. Quanto aos FR, todos os apresentados pela NANDA-I foram validados e 7 novos FR foram sugeridos para inclusão. Entre os que receberam maiores escores pelos peritos estão: “Problemas decorrentes da anestesia”, “Presença de comorbidades”, “Condições nutricionais comprometidas” e “Idade avançada”. Os resultados identificados oferecem possibilidade de revisão do diagnóstico RCR pela NANDA-I, contribuem com o conhecimento sobre o período pós-operatório e consequentemente, com uma melhor qualidade na assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico que vivencia o prolongamento da recuperação.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem, Estudos de validação, Período pós-operatório, Recuperação da função fisiológica, Enfermagem cirúrgica

ABSTRACT

APPOLONI, A. H. **Validation of the Delayed Surgical Recovery nursing diagnosis.** 2011. 177f. Master Dissertation – Federal University of São Carlos, São Carlos, 2011.

The postoperative period requires the nursing team to be prepared to deal with possible specific complications. The precision of the nursing diagnosis during that period is essential for ensuring an effective and decisive care plan. The postoperative recovery may be changed, causing it to be delayed and, therefore, to require specific nursing intervention. The human response is represented by NANDA-I, through the Delayed Surgical Recovery (DSR) diagnosis. Based on the analysis of the elements of the DSR diagnosis, the possibility of gaps may be considered, especially gaps that are related to the defining characteristics (DC) and the related factors (RF). This study aimed at analyzing the concept and validation (by experts) of the Delayed Surgical Recovery nursing diagnosis, which is proposed by NANDA-I. That is a descriptive validation study of a nursing diagnosis, based on the model that was proposed by Hoskins. A bibliographical review was accomplished on LILACS, PubMed, CINAHL and Cochrane Library databases, in order to select studies that are related to the theme, for to ground the concept analysis, performed according to the Walker and Avant model, which describe an investigation process on basic elements of an eight-step concept. Fifty-seven studies were elected to conduct the concept analysis. Posteriorly, a content validation of the nursing diagnosis was made according to the Fehring model, in which the opinion of experts is surveyed, regarding the adequacy of the DSR nursing diagnosis. The DSR concept is found to be used in medicine, followed by nursing, psychology, social service, speech therapy, nutrition and physical therapy. DSR is usually discussed in relation to the deterioration of physical, psychological and social functioning interrelationship of patients and their relatives. The identified main defining attributes were: impaired ability to walk, need for help to perform daily activities, difficulty in performing self-care, difficulty in reassuming social roles, persistent fatigue, necessity of a longer time for recovery, and others. Among the identified background items, there were: pain, anxiety, negative experiences on previous surgeries, infection, and others. The main consequences were: rehospitalization, prolonged hospitalization, depression, and others. Given the concept analysis data, some modifications on the enunciation and definition of DSR diagnosis were suggested, as well as some modifications on the Defining Characteristics (among them: “delays the return to social activities” and “persistent pain”), and some suggestions for including DC (such as “need for help to perform daily activities”, “cardiovascular and pulmonary problems”). The inclusion of Related Factors as “advanced age”, “problems arising from anesthesia” and “presence of comorbidities” were also suggested. The elements of the nursing diagnosis and the proposed modifications after the concept analysis were subjected to the review of 45 experts. As a result, changes were made on the diagnosis enunciation text – which was modified to Postoperative Delayed Recovery. The nursing diagnosis definition text was changed to “extension of the number of days of mediate or delayed postoperative to resume activities that sustain life, health and welfare”, validation of the DC proposed by NANDA-I, modification of the DC text, such as “Delays the return to social work, job, familiar, study, religious activities, etc.”, “Loss of appetite”, “Postoperative persistent pain” and “Persistent fatigue”. Yet, it was possible to add six DCs for suggestion to be included in the Nursing Diagnosis of

NANDA-I – “need for help to perform daily activities”, “Cardiovascular problems” and “Pulmonary problems” were the ones that received the highest scores. As for the RF, all the ones that were presented by NANDA-I were validated and seven new RF were suggested to be included. Among the ones that received the highest scores by the experts are: “Problems arising from anesthesia”, “Presence of comorbidities”, “Compromised nutritional conditions” and “Advanced age”. The identified results offer the possibility of reviewing the DSR diagnosis by NANDA-I, contributing to knowledge about postoperative period and, consequently providing a better quality of nursing care to surgical patients who experience delayed recovery.

Keywords: Nursing diagnosis, Validation studies, Postoperative period, Recovery of physiological function.

Resumen

APPOLONI, A.H. **Validación del diagnóstico de enfermería Recuperación Quirúrgica Tardía**. 2011. 177f. Tesis – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

El posoperatorio requiere preparación por parte del equipo de enfermería para asistir las complicaciones potenciales específicas de este periodo. La precisión de los diagnósticos de enfermería durante este período es crucial para asegurar una eficaz y resolutivo planificación de cuidados. La recuperación posoperatoria puede sufrir interferencias que resulten en más tiempo y por lo tanto, requieren intervenciones específicas de enfermería. Esta respuesta humana está representada por NANDA-I por medio del diagnóstico de enfermería Recuperación Quirúrgica Tardía (RCR). Desde el análisis de los elementos diagnóstico RCR se considera la posibilidad de la existencia de lagunas, especialmente en relación a las características definidoras (CD) y factores relacionados (FR). Esta investigación pretende realizar un análisis de concepto y validación por expertos de diagnóstico de enfermería Recuperación Quirúrgica Tardía propuesto por NANDA-I. Es un estudio descriptivo de validación de diagnóstico de enfermería basado en el modelo propuesto por Hoskins. Se llevó a cabo una revisión de la literatura en bases de datos LILACS, PubMed, CINAHL y Cochrane Library para seleccionar estudios relacionados con el tema investigado para fundamentar el análisis del concepto, hecho según el modelo de Walker y Avant, que describe un proceso de investigación de los elementos básicos de un concepto desarrollado en ocho pasos. Fueron elegibles para la conducción de análisis de concepto 57 investigaciones. Posteriormente, hubo la validación de contenido de diagnóstico de enfermería conforme modelo de Fehring, en que se obtiene la opinión de expertos sobre la adecuación de diagnóstico de enfermería RCR. Se identifica que el concepto RCR fue utilizado principalmente por la medicina, seguida de la enfermería, psicología, trabajo social, logopedia, nutrición y fisioterapia. En General, la RCR ha sido abordada como el compromiso de la interrelación del funcionamiento físico, psicológico y social de los pacientes y sus familias. Los principales atributos definidores identificados fueron: capacidad para caminar comprometida, necesidad de auxilio para desempeñar actividades del cotidiano, dificultad para desempeñar el autocuidado, dificultad para reanudar los roles sociales, fatiga persistente, necesidad de más tiempo para la recuperación, entre otros. Entre los antecedentes identificados son: dolor, ansiedad, experiencias negativas de la cirugía previa, infección, entre otros. Las principales consecuencias fueron: nuevas internaciones hospitalarias, largas internaciones, depresión, entre otros. Ante de los datos de análisis de concepto han sido sugeridos los cambios en el enunciado y definición del DE RCR, los cambios en la escritura de CD entre ellos, "aplaza el regreso a las actividades sociales" y "la persistencia del dolor", aun así, sugerencias para la inclusión de CD con énfasis en la "necesidad de auxilio para desempeñar las actividades de la vida cotidiana", "problemas pulmonares y cardiovasculares". Todavía ha sido sugerido la inclusión de FR como "edad

avanzada”, “problema decurrentes de la anestesia” y “presencia de comorbidades”. Los elementos de DE y las alteraciones propuestas después de análisis de concepto han sido sometidas al análisis de 45 expertos. Como resultado han sido realizadas adecuaciones en la escritura del enunciado diagnóstico que ha sido alterado para Recuperación Posoperatoria Tardía, adecuaciones de la escritura de la definición del DE para “extensión del número de días de posoperatorio mediano y/o tardío para reiniciar las actividades que mantienen la vida, la salud y el bienestar”, validación de la CD propuestas por NANDA-I, alteraciones de la escritura de CD como “aplazar el retorno a las actividades sociales de trabajo, de empleo, de la familia, de los estudios, religiosas, etc”. “Pérdida de apetito”, “la persistencia del dolor posoperatorio” y “la persistencia de la fatiga”. Aun así, fue posible agregar 6 CD a la sugerencia de inclusión de DE por NANDA-I “Necesidad de auxilio para desempeñar las actividades de la vida cotidiana”, “Problemas cardiovasculares” y “Problemas pulmonares” fueron los que recibieron las mayores puntuaciones. En cuanto a FR, todos presentados por NANDA-I fueron validados y 7 nuevos FR han sido sugeridos para la inclusión. Entre los que han recibido las puntuaciones más altas por los expertos son: “Problemas derivados de la anestesia”, “Presencia de comorbilidad”, “Condiciones nutricionales comprometidas” y “edad avanzada”. Los resultados identificados ofrecen la posibilidad de revisar el diagnóstico RCR por NANDA-I, contribuyen con el conocimiento sobre el período posoperatorio y, en consecuencia, con una mejor calidad en la asistencia de enfermería al paciente quirúrgico que vive la extensión de la recuperación.

Palabras clave: Diagnóstico de enfermería, investigación de validación, período posoperatorio, recuperación de la función fisiológica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1.	Sistema de identificação de peritos estabelecidos por Fehring (1994).....	50
Quadro 2.	Critérios de identificação de peritos para validação do Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada, adaptado de Fehring (1994).....	61
Quadro 3.	Sub-áreas de abordagem do conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada.....	70
Quadro 4.	Atributos Definidores do Conceito Recuperação Cirúrgica Retardada.....	73
Quadro 5.	Apresentação dos Antecedentes do conceito Recuperação Cirúrgica Retardada.....	76
Quadro 6.	Apresentação das Consequências do conceito Recuperação Cirúrgica Retardada.....	79
Quadro 7.	Apresentação dos Referentes Empíricos do conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada.....	81
Quadro 8.	Sugestões de redação para características definidoras do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada para a NANDA-I a partir da análise de conceito.....	90
Quadro 9.	Características definidoras mantidas do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada conforme a NANDA-I (2010) a partir da análise de conceito.....	91
Quadro 10.	Características definidoras para o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada sugeridas para inclusão pela NANDA-I a partir da análise de conceito	91
Quadro 11.	Fatores relacionados para o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada sugeridos para inclusão pela NANDA-I a partir da análise de conceito	93
Quadro 12.	Respostas dos peritos quanto à avaliação das características definidoras originais da NANDA-I (2010) para o diagnóstico de enfermagem	

	Recuperação Cirúrgica Retardada.....	105
Quadro 13.	Respostas dos peritos quanto à avaliação das sugestões de redação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.....	110
Quadro 14.	Respostas dos peritos quanto à avaliação das características definidoras propostas para inclusão pela NANDA-I para o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.....	115
Quadro 15.	Respostas dos peritos quanto à avaliação dos fatores relacionados originais da NANDA-I para o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.....	117
Quadro 16.	Respostas dos peritos quanto à avaliação dos fatores relacionados propostos para inclusão pela NANDA-I para o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.....	120
Quadro 17.	Elementos do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada validados pelos peritos.....	128
Quadro 18.	Artigos selecionados para a condução da Análise de Conceito.....	150

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos peritos participantes da pesquisa quanto ao tempo de graduação em enfermagem, São Carlos, 2011.....	96
Tabela 2.	Distribuição dos peritos participantes da pesquisa quanto a área de atuação profissional, São Carlos, 2011.....	96
Tabela 3.	Distribuição dos peritos participantes da pesquisa quanto a produção bibliográfica, São Carlos, 2011.....	98
Tabela 4.	Distribuição das respostas dos peritos quanto a sugestão de alteração de redação do enunciado diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada, São Carlos, 2011.....	99
Tabela 5.	Distribuição das respostas dos peritos quanto a sugestão de alteração de redação do enunciado diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada, São Carlos, 2011.....	103

LISTA DE SIGLAS

ANA – American Nursing Association

AVD – Atividade de Vida Diária

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CD – Características Definidoras

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DE – Diagnóstico de Enfermagem

FR – Fatores Relacionados

MeSH - Medical Subject Headings

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NANDA-I – North American Nursing Diagnosis Association - International

NVPO – Náusea e Vômito pós-operatório

PE – Processo de Enfermagem

PO – Pós-operatório

RCR – Recuperação Cirúrgica Retardada

SAEP – Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

SAESC – Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação

SBED – Sociedade Brasileira de Estudos para Dor

SciELO - Scientific Electronic Library Online

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Delimitação do Problema.....	25
2 OBJETIVOS	29
3 REVISÃO DE LITERATURA	31
3.1 Diagnóstico de Enfermagem.....	32
3.2 Recuperação Pós-operatória.....	34
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	37
4.1 Processo de Enfermagem.....	38
4.2 Validação de Diagnóstico de Enfermagem.....	42
4.2.1 O Modelo de Validação de diagnóstico de Enfermagem de Hoskins.....	44
4.2.1.1 Análise de conceito de Walker e Avant.....	45
4.2.1.2 O Modelo de validação de diagnóstico de Fehring.....	48
5 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	53
5.1 Primeira Etapa – Revisão Bibliográfica.....	54
5.2 Segunda Etapa – Análise de Conceito.....	57
5.2.1 Seleção do Conceito.....	57
5.2.2 Determinar os propósitos da análise de conceito.....	67
5.2.3 Explorar os usos do conceito.....	59
5.2.4 Identificar os atributos definidores.....	59
5.2.5 Desenvolver um caso modelo.....	59
5.2.6 Desenvolver casos adicionais.....	60
5.2.7 Identificar antecedentes e consequências	60
5.2.8 Identificar os referentes empíricos.....	60
5.3 Terceira Etapa – Validação de Conteúdo Diagnóstico.....	60
5.3.1 Seleção dos peritos.....	61
5.3.2 Instrumentos de coleta de dados.....	63
5.3.3 Aspectos Éticos.....	65
5.3.4 Análise dos dados.....	65
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
6.1 Análise de Conceito.....	67

6.1.1	Explorar os usos do conceito.....	67
6.1.2	Identificar os atributos definidores.....	73
6.1.3	Desenvolver um caso modelo.....	75
6.1.4	Desenvolver casos adicionais.....	76
6.1.5	Identificar antecedentes e conseqüências.....	76
6.1.6	Identificar os referentes empíricos.....	81
6.1.7	Análise do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada da NANDA-I (2010) à luz da análise de conceito.....	82
6.1.7.1	Enunciado diagnóstico.....	82
6.1.7.2	Definição do diagnóstico.....	85
6.1.7.3	Características definidoras.....	87
6.1.7.4	Fatores relacionados.....	92
6.1.7.5	Estrutura taxonômica II da NANDA-I e o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.....	94
6.2	Validação do Diagnóstico.....	95
6.2.1	Caracterização dos peritos.....	95
6.2.2	Validação do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.....	99
6.2.2.1	Validação do enunciado diagnóstico.....	99
6.2.2.2	Validação da definição do diagnóstico.....	102
6.2.2.3	Validação das características definidoras.....	104
6.2.2.4	Validação dos fatores relacionados.....	117
7	CONCLUSÕES.....	124
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
9	REFERÊNCIAS.....	134
10	REFERÊNCIAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS NA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	143
	APÊNDICES	149
	ANEXOS.....	176

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto profissão possui uma sustentação teórica composta por teorias específicas voltadas para a atuação da enfermagem e que proporcionam um corpo de conhecimentos próprios e únicos caracterizando a profissão enquanto ciência (MORAES; PENICHE, 2003). Foi através de Florence Nightingale, por volta de 1960, que a enfermagem tornou-se uma profissão estabelecida, dado ao fato de desempenhar o cuidado embasado no conhecimento científico, quando adotou práticas de higiene adequadas nas instituições hospitalares reduzindo os índices de mortalidade na época (MOLINA; GONZAGA; OLIVEIRA, 2004). Ao longo do tempo, com o desenvolvimento de teorias específicas, a enfermagem buscou assegurar um olhar mais integral do profissional de enfermagem para o paciente, ou seja, não apenas voltado para a doença.

Portanto, a atividade da enfermagem volta-se para a atenção das necessidades específicas de saúde tanto do indivíduo como da população em geral (CRUZ, 2008). Nesse contexto, o processo de enfermagem (PE) possibilita a utilização do conhecimento pelos enfermeiros para o atendimento destas necessidades.

Alfaro-Lefevre (2005, p.29) descreve o PE como “uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem”, que por sua vez é considerado por essa autora essencial toda vez que a assistência de enfermagem é oferecida, possibilitando a promoção de um cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo (ALFARO-LEFEVRE, 2005). O PE também é entendido como um instrumento metodológico que identifica e avalia as respostas humanas diante aos problemas de saúde ou processos vitais que requerem intervenções de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

A assistência à saúde em geral está passando por uma mudança em seu modelo assistencial, de um modelo focado na doença para uma abordagem centrada nas necessidades individuais estimulando assim o levantamento de problemas específicos/individualizados e planejamento de ações voltadas para cada situação (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009; MELO, 2004). Isto vai de encontro ao que se propõe com o uso do PE no que diz respeito à sua abordagem sistemática e organizada em 5 etapas: coleta de dados ou investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Tal organização é atualmente preconizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e por outros autores (COFEN, 2009; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O diagnóstico de enfermagem (DE) é a segunda etapa do PE, considerado como uma conclusão a que se chega a partir da coleta de dados, pois o objetivo nessa etapa é a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem pelo paciente ou problemas de enfermagem. Pode ainda ser considerado como uma fonte de conhecimento científico para a profissão, o que o torna fundamental para o planejamento da assistência ao paciente (CRUZ, 2001; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

De acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association - International - NANDA-I*, o diagnóstico de enfermagem é definido como um “julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais” (NANDA-I, 2010, p.436).

Com o intuito de organizar os problemas de saúde que sejam de competência do profissional enfermeiro a Associação Americana de Enfermeiros (ANA – *American Nurses Association*) propôs uma iniciativa para classificação de diagnósticos de enfermagem que resultou na formação do grupo da NANDA – I (MELO, 2004). Desde então, esforços foram empregados pelos membros desta associação para o desenvolvimento de uma taxonomia de DE que está em constante renovação e aprimoramento com o objetivo de direcionar a padronização de linguagem dos diagnósticos e estabelecer um acordo sobre regras para utilização de determinados termos para os DE (NANDA-I, 2010).

Ainda com a finalidade de padronização da linguagem da enfermagem foi desenvolvida a Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem (CIPE). Trata-se de uma terminologia estruturada a partir de 1989 pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) em conjunto com membros da ANA (MAZONI et al., 2010). A CIPE é um sistema unificado da linguagem de enfermagem que envolve os seguintes elementos: diagnósticos, resultados e intervenções (CIE, 2010).

Desde a publicação da primeira versão da CIPE, em 1986 (Versão Alfa) há um contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento desta terminologia, culminando na publicação atual, versão 3.0.

O uso de um sistema de classificação para os DE além de proporcionar a padronização de linguagem entre os enfermeiros possibilita a documentação da contribuição da enfermagem ao cuidado do paciente, fornece meios fundamentais para a criação de prontuários eletrônicos, acompanhamento dos resultados de cuidados de enfermagem, fornece dados de pesquisa, desenvolve de forma

qualificada o raciocínio clínico e facilita o ensino (CRUZ, 2008; POMPEO, 2007; JOHNSON et al., 2008).

Mesmo com todos os benefícios que o uso dos sistemas de classificação proporciona, Pompeu (2007) destaca que há falta de uniformidade e a indefinição de termos, desenvolvimento incompleto de algumas taxonomias, falta de habilidade pelos enfermeiros ao estabelecer diagnósticos e resistência destes na implementação de diagnósticos. Diante disso, essa mesma autora acredita na “necessidade de aperfeiçoar e legitimar os elementos que fazem parte dessa taxonomia, e de aumentar sua capacidade de generalização e predição” (POMPEO, 2007, p.27).

De acordo com Nóbrega e Gutiérrez (2000) por fazer parte de uma construção recente, não se pode afirmar que exista um sistema de classificação validado para a prática de enfermagem, tornando necessário testá-los e contestá-los na prática profissional, a fim de propor sugestões de acréscimo ou retirada de termos, para contribuir com a consolidação dos sistemas de classificação.

A cada publicação da NANDA-I seu conselho diretor aborda a importância da internacionalização da terminologia, são incisivos ao descreverem que para tal adesão se faz necessário que os enfermeiros se comprometam com o desenvolvimento de novos diagnósticos ou revisão de diagnósticos existentes e que é com grande satisfação que publicam os diagnósticos revisados e novos; pois acreditam que o número de diagnósticos existentes, “não é suficiente para descrever a riqueza da prática da enfermagem” (NANDA-I, 2008, p. 9).

Carvalho et al. (2008), Chaves, Carvalho e Rossi (2008), Lunney (2008) e Pompeo, Rossi e Galvão (2009) apontam a dificuldade que os enfermeiros encontram ao realizar alguns diagnósticos, pois se deparam com incerteza no julgamento devido a existência de diagnósticos pouco acurados. Isto ocorre, pois existem diagnósticos com evidências de pesquisas diferentes.

Diante disso emerge a necessidade de estudos que possam “determinar a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo de um diagnóstico de enfermagem” (CARVALHO et al., 2008, p.236). Isto significa que os diagnósticos de enfermagem necessitam ter argumentação teórica consistente, devem ser validados, com o intuito de assegurar uma aplicação prática precisa (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2002). Validar um DE significa torná-lo válido, ou seja, legitimar o diagnóstico, torná-lo

verdadeiro para aquela situação clínica e proporcionar confiabilidade para sua utilização na prática e ensino (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

No Brasil houve um evidente aumento dos estudos sobre validação de diagnósticos sendo utilizados modelos diferentes, tais como: modelo de Fehring, modelo de Hoskins, Goordon e Sweeney, Lunney e Catalano (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2002).

A validação de diagnósticos de enfermagem é de extrema relevância para alicerçar a prática clínica do enfermeiro e o ensino, uma vez que proporciona embasamento tanto para as intervenções de enfermagem quanto à avaliação propriamente dita.

1.1. Delimitação do problema

A enfermagem perioperatória envolve a assistência prestada ao paciente cirúrgico antes, durante e depois da cirurgia, ou seja, respectivamente nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (LADDEN, 1997). A necessidade de uma assistência de enfermagem prestada neste período fundamentada em um método sistemático, individualizado e embasado cientificamente é representada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

A SAEP possibilita o atendimento das necessidades específicas do paciente cirúrgico, uma vez que propõe que a assistência de enfermagem seja prestada com individualização, planejamento, avaliação e continuidade do cuidado durante os períodos operatórios (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002), este modo sistematizado de assistência prestada ao paciente cirúrgico também é capaz de proporcionar maior segurança ao mesmo (MORAES; PENICHE, 2003).

O período pós-operatório (PO) compreende desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até o retorno de suas atividades habituais normais (MORAES; PENICHE, 2003). Um consenso identificado na literatura acerca das etapas que percorrem o período PO foram de 3 etapas descritas como PO imediato, que ocorre até as primeiras 24 horas após o término do procedimento cirúrgico e é o período em que o paciente recupera seus reflexos protetores e funções motoras. Geralmente ocorre em uma área de monitoramento contínuo como a unidade de recuperação pós-anestésica, o PO imediato pode ser influenciado pelo porte da cirurgia e condições do paciente no momento do término desta (MORAES;

PENICHE, 2003; MARSHALL; CHUNG, 1999). O período intermediário envolve o PO mediato que tem início após o período PO imediato e tem duração variável até o dia da alta hospitalar. É influenciado também pelo porte das cirurgias (MORAES; PENICHE, 2003). O último período descrito é o PO tardio. Esta fase tem duração de semanas até meses e termina com a completa recuperação do paciente em estado fisiológico pré-operatório (MARSHALL; CHUNG, 1999).

O período PO em geral requer preparo por parte da equipe de enfermagem para atender possíveis complicações específicas deste período que por sua vez, interferem ou não na recuperação da cirurgia pelo paciente, bem como na morbidade e mortalidade após o procedimento operatório e no prolongamento da internação hospitalar (NAPOLEÃO; CALDATO; PETRILLI FILHO, 2009).

O PE durante o período PO volta-se para o restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente, para o alívio da dor e para a prevenção das complicações (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006). Atualmente importantes estudos são desenvolvidos sobre o preparo para a alta hospitalar do paciente cirúrgico, visto que o período de internação após cirurgias encontra-se em franco declínio devido a avanço das técnicas anestésicas e cirúrgicas, melhora do preparo pré-operatório, possibilidade de acesso a recursos tecnológicos e opção por cirurgia ambulatorial (FRIEDLANDER; LAGE, 2003; HENDERSON; ZERNIKE, 2001).

Diante disso, entende-se que a constante avaliação do paciente durante todo o período pós-operatório seja fundamental para o acompanhamento do processo de recuperação cirúrgica; visto que a recuperação pós-operatória é considerada um processo complexo no qual o paciente é considerado recuperado quando retorna ao seu estado fisiológico pré-operatório e relaciona-se a resultados como estado fisiológico, incidência de eventos adversos e mudança no estado psicológico (MARSHALL; CHUNG, 1999; MYLES et al., 1999).

Partindo da afirmativa de que o enfermeiro embasa o cuidado perioperatório na metodologia assistencial do PE (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002) a precisão dos diagnósticos de enfermagem durante este período é fundamental para garantir um efetivo e resolutivo planejamento de cuidados.

Diante da complexidade que envolve o processo de recuperação pós-operatória é importante que existam DE que de fato representem as manifestações apresentadas neste momento pelos pacientes, com vistas a contribuir para um

adequado atendimento das necessidades destes em relação aos cuidados de enfermagem e recuperação (NAPOLEÃO; CALDATO; PETRILLI FILHO, 2009).

Com relação à recuperação pós-operatória, sabe-se que esta pode sofrer interferências resultando em um tempo maior para a recuperação cirúrgica e portanto requerer intervenções de enfermagem específicas para esta situação; esta resposta humana está representada pela NANDA-I (2010) através do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada (RCR).

Porém, a partir da análise dos elementos diagnóstico RCR considera-se a possibilidade de existência de lacunas, especialmente em relação as características definidoras (CD) e fatores relacionados (FR). Discussões realizadas no grupo de pesquisa em Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação (SAESC) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), do qual a orientadora deste estudo é líder e a pesquisadora é membro, levantou-se a necessidade de validação deste diagnóstico, pois diante de dúvidas frequentes quanto às suas CD e FR, entendeu-se que há possibilidade deste diagnóstico ser utilizado sem a acurácia desejada. Portanto, considerou-se pertinente um estudo aprofundado do mesmo, com a finalidade de se identificar se de fato há adequações a serem realizadas em seus componentes ou se da forma como se apresenta é capaz de representar adequadamente a resposta humana em toda sua proporção.

Alguns dos diagnósticos de enfermagem aprovados na NANDA-I foram inseridos na taxonomia em 1973; todos foram desenvolvidos por enfermeiros que utilizaram métodos diferentes de pesquisa para alcançarem precisão no julgamento clínico (FEHRING, 1987). Lunney (2008, p. 349) escreve sobre a existência de pesquisas diferentes para cada diagnóstico e por isso “alguns apresentam evidências de pesquisas mais fortes do que outros”.

De acordo com Chaves, Carvalho e Rossi (2002, p.514) “o conhecimento teórico-conceitual que sustenta cada diagnóstico de enfermagem ainda está pouco desenvolvido para vários deles.” Isso também é observado na prática clínica do enfermeiro ao se deparar com dificuldades de determinar algum diagnóstico pelo risco de se depararem com diagnósticos pouco acurados (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2002).

A NANDA-I propõe que novas pesquisas sejam realizadas para garantir aplicação prática precisa dos diagnósticos, por isso sugere que sejam realizadas pesquisas para validação de diagnósticos existentes na taxonomia para assim

permitir a construção de embasamento teórico consistente e com o objetivo de legitimá-lo diante das situações clínicas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O objetivo geral desta pesquisa é realizar a análise de conceito e validação por peritos do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada proposto pela NANDA-I (2010).

2.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do estudo são:

- Buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis na literatura sobre fatores que interferem no processo de recuperação cirúrgica.
- Analisar o conceito: Recuperação Cirúrgica Retardada.
- Analisar criticamente o enunciado, definição, fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada da NANDA-I quanto a necessidade de adequações considerando os resultados da análise de conceito.
- Submeter o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada com as potenciais adequações à análise de especialistas da área de Processo de Enfermagem e Enfermagem Cirúrgica.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Diagnósticos de Enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem representam uma importante fonte de conhecimento científico e específico de enfermagem, resultante de uma evolução a respeito da forma de pensar e agir do enfermeiro (JESUS, 1995). Identifica-se um consenso na literatura quanto a importância do DE na prática clínica de enfermagem, pois sua utilização proporciona uma assistência de qualidade embasada cientificamente e que promove o cuidado individualizado.

Além disso, facilita a comunicação entre os enfermeiros por se utilizar uma linguagem comum acerca dos problemas de saúde do paciente, valida a função da enfermagem, fornece subsídios para mensurar a carga de trabalho da enfermagem e aumenta a autonomia profissional por utilizar-se de uma linguagem específica de domínio da enfermagem e assim gera maior visibilidade da profissão (CERULLO; CRUZ, 2008).

O conhecimento dos diagnósticos de enfermagem da maneira como está atualmente, passou por um processo histórico longo e ainda não está finalizado. A primeira vez em que o termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado pela enfermagem ocorreu em 1953 por Vera Fry ao propor cinco áreas de necessidade do paciente (tratamento, higiene pessoal, meio ambiente, aprendizagem e necessidades pessoais) que deviam embasar o processo diagnóstico (JESUS; 1995).

Segundo Jesus (1995) o uso do termo diagnóstico de enfermagem durante as décadas de 1950 e 1960 foi amplo e confuso na literatura específica da área, pois conceitos envolvendo necessidades e outros problemas de saúde eram utilizados por autores na área.

Em 1973 um grupo de enfermeiras norte-americanas que compunham a Associação Americana de Enfermeiras (ANA – American Nurses Association) formaram um grupo para identificar, desenvolver e classificar DE.

Fundamentado na perspectiva de que a enfermagem centra-se no atendimento e identificação das respostas humanas, a definição de DE estabelecida em 1990 pela NANDA-I e utilizada até o presente período é o

Julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a

seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA-I, 2010, p. 436).

A Taxonomia de DE da NANDA-I é desenvolvida utilizando o padrão de respostas humanas e é composta por 5 tipos de diagnósticos (NANDA-I; 2010; CARPENITO-MOYET, 2009):

- *Diagnóstico de enfermagem real*: representado por um problema sustentado pela presença de características definidoras (manifestações, sinais e sintomas);
- *Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde*: representa o “julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana” (NANDA-I, 2010, p. 436);
- *Diagnóstico de enfermagem de risco*: representado pelo julgamento clínico no qual o paciente, família ou comunidade possui maior vulnerabilidade para desenvolver problemas do que outros que vivenciam as mesmas condições ou similares.
- *Síndrome*: composto por um conjunto de DE reais e de risco cuja presença é prevista diante de uma determinada situação ou evento.
- *Diagnóstico de enfermagem de bem estar*: representa as respostas humanas em níveis de bem estar nos indivíduos, família ou comunidade, sustentados por características definidoras.

Carpenito-Moyet (2009) e Alfaro-Lefevre (2005), apresentam ainda diagnósticos de enfermagem possíveis, cujos enunciados descrevem um suposto problema de saúde.

Os DE da NANDA-I são compostos por elementos fundamentais: enunciado diagnóstico, definição, fatores relacionados e características definidoras. O enunciado diagnóstico estabelece um nome ao DE, podendo ser apresentado sob um termo ou expressão concisa que representem indícios relacionados, podendo estarem inclusos modificadores. A definição do DE oferece uma descrição clara e precisa auxiliando sua diferenciação de DE similares pelo enfermeiro. Os FR possuem uma relação direta com o DE e podem ser descritos como *antecedentes de*, *associados a*, *relacionados a* contribuintes para ou estimuladores. Somente os diagnósticos de enfermagem reais apresentam fatores relacionados. As características definidoras são indícios observáveis que são agrupados como

manifestações dos DE reais, de bem estar ou de promoção da saúde. Os fatores de risco estão presentes apenas nos DE de risco e descrevem fatores que aumentem a vulnerabilidade do indivíduo, família comunidade a um evento insalubre (NANDA-I, 2010).

Conforme descritos anteriormente os DE reais são compostos por enunciado diagnóstico, fatores relacionados e características definidoras acrescidos pelas expressões de ligação (*antecedentes de, associados a, relacionados a* para os FR e *manifestado por, evidenciado por* para as CD). Os DE de risco são compostos por enunciado diagnóstico, fatores de risco e a expressão de ligação *relacionado a* entre eles.

Observa-se que os diagnósticos reais e de risco são os mais utilizados na prática clínica, no ensino e pesquisa.

A taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é um instrumento para o trabalho do enfermeiro, porém é importante realçar que se trata de um recente movimento da enfermagem e por isso apresenta limitações em relação à precisão do domínio de conhecimento da enfermagem (CRUZ, 2008). Estudos sobre os diagnósticos de enfermagem são necessários, a fim de se obter um maior nível de evidência, com vistas à utilização efetiva dos mesmos em todo o âmbito da enfermagem.

3.2. Recuperação Pós-operatória

O período de recuperação pós-operatória acompanha todos os procedimentos cirúrgicos, independente da complexidade destes. Inicia-se com o fim do cuidado intraoperatório e se estende até o retorno das condições fisiológicas do paciente em níveis semelhantes aos encontrados no período pré-operatório (ALLVIN et al., 2011; AWAD; CHUNG, 2006).

A partir de uma análise de conceito desenvolvida por Allvin et al. (2007) a recuperação pós-operatória foi conceituada como um processo que visa readquirir energia para o retorno da normalidade e plenitude, alcançado quando o controle das funções habituais físicas, psicológicas e sociais sejam recuperadas, resultando no retorno de níveis pré-operatórios de independência/dependência nas atividades de vida diária e um completo bem estar psicológico. Hollenbeck et al. (2008) definiram

recuperação como o período em que o paciente apresenta mudanças mensuráveis e dinâmicas no estado de saúde às quais são atribuídas uma intervenção.

Um grupo multicêntrico de anesthesiologistas define recuperação pós-operatória como o retorno ao estado de saúde em níveis pré-operatórios ou melhores que estes visto que, após muitos procedimentos cirúrgicos o paciente pode se ver livre de doenças que o limitavam anteriormente (ROYSE et al., 2010).

A recuperação pós-operatória é estabelecida por um processo percorrendo três fases, *recuperação imediata* que ocorre até as primeiras 24 horas após o término do procedimento cirúrgico, é o período em que o paciente recupera seus reflexos protetores e funções motoras, acontece durante o período de pós-operatório imediato e geralmente ocorre em uma área de monitoramento contínuo como a unidade de recuperação pós-anestésica (MORAES; PENICHE, 2003; MARSHALL; CHUNG, 1999); *recuperação intermediária* envolve o período pós-operatório mediato que se inicia após o período pós-operatório imediato, momento em que o paciente alcança critérios estabelecidos para a alta hospitalar (AWAD; CHUNG, 2006; MORAES; PENICHE, 2003) e a *recuperação tardia* que é o momento em que o paciente retorna ao seu estado fisiológico pré-operatório (AWAD; CHUNG, 2006; MARSHALL; CHUNG, 1999). Herrera; Wong e Chung (2007) consideram a habilidade do paciente em reassumir as atividades habituais como padrão ouro para indicar a recuperação cirúrgica.

Myles et al. (2000) descrevem que a recuperação pós-operatória possui dimensões fundamentais que necessitam estar completamente atendidas para caracterizar uma completa recuperação e que devem ser identificadas neste período como, estado emocional (envolvendo sensações de conforto, bem estar, ansiedade, depressão), conforto físico, suporte psicológico, independência de atividades e dor.

Os domínios que envolvem o processo de recuperação pós-operatória também são apresentados por Royse et al. (2010) a saber, domínios fisiológico, nociceptivo, emocional, atividade de vida diária (AVD), cognitivo e perspectivas dos pacientes, estes domínios devem ser avaliados por todo o período pós-operatório pois servem de parâmetros para identificar a recuperação de cirurgias. A permanência de manifestações de alterações nesses domínios tem sido interpretada como comprometimento da recuperação (ALLVIN, 2009).

A cirurgia e o período perioperatório requerem atenção especial da equipe de enfermagem em relação ao paciente e seus familiares, pois estes momentos os

acompanham de expectativas, medos, dúvidas e inseguranças que podem resultar em dificuldades para o desempenho do autocuidado no período pós-operatório, comprometimento da segurança física dos pacientes devido a maior exposição a lesões e infecções, influenciar o bem estar e a qualidade de vida e comprometer a qualidade da recuperação cirúrgica (MATA; NAPOLEÃO, 2010).

Atualmente observa-se que houve um aumento da complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados em nível ambulatorial e encurtamento da permanência do paciente cirúrgico no ambiente hospitalar que resultou na transferência de parte da responsabilidade com a recuperação pós-operatória para o paciente e seus familiares, pois este período em sua maior proporção ocorrerá no ambiente domiciliar. Diante disso, estudos estão sendo realizados acerca do planejamento para alta hospitalar do paciente cirúrgico no sentido de promover maior segurança para o paciente e seus familiares bem como minimizar seus níveis de ansiedade (MATA; NAPOLEÃO, 2010).

O período pós-operatório é variável e dependente do tipo e extensão do procedimento cirúrgico, bem como de eventos e situações que persistem por um período de tempo além do esperado e que interferem tanto na qualidade da recuperação pós-operatória como no tempo para o paciente tornar-se capaz de se sentir recuperado completamente da cirurgia (HOGUE et al., 2000). Tais situações caracterizam a recuperação em longo prazo que pode ocorrer entre 3 meses até 12 meses após a cirurgia e em situações mais difíceis este período pode ser ultrapassado (ALLVIN, 2009).

4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1. Processo de Enfermagem

O Processo de Enfermagem surge de forma empírica juntamente com os padrões organizacionais propostos por Florence Nightingale que com seus conhecimentos e visão muito além de sua época diferenciou as ações da enfermeira das do médico, marcando assim o início da enfermagem preocupada com a sua identidade profissional (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Garcia e Nóbrega (2000) não consideram o conceito do Processo de Enfermagem como “novo”, pois Florence sem utilizar esta expressão, enfatizou a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos diante do que foi observado. Para essas autoras este seria o provável ponto de partida para o atual Processo de Enfermagem.

Há décadas enfermeiras voltadas para orientar o desempenho da enfermagem embasado no método científico, dedicaram-se arduamente no desenvolvimento de um corpo de conhecimento específico que resultou na elaboração de teorias próprias. Denominaram-se teóricas as enfermeiras que utilizaram a prática, observação, formação intelectual, perspectiva e saber de outras áreas do conhecimento para obter assim a construção de modelos conceituais ou teorias (SOUZA, 2001).

A teoria para a enfermagem é vista como um guia para compreender os fenômenos, além de possibilitar a identificação de conceitos, aprimoramento prático, fornecendo estrutura para as intervenções e os resultados de enfermagem (SOUZA, 2001).

Os modelos e teorias de enfermagem fundamentam a ação central da enfermagem que é voltada para o indivíduo e as relações que o cercam como família e grupos sociais, e com isso proporcionaram o foco de cuidado na pessoa humana e não na patologia como ocorre no modelo biomédico. “A pessoa é apresentada em todos os modelos de enfermagem como ser bio-psico-sócio-espiritual” (SOUZA, 2001).

Esses conceitos foram publicados, em grande parte, nas décadas de 1960 e 1970, inicialmente por enfermeiras norte americanas.

No Brasil, em 1979, Wanda de Aguiar Horta, publicou um livro com o título Processo de Enfermagem, que propõe a Teoria das Necessidades Humanas, elaborada a partir da Teoria da Motivação Humana, desenvolvida por Maslow

(HORTA, 1979). Neste trabalho a autora escreveu sobre a preocupação dos profissionais de enfermagem da época (há aproximadamente 30 anos), com relação à tomada de decisão e de desenvolver a enfermagem enquanto ciência própria na tentativa de desmitificar o conceito de profissão de enfermagem como assistente-médico. Diante disso propõe que “para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado processo de enfermagem” (HORTA, 1979).

Garcia e Nóbrega (2000) descrevem que o início de uma abordagem sistematizada para o desenvolvimento das ações de enfermagem ocorreu nas décadas de 1920 e 1930, tanto nos Estados Unidos como no Brasil através dos estudos de casos clínicos.

Desde a década de 1950 nota-se a busca crescente pelo desenvolvimento de procedimentos/métodos que possibilitem a organização e planejamento dos serviços de enfermagem permitindo o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem mais qualificada, ou seja, que utilize de um corpo de conhecimento científico em suas ações, abandonando o modo empírico de atuação (KOERICH et al., 2007).

As teorias de enfermagem influenciaram de forma significativa o Processo de Enfermagem, associado ao conhecimento científico e às experiências individuais. A utilização de teorias para a sistematização da assistência de enfermagem proporciona subsídios para organizar as informações coletadas dos clientes e garantir posteriormente melhores condições para a avaliação do processo de cuidar (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Para Horta (1979) “o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano.” Esta mesma autora propõe uma organização de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) baseada em 6 fases: *histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico*. (HORTA, 1979).

Alfaro-Lefevre (2005, p. 29) o define o processo de enfermagem como:

uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem. Essencial a todas as abordagens de enfermagem, o processo de enfermagem promove cuidado humanizado, dirigido a resultados (orientado a resultados) e de baixo custo.

A organização do Processo de Enfermagem fornece um guia para identificar as necessidades do paciente/família/comunidade estruturando o raciocínio crítico do profissional para possibilitar a organização dos cuidados de enfermagem que serão trabalhados neste contexto de paciente/família/comunidade (CERULLO; CRUZ, 2008).

As etapas que organizam o Processo de enfermagem diferem entre os diferentes estudiosos do PE; podemos encontrar organizações em torno de seis etapas como descritas por Wanda Horta; cinco etapas descritas por Alfaro-LeFevre (2005) que apresenta: *coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação*. Encontramos ainda, autores que propõem uma organização composta por quatro etapas (MCGUIRE, 1991). É de consenso entre esses autores a apresentação do Processo de Enfermagem organizado em etapas, como o cumprimento de uma função didática apenas, “haja vista ser o processo de enfermagem um todo integrado, com as etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes” (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Acerca das diferentes opiniões quanto ao número de etapas que compreende o Processo de Enfermagem, a etapa relacionada ao levantamento do diagnóstico de enfermagem é referida como distinta entre elas (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

O processo de enfermagem é aplicado no ensino e em instituições de saúde com mais visibilidade nos Estado Unidos (GARCIA; NÓBREGA, 2000), no Brasil esse movimento ganhou forças em 1986, com a aprovação da Lei do Exercício Profissional pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Lei 7.498/86; estabeleceu como função privativa do enfermeiro entre outras, a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (COFEN, 1986).

No estado de São Paulo em 1999, o Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo (COREn-SP), publicou a Decisão COREn-SP/DIR/008/1999, que normatizava a implementação da sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde no estado de São Paulo, instituía como atividade privativa do enfermeiro a implementação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, além de tornar obrigatória a implementação da SAE em toda instituição de saúde (COREn-SP, 1999).

Em âmbito nacional apenas em 2002 o COFEN normatizou a SAE por meio da Resolução nº 272/2002 (COFEN, 2002), que foi atualmente revogada pela

Resolução 358/2009. Esta última traz de forma mais abrangente os locais onde a SAE deve ser implantada abrangendo as instituições de saúde e todos os locais onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem como escolas e fábricas (COFEN, 2009). As etapas do processo de enfermagem também foram reorganizadas, passando de histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução para coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009). Nota-se que esta nova apresentação das etapas já era trabalhada por alguns autores como Alfaro-Lefevre (2005).

Portanto de acordo com a Resolução nº 358 (COFEN, 2009), o PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, devendo ser embasado por uma teoria e registrado formalmente; e cada etapa do processo de enfermagem apresenta a seguinte definição:

- ❖ *Coleta de Dados*: também chamado de *Histórico de Enfermagem*; é um processo realizado por meio de métodos e técnicas diferentes para a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e também obtenção de respostas quanto ao processo saúde-doença.
- ❖ *Diagnóstico de Enfermagem*: interpretação e agrupamento dos dados coletados, que resultam na tomada de decisão a cerca dos conceitos diagnósticos que representam as respostas ao processo saúde e doença da pessoa, família e coletividade; constituindo da base para a determinação das intervenções de enfermagem.
- ❖ *Planejamento de Enfermagem*: é a determinação dos resultados que se espera alcançar e das intervenções de enfermagem que serão realizadas.
- ❖ *Implementação*: é a realização das intervenções determinadas na etapa anterior.
- ❖ *Avaliação de Enfermagem*: processo de identificação de alterações nas respostas da pessoa, família ou coletividade, a fim de determinar se as intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de identificação da necessidade de mudanças ou adaptações em alguma ou algumas das etapas do Processo de Enfermagem.

Observa-se uma maior preocupação dos enfermeiros com o processo de enfermagem, seja por acreditarem na proposta de utilizá-lo como método de elevar o reconhecimento profissional, ou seja pelo fato de cumprir exigências. O que de fato

nota-se é o aumento das publicações a respeito da experiência de implantação da metodologia em instituições de saúde (GARCIA; NÓBREGA, 2000; ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Sperandio e Évora (2008) ressaltam que “a elaboração da sistematização da assistência de enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar a sua prática profissional.” A utilização do processo de enfermagem não é somente “*um modo de fazer*”, mas também “um modo de pensar a prática assistencial” (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

4.2. Validação de Diagnósticos de Enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem vem sendo considerado como uma fonte de empoderamento da enfermagem acerca do conhecimento científico, tornando-se base para o planejamento do plano assistencial (JESUS, 1995). A importância dos diagnósticos de enfermagem envolve a possibilidade de exercício de raciocínio clínico e crítico, a qualificação da assistência de enfermagem, a melhora da segurança do paciente através de documentação efetiva das ações de enfermagem e utilização de linguagem padronizada (NANDA-I, 2010; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

A universalização da linguagem de enfermagem mobiliza enfermeiras de todo o mundo, bem como a preocupação das evidências de tais diagnósticos para que possam ser incorporados a prática de enfermagem como um instrumento de suporte a profissão (JOHNSON et al., 2008; CHAVES, 2008; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000). Para tanto, os julgamentos dos problemas de saúde devem ser acurados e os componentes dos diagnósticos válidos diante do fenômeno identificado (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Alguns diagnósticos encontrados na NANDA-I, que é um sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem amplamente utilizado na prática de enfermagem, possuem embasamento teórico-conceitual limitados (CHAVES, 2008). Isso reforça a importância de estudos envolvendo a validação de diagnósticos de enfermagem.

As pesquisas envolvendo validação de diagnósticos de enfermagem surgiram na década de 1990, contribuindo para que os enfermeiros utilizem na prática

profissionais diagnósticos com maior propriedade clínica, embasados em evidências científicas que forneçam rigor e autenticidade dos fenômenos da enfermagem através do refinamento de elementos dos mesmos (CARVALHO et al., 2008; CHAVES, 2008).

Validade refere-se a exatidão ou precisão daquilo que se propõe medir, em outras palavras é a avaliação se um determinado instrumento mede exatamente o que pretende medir, contemplando a confiabilidade deste (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validação de diagnósticos de enfermagem é o estabelecimento do grau em que o fenômeno representa a real situação do indivíduo, família ou comunidade (CARVALHO et al., 2008), o que permite legitimar os diagnósticos para cenários clínicos específicos (CHAVES, 2008).

Fehring (1986) reforça a necessidade de validação de diagnósticos de enfermagem, diante da identificação da existência de diagnósticos pouco acurados e sem evidências. Assim identifica a necessidade de padronização dos diagnósticos de enfermagem e para tanto descreve a importância da utilização de métodos de validação específicos para atingir o propósito de validação de diagnósticos (FEHRING, 1986).

Na literatura alguns modelos para validação de diagnósticos de enfermagem são descritos, tais como:

- Modelos de Gordon e Sweeney (1979): que envolvem o método retrospectivo, método clínico e método de validação de diagnóstico diferencial (CHAVES; CARVALHO, ROSSI, 2008; CHAVES, 2008; GARCIA, 1998; FEHRING, 1986).
- Modelos de Fehring (1986, 1987 e 1994): que envolvem os métodos aos quais denominou validação de conteúdo diagnóstico (DCV), validação clínica de diagnóstico (CDV), medidas de correlação etiológica (ECR) e validação diferencial de diagnósticos (DDV) (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; CHAVES, 2008; GARCIA, 1998; FEHRING, 1986, FEHRING, 1987; FEHRING, 1994).
- Modelo de Hoskins (1989): metodologia de validação clínica de diagnósticos de enfermagem composta por três fases: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2002; CHAVES, 2008; GARCIA, 1998; HOSKINS, 1989).

Hoskins (1989) recomenda para a realização da análise de conceito o método de Walker e Avant (1983).

Além desses modelos, estudos de validação de diagnósticos de enfermagem publicados apresentam procedimentos metodológicos e estatísticos para a validação, bem como modelos de Lunney e Catalano (CHAVES, CARVALHO; ROSSI, 2008).

A utilização de métodos padronizados de validação de diagnósticos proporcionará evidências e confiabilidade às classificações de diagnósticos de enfermagem existentes, resultando em uma qualificação das intervenções de enfermagem e embasamento suficiente para a avaliação da prática clínica.

O presente estudo tem como embasamento metodológico o modelo de Hoskins (1989), seguindo a descrição das duas primeiras fases deste modelo: a análise de conceito e a validação por especialistas. Estudos brasileiros com o objetivo de validar os diagnósticos de enfermagem seguiram a padronização metodológica descrita por esta autora (MELO, 2004; CHAVES, 2008).

4.2.1. O Modelo de Validação de Diagnósticos de Enfermagem de Hoskins

Este modelo de validação de diagnóstico de enfermagem proposto por Hoskins (1989) exige um percurso metodológico composto por três etapas distintas que serão apresentadas. A autora as descreve como *fases da metodologia de validação clínica*.

A primeira fase envolve a *Análise de Conceito* que se trata da determinação de atributos característicos dos conceitos. Para esta fase do processo de validação de diagnósticos a autora sugere o método de análise de conceito descrito por Walker e Avant (1983). Hoskins (1989) descreve a necessidade de uma revisão de literatura e construção teórica que fundamentará o processo de pesquisa, o que permitirá o desenvolvimento de um modelo para explicar porque determinadas características são esperadas na ocorrência de um dado fenômeno.

A segunda fase envolve a *Validação por Peritos*, momento em que é necessária a obtenção de concordância de especialistas quanto a lista de características definidoras geradas na etapa anterior, a fim de identificar se esta é completa e representa adequadamente o conceito. Trata-se da busca pela opinião de especialistas no determinado fenômeno que se pretende estudar para determinar o quanto cada característica obtida é importante para o diagnóstico. Nesta etapa a autora sugere o modelo de validação por peritos proposto por Fehring.

A terceira fase envolve a *Validação Clínica*, momento em que as características do fenômeno listadas na análise de conceito e validadas por peritos são identificadas na prática clínica. É necessária observação direta e interação com o paciente por pelo menos duas enfermeiras diagnosticadoras que obterão dados e conclusões independentes. Assim será possível determinar a presença ou ausência das características definidoras de um dado diagnóstico na população estudada, utilizando de análises estatísticas para calcular a porcentagem de concordâncias entre as enfermeiras diagnosticadoras. A autora sugere a padronização de validação clínica proposta por Fehring (HOSKINS, 1989).

4.2.1.1. Análise de Conceito de Walker e Avant

Um conceito é a imagem mental de um determinado fenômeno, uma idéia ou construto sobre algo ou ação. A linguagem (termos ou palavras) é utilizada para expressar o conceito e são úteis para a comunicação entre as pessoas, algumas vezes, esses termos não são conceitos, sendo apenas uma forma de comunicar os conceitos podendo então estar adequados ou inadequados para explicar algo à alguém. Portanto, quando os termos usados para definir um conceito não são adequados, é necessário refinar ou mudar a linguagem conhecida para descrever o conceito (WALKER; AVANT, 2005). Os conceitos descrevem e explicam fenômenos que embasam uma profissão e, portanto devem ser bem desenvolvidos (PETTENGILL, 2003).

A enfermagem vivencia um período de desenvolvimento do conhecimento científico próprio para a sustentação da prática profissional, e a análise de conceito atualmente se faz necessária para que os conceitos empregados sejam bem compreendidos e adaptados à realidade da profissão (PETTENGILL, 2003).

Para o desenvolvimento de análise de conceito, é descrito na literatura técnicas elaborados por diferentes estudiosos, como o modelo proposto por Wilson que serviu de base para o desenvolvimento de outros métodos sendo: os modelos de Walker e Avant (2005), Rodgers (1993), Schwartz-Barcott entre outros. Ainda há o modelo qualitativo de análise de conceito proposto por Morse (1995) (PETTENGILL, 2003).

No Brasil o modelo apresentado por Walker e Avant (2005) é especialmente o mais empregado nos estudos envolvendo análise de conceito (PETTENGILL, 2003).

Identifica-se nas publicações brasileiras o uso deste modelo para a análise dos conceitos de incontinência urinária de esforço (THOMAZINI, 2011), adesão ao tratamento anti-hipertensivo (ARAÚJO; GARCIA, 2006) e fadiga (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

Walker e Avant (2005) desenvolveram uma estratégia com a proposta de examinar a estrutura e função de um conceito, que vem sendo aplicada para analisar os fenômenos de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções) a fim de obter a padronização da linguagem para descrever a prática de enfermagem, bem como, os conceitos dos diagnósticos de enfermagem (MELO, 2004; PILLEGI, 2007; CHAVES, 2008), pois cada conceito possui características definidoras ou atributos que fazem deles únicos diante dos outros e então realmente expressam o fenômeno em questão.

Como proposta para a análise de conceito, Walker e Avant (2005) descrevem um processo de investigação de elementos básicos de um conceito desenvolvido em oito passos: *seleção de um conceito; determinar o propósito da análise de conceito; explorar os usos do conceito; identificar os atributos definidores; desenvolver um caso modelo; desenvolver casos adicionais como caso borderline, caso contrário e caso relacionado; identificar antecedentes e conseqüências; identificar os referentes empíricos*. Embora estes passos existam, as autoras ressaltam a importância da interatividade entre eles.

Para implementar tal processo é necessário uma revisão da literatura a respeito do fenômeno que se pretende analisar a fim de se obter um embasamento teórico que norteará as etapas subseqüentes da análise de conceito (WALKER; AVANT, 2005).

No primeiro passo, *Seleção do Conceito*, as autoras recomendam uma seleção cuidadosa do conceito, que deve refletir a área de interesse do pesquisador e contribuir para o desenvolvimento de conhecimento a respeito do fenômeno de interesse (WALKER; AVANT, 2005).

O segundo passo, *Determinar o Propósito da Análise de Conceito* será focado no porque se está fazendo a análise e guiará a atenção durante o desenvolvimento desta. Pressupõe determinar, portanto, os objetivos da análise de conceito.

O terceiro passo, *Explorar os Usos do Conceito*, tem o objetivo de identificar na literatura científica, em dicionários, enciclopédias, entre outros, com a finalidade de analisar todas as formas de aplicação do conceito e considerar para a análise

tudo o que foi encontrado em todos os aspectos do conceito, independente da área de estudo (tanto aspectos de senso comum e científicos).

O quarto passo, *Identificar os Atributos Definidores*, é considerado pelas autoras do método o coração da análise de conceito. Serão agrupados/listados os atributos frequentemente associados ao conceito e que permitem uma análise ampla do significado do conceito. Tal lista de atributos definidores, também chamados de características definidoras auxiliam a determinar a ocorrência de um fenômeno e a diferenciá-lo de um parecido.

No quinto passo, *Desenvolver um Caso Modelo*, é demonstrado um exemplo do uso do conceito utilizando todos os seus atributos definidores, as autoras afirmam que esta etapa exemplifica o conceito. Poderá ser construído no início da análise, desenvolvido simultaneamente com os atributos ou emergir após a identificação destes. Podem ainda ser exemplos de casos reais, casos encontrados na literatura ou criados pelo pesquisador.

No sexto passo, *Desenvolver Casos Adicionais*, casos similares ou opostos ao caso modelo são desenvolvidos com o propósito de identificar os atributos definidores que melhor definem o conceito. As autoras sugerem para esta fase, o desenvolvimento de caso *boderline* (que apresenta apenas alguns dos atributos do conceito em estudo); caso relacionado (são casos semelhantes ao conceito estudado, mas não contemplam todos os atributos definidores); caso contrário (não apresentam nenhum dos atributos definidores do conceito em estudo; são claros exemplos do que não é o conceito); caso inventado (contém idéias fora da realidade ou experiência das pessoas. Geralmente são relacionados com ficção científica e envolvem os atributos do conceito em estudo) e caso ilegítimo (exemplifica o uso inapropriado ou fora do contexto dos atributos do conceito estudado).

O sétimo passo, *Identificar Antecedentes e Conseqüências* busca a identificação de antecedentes, ou seja, de acontecimentos ou incidentes que devem ser anteriores a ocorrência do conceito; e também de acontecimentos ou incidentes que são resultados da ocorrência do conceito, determinando as conseqüências.

No oitavo e último passo, *Identificar os Referentes Empíricos* identificam-se classes ou categorias de fenômenos reais que pela sua existência ou presença demonstram a ocorrência do conceito; podendo ser idênticos aos atributos definidores. São considerados úteis pelas autoras por fornecerem à prática clínica um fenômeno claro e observável.

4.2.1.2. O Modelo de Validação de Diagnóstico de Fehring

Os diagnósticos de enfermagem que inicialmente compuseram a lista da NANDA-I apresentavam diferentes níveis de validade entre eles, o que poderia resultar na pouca precisão ao se elaborar diagnósticos relevantes para a prática clínica (FEHRING, 1986). A partir da 5ª Conferência Nacional de Classificação esta situação foi identificada e então foi proposto que se desenvolvessem pesquisas que pudessem validar os diagnósticos existentes; porém a elaboração de tais estudos era escassa e não existiam modelos práticos que orientavam e padronizavam a validação (FEHRING, 1986).

Buscando atender a necessidade de se obter diagnósticos válidos em 1986, Fehring apresentou uma proposta de metodologia de validação de diagnósticos de enfermagem para auxiliar pesquisadores de diferentes realidades a conduzir estudos padronizados de validação. Esta metodologia foi baseada nos modelos de Gordon e Sweeney; e recebeu o nome de *O Modelo de Fehring*. Fehring propôs tal modelo inicialmente em 1986, posteriormente apresentou uma revisão deste método em 1987 e depois em 1994, a partir de discussões que emergiram da utilização de seu modelo por pesquisadores (FEHRING, 1986; FEHRING, 1987; FEHRING, 1994).

Para Fehring (1986) um diagnóstico de enfermagem é válido quando apresenta evidência da sua existência na prática na prática clínica, tornando-o capaz de se opor as críticas dos enfermeiros e ser usado com segurança por todos os profissionais de enfermagem.

Este autor apresentou os seguintes modelos para validação de diagnósticos de enfermagem, validação de conteúdo de diagnóstico (Diagnostic Content Validation – DCV), validação clínica de diagnósticos (Clinical Diagnostic Validation – CDV), avaliações de correlações etiológicas (Etiological Correlation Ratings – ECR) e validação diferencial de diagnóstico (Differential Diagnostic Validity – DDV).

O modelo de *Validação de Conteúdo de Diagnóstico* consiste na obtenção da opinião de peritos quanto ao grau em que cada característica definidora é indicativa de um determinado diagnóstico (FEHRING, 1987). Antes da implementação deste método, o autor enfatiza a necessidade de se realizar uma revisão da literatura para embasar teoricamente o diagnóstico e as características definidoras, sendo possível encontrar características definidoras adicionais para compor o diagnóstico e,

portanto serem também validadas. Após a revisão da literatura devem ser construídas para cada característica definidora definições operacionais que conduzirão a opinião e avaliação dos peritos, pois proporcionam uma padronização e fortalecimento das evidências (FEHRING, 1987; FEHRING, 1994).

Obtida a revisão de literatura e a construção de definições operacionais das características definidoras, inicia-se a segunda etapa que é a obtenção da avaliação de especialistas de cada característica definidora do diagnóstico que está sendo estudado. Após a avaliação, os especialistas deverão pontuar cada característica de acordo com uma escala de cinco pontos (Likert), onde: 1 = a característica não é indicativa do diagnóstico; 2 = a característica é muito pouco indicativa do diagnóstico; 3 = a característica é de algum modo indicativa do diagnóstico; 4 = a característica é significativamente indicativa do diagnóstico e 5 = a característica é muitíssimo indicativa do diagnóstico. Para cada pontuação avaliada pelos peritos, atribuem-se pesos a serem calculados. Os pesos são os seguintes: 1 = 0; 2 = 0.25; 3 = 0.50; 4 = 0,75 e 5 = 1 (FEHRING, 1987).

No próximo momento, calcula-se a média ponderada de cada característica definidora, obtendo-se uma classificação conforme o seu score. As características que receberam um score entre 0.79 e 0.50 devem ser consideradas a necessidade de novos estudos envolvendo-as; as características que apresentaram um score acima de 0.80 são consideradas validadas e, portanto deverão ser incluídas para a próxima etapa que é da obtenção do score total do diagnóstico, ou seja, o score total da DCV. Nesta última etapa o autor propõe a somatória de todas as médias ponderadas de cada característica definidora incluída na validação; e divisão pelo número total de características (FEHRING, 1987).

A análise dos scores obtidos da avaliação dos peritos para cada item é identificada na literatura de forma controversa, pois na primeira publicação de Fehring (1986), o autor descreve que os itens que receberem um score maior do que 0.75 seriam consideradas características críticas do DE em estudo enquanto que os itens com score inferior a 0.50 deveriam ser descartadas.

No próximo trabalho do autor publicado em 1987, Fehring apresenta alterações em seu modelo de validação de DE. Com relação aos resultados da análise dos itens validados descreve uma classificação para as características definidoras sendo que as características que obtiverem um score entre 0.50 e 0.79 devem ser consideradas “características menores” necessitando de novos estudos,

enquanto que as características definidoras que receberem um escore igual ou maior que 0,80 são “características maiores”. Aquelas características que obtiverem pontuação menor a 0.50 devem ser descartadas (FEHRING, 1987).

Entre os estudos brasileiros sobre validação de DE, identifica-se a análise dos escores obtidos a partir da avaliação dos peritos conforme apresenta Fehring (1987) (MELO, 2004; GALDEANO, 2007; CHAVES, 2008). No trabalho de Chaves (2008) denominou-se “evidências principais” para as características que receberam escore igual ou maior que 0.80 e “evidências secundárias” para aquelas cujos valores ficaram entre 0.79 e 0.50 (CHAVES, 2008).

Uma grande dificuldade para a aplicação da DCV é a obtenção de enfermeiros que são peritos no diagnóstico estudado, por isso Fehring (1994) determina um sistema de avaliação para a identificação dos *experts*, que determina para cada enfermeiro uma pontuação. Para ser considerado perito o enfermeiro deverá obter um escore de no mínimo 5 pontos, sendo que 4 deles seja derivado da titulação de mestre em enfermagem. Esse sistema de identificação de peritos está apresentado no Quadro 1.

Crítérios	Pontos
Titulação de Mestre em Enfermagem	4
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação com conteúdo relevante direcionado ao diagnóstico em estudo	1
Publicações de pesquisas sobre o diagnóstico em estudo ou conteúdo relevante	2
Publicações de artigos sobre o diagnóstico em periódicos de referência	2
Tese de doutorado sobre o diagnóstico em estudo	2
Experiência clínica de pelo menos 1 ano na área do diagnóstico em estudo	1
Certificado de prática clínica relevante à área para o diagnóstico em estudo	2

Fonte: Fehring, J. R. The Fehring Model. In: Carrol-Johnson, P. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association. Philadelphia: Lippincott, 1994, p.59.

Quadro 1. Sistema de identificação de peritos estabelecidos por Fehring (1994)

Fehring (1994) acredita que quanto maior a pontuação, maior será a força de evidência da *expertise*.

O modelo de *Validação Clínica de Diagnóstico* baseia-se na obtenção de evidência a partir da existência de um dado diagnóstico no cenário clínico real. Para a identificação das características definidoras na prática, Fehring (1987) propõe que dois enfermeiros façam as observações e avaliações destas características, ou então, que as características sejam obtidas a partir de relatos dos próprios pacientes que apresentem o diagnóstico em estudo, especificamente diagnósticos que envolvam características definidoras de cunho afetivo ou cognitivo. E dependendo do tipo de diagnóstico que se pretende validar podem ser usadas ambas as estratégias.

Os passos para a utilização do modelo de observações diretas das características são: dois enfermeiros clínicos avaliam cada um o mesmo número de pacientes com o dado diagnóstico, observando a presença ou ausência de cada característica definidora que também deverá possuir definições operacionais pré-estabelecidas; a partir disso, calcula-se o coeficiente de fidedignidade de diagnóstico para cada uma dessas características. Fehring (1986) padronizou uma fórmula para a obtenção de tal coeficiente.

Os passos do modelo de CDV que tem a pesquisa focada no relato do paciente são: a obtenção de uma amostra de pacientes com o diagnóstico em estudo confirmado também por um enfermeiro perito; apresentar ao paciente uma lista de características definidoras com suas respectivas definições operacionais e solicitar que o paciente pontue através de uma escala tipo Likert o quanto cada característica representa o seu sentimento ou comportamento. Em seguida são calculados os escores das características definidoras da mesma maneira estabelecida no modelo de validação de conteúdo de diagnóstico (FEHRING, 1987).

O modelo de *Correlação Etiológica de Diagnóstico* propõe a avaliação da capacidade de um fator etiológico para predizer a ocorrência de um diagnóstico de enfermagem; permitindo quantificar e mensurar os diagnósticos e os fatores relacionados ou fatores de risco. O escore é obtido através de correlação estatística entre o diagnóstico e as causas (FERING, 1994). Tal modelo não é bem descrito nas publicações do autor.

O modelo de *Validação Diferencial de Diagnóstico* propõe validar diferenças entre dois diagnósticos relacionados ou diferenciar níveis de ocorrência de um dado

diagnóstico. Ambos obtidos a partir da opinião de especialistas ou através da estratégia focada no paciente (FEHRING, 1987).

Os modelos de validação diagnósticos de enfermagem propostos por Fehring, são os mais utilizados pelos pesquisadores brasileiros, sendo identificado em estudo de Chaves, Carvalho e Rossi (2008).

Para o desenvolvimento da validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada o modelo de validação de conteúdo diagnóstico apresentado por Fehring (1986; 1987; 1994) foi adotado e adaptado também para a validação do enunciado diagnóstico, definição do diagnóstico e fatores relacionados.

5. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Este trabalho compreendem aspectos da pesquisas metodológicas, com abordagem quantitativa, neste tipo de estudo faz-se uma investigação acerca de métodos para a obtenção, organização e análise dos dados através da elaboração e validação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT; HUNGLER, 1995). Com este tipo de trabalho é possível elaborar instrumentos confiáveis possíveis de serem utilizados em outros estudos (POLIT; HUNGLER, 1995).

Buscando contemplar os objetivos propostos, este estudo será desenvolvido em três etapas, descritas a seguir.

5.1. Primeira Etapa - Revisão Bibliográfica

Para desenvolver estudos de validação de diagnósticos de enfermagem Fehring (1986), Hoskins (1989) e Walker e Avant (2005) atribuem como estratégia inicial e fundamental para o embasamento teórico da pesquisa, a realização de uma ampla revisão bibliográfica sobre o fenômeno que se pretende analisar.

Esta etapa consiste na construção da estrutura teórica deste estudo, permitindo o desenvolvimento do conhecimento sobre o conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada. Para tanto, utilizou-se uma revisão de literatura.

A revisão de literatura tem o objetivo de reunir, descrever e discutir o conhecimento existente sobre um determinado assunto sob o ponto de vista teórico ou contextual, contribuindo para a fundamentação de estudos significativos na área de enfermagem (ROTHER, 2007; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A busca dos artigos para compor a revisão se fez através da internet para acessar as seguintes bases de dados eletrônicas:

- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) – trata-se de uma base de dados que abrange um grande número de publicações na área de enfermagem e ciências da saúde. É acessada através Portal Brasileiro da Informação Científica CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo site (www.periodicos.capes.gov.br) disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=ip,uid&profile=ehost&defaultdb=c8h>.
- Biblioteca Cochrane (The Cochrane Library) - trata-se de uma completa base de dados de 81 grupos diferentes (Colaboração Cochrane) envolvendo revisões sistemáticas e ensaios clínicos para embasar a prática baseada em evidências.

Neste estudo foi acessada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org>.

- LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) - é um índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde dos países latino americanos. É um produto cooperativo da Rede BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Disponível em: <http://lilacs.bvsalud.org>.

- PubMed é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine e National Institutes of Health e que contém referências bibliográficas e resumos que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Para o levantamento dos estudos, em um primeiro momento, foi necessário identificar as palavras chaves adequadas. A partir da seleção das palavras chaves, foi necessário identificar se estas eram descritores controlados de acordo com a indexação de cada base específica.

Segundo Lopes, (2009) os descritores são palavras chave utilizadas pelas bases de dados para indexar artigos tornando-os reconhecidos por essas bases como um termo que já existe em uma lista interna de descritores, sendo conhecidos pelo termo como “descritores controlados”; quando a palavra chave não faz parte da lista de descritores, estes são chamados de “descritores não controlados”. Desta forma a busca pelos descritores é considerada mais adequada e fidedigna ao tema estudado, já que utiliza uma terminologia nacionalmente e internacionalmente padronizada (SILVEIRA, 2005).

A busca pelos descritores ocorreu nas principais bases de dados de vocabulários, sendo no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), criado em 1986, que é trilingue (português, espanhol e inglês) e disponível no portal da BVS; e também no MeSH (Medical Subject Headings) criado em 1963, disponível em inglês e na PubMed.

Os descritores controlados e não-controlados utilizados em português (utilizados na LILACS) e em inglês (para as demais bases de dados) foram: *análise de conceito; recuperação; período pós-operatório, enfermagem perioperatória, processo de recuperação, reabilitação, recuperação da função fisiológica, convalescência, recovery, perioperative nursing, postoperative period, concept*

analysis, recovery of function, recovery postoperative, convalescence, rehabilitation, postoperative complications, recovery process.

Os operadores booleanos ou lógicos ou de pesquisa são representados por AND, OR e AND NOT. Estes termos permitem realizar combinações dos descritores utilizados na localização dos artigos. Utiliza-se o AND e OR para proporcionar a busca ampla e significativa. O operador de pesquisa AND foi usado para relacionar descritores significativos e o operador OR foi usado para somar descritores significativos.

Para a busca dos estudos realizou-se cruzamentos entre os descritores e operadores booleanos, quando um cruzamento resultava em uma quantidade superior a 300 estudos uma nova busca foi realizada. Quando resultava em um número em torno de 300 artigos, os resumos destes eram lidos a fim de selecionar artigos elegíveis para a análise de conceito.

Os critérios para a inclusão dos estudos para o desenvolvimento da revisão foram:

- artigos que abordavam situações relacionadas à recuperação cirúrgica retardada;
- artigos publicados em um período 2006 a 2010; a fim de atender a recomendação da NANDA-I para o levantamento bibliográfico para a revisão de diagnósticos de enfermagem.

Para buscar os artigos em cada base de dados os eixos norteadores foram a utilização de descritores e os critérios de inclusão. Foram também realizados cruzamentos entre os descritores.

A partir da análise dos objetivos e resumos de cada um, a consulta à CINAHL resultou em 16 artigos, na Cochrane foram encontrados 13 estudos, na LILACS 6 estudos e na PUBMED foram encontrados 60 estudos, totalizando 95 artigos para conduzir a análise de conceito que compõe a próxima etapa deste estudo.

Estes artigos foram acessados na íntegra através da disponibilidade dos mesmos em cada base de dados e quando não estavam disponíveis online, tais publicações foram localizadas através do acesso ao portal de periódicos da CAPES, disponível em: www.periodicos.capes.br via biblioteca comunitária da UFSCar e pelo Serviço de Comutação Bibliográfica (COMUT) da UFSCar.

Após a leitura e análise dos artigos na íntegra, 57 estudos foram selecionados como elegíveis para conduzir a próxima etapa do presente estudo, a análise de

conceito. Estes estudos estão apresentados quanto ao ano de publicação, aos seus autores, título, periódico publicado e delineamento de pesquisa no APÊNDICE A.

5.2. Segunda Etapa- Análise de Conceito

Hoskins (1989), sugere para esta etapa o método de análise de conceito desenvolvido por Walker e Avant (1983). Para o presente estudo o método seguido será o proposto por estas autoras em sua publicação mais recente (WALKER; AVANT, 2005). Nela é descrito um processo de investigação de elementos básicos de um conceito desenvolvido em oito passos: *seleção de um conceito; determinar o propósito da análise de conceito; explorar os usos do conceito; identificar os atributos definidores; desenvolver um caso modelo; desenvolver casos adicionais como caso borderline, caso contrário e caso relacionado; identificar antecedentes e conseqüências; identificar os referentes empíricos.*

Embora esses passos existam durante a construção da análise de conceito uma permanente interatividade ocorre entre eles. Buscando uma ampla compreensão do desenvolvimento desta investigação os oito passos serão apresentados a seguir.

5.2.1. Seleção do conceito

Conforme previamente apresentado, o conceito selecionado para esta análise foi a Recuperação Cirúrgica Retardada.

Um conceito, mesmo que conhecido, corre o risco de ser usado sem reflexão adequada, ou então, diferentes disciplinas podem atribuir diferentes significados para o mesmo conceito (ALLVIN et al., 2007). Isto pode ser identificado ao se utilizar o conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada, pois uma certa dificuldade foi sentida em identificar uma padronização de sua definição.

5.2.2. Determinar o propósito da análise de conceito

O Diagnóstico de Enfermagem *Recuperação Cirúrgica Retardada* é um diagnóstico que compõe a taxonomia da NANDA-I e a CIPE 2.0 e é definido por esta

primeira classificação 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”; está inserido no Domínio 4 *Atividade/Repouso* e na classe 2 *Atividade/Exercício*. Esse diagnóstico passou por revisão em 1998 e 2006; apesar da última revisão ser relativamente recente, também nota-se que recebe um nível de evidência de 2.1; o que lhe garante um nível adequado de confiabilidade; porém em nossa prática clínica identificamos dúvidas para elaborá-lo precisamente, tanto relativas aos fatores relacionados como às características definidoras.

Segundo Carpenito-Moyet (2009) o diagnóstico de Recuperação Cirúrgica Retardada necessita ser melhor desenvolvido, pois para esta autora este diagnóstico apresenta fatores relacionados semelhantes às características definidoras justificando a dificuldade em utilizá-lo precisamente na prática clínica.

De acordo com a CIPE 1.0 (2005) Recuperação Cirúrgica está inserida no eixo Foco a definição do termo Recuperação é apresentada como sendo um “*status*” com características específicas: readquirir força, restabelecer a saúde, condição normal ou modo de vida”. O título diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada é encontrado na CIPE 2.0 disponível online, porém não é apresentada uma definição para esse julgamento em específico.

Diante desses esclarecimentos a respeito do Diagnóstico de Enfermagem *Recuperação Cirúrgica Retardada*, identificou-se a necessidade de realizar uma análise do conceito Recuperação Cirúrgica Retardada, a fim de identificar se de fato há adequações a serem realizadas em seus componentes ou se da forma como se apresenta é capaz de representar adequadamente o conceito em toda a sua proporção.

Os fenômenos clínicos que compõem o campo de atuação da enfermagem são conceitos específicos da enfermagem e são denominados de rótulos diagnósticos (BRAGA; CRUZ, 2005). Devido à amplitude e a importância destes rótulos no âmbito do cuidar; eles precisam ser sistematicamente avaliados, analisados e divulgados para que todos os profissionais da área de enfermagem tenham conhecimento suficiente acerca dos seus próprios fenômenos.

Os sistemas de classificação, apesar de amplamente difundidos no mundo todo e incorporado pelos enfermeiros no âmbito do ensino, pesquisa e assistência, encontram-se em estágios iniciais de seu desenvolvimento, principalmente no que se refere a clareza dos conceitos de cada diagnóstico (BRAGA; CRUZ, 2005).

Talvez isso se deva à maneira de como as taxonomias foram desenvolvidas, mas especificamente a taxonomia da NANDA-I, pois, Fehring (1986) descreve que a lista de diagnósticos foi desenvolvida durante as conferências da área, onde pequenos grupos trabalhavam nos diagnósticos baseados no interesse e expertise de cada um. Diante disso, percebe-se a necessidade de conceituar os fenômenos de enfermagem, visto que o real significado do diagnóstico de enfermagem é um conceito que reflete um fenômeno (BRAGA; CRUZ, 2005).

5.2.3. Explorar os usos do conceito

A partir da análise de todos os artigos elegidos para o estudo extraiu-se informações a respeito da exploração do conceito de *Recuperação Cirúrgica Retardada* de acordo com as disciplinas, e categorias profissionais que o abordaram.

Neste momento também identificou-se o uso do conceito através de dicionários, livros texto de cirurgia e através dos vocabulários em saúde – DeCS e MeSH.

5.2.4. Identificar os atributos definidores

Realizou-se leitura na íntegra dos artigos elegidos para a condução da análise de conceito e então estes foram refinados, tomando como base os objetivos e resultados encontrados em cada estudo. Quando eram identificadas nos resultados do estudo atributos definidores que frequentemente são encontrados em casos de *Recuperação Cirúrgica Retardada* este artigo era inserido nesta categoria, embasando teoricamente os atributos definidores deste conceito.

5.2.5. Desenvolver um caso modelo

Um caso modelo foi desenvolvido utilizando os atributos definidores previamente identificados, a fim de exemplificar o uso do conceito estudado.

5.2.6. Desenvolver casos adicionais

Buscando uma melhor compreensão do conceito, foi desenvolvido um caso adicional. Por se tratar da análise de um conceito concreto, o desenvolvimento apenas do caso contrário foi considerado suficiente para identificar exatamente quais atributos definidores melhor representam este conceito.

5.2.7. Identificar antecedentes e conseqüências

Com base nos objetivos e resultados de cada um dos artigos elegidos, foram identificados os antecedentes e conseqüências de Recuperação Cirúrgica Retardada.

5.2.8. Identificar os referentes empíricos

Na etapa final da análise de conceito na qual referentes empíricos foram identificados para os atributos definidores, a partir da análise dos artigos incluídos para este estudo. Em alguns casos os atributos definidores serão idênticos aos referentes empíricos (WALKER; AVANT, 2005).

5.3. Terceira Etapa: Validação de Conteúdo Diagnóstico

A validação de conteúdo do DE Recuperação Cirúrgica Retardada foi realizada seguindo o modelo de validação de conteúdo diagnóstico proposto por Fehring (1986; 1987;1994). Houve a necessidade de adaptação desse modelo, uma vez que o seu autor o descreve apenas para validação de características definidoras de DE, porém neste trabalho o título, enunciado diagnóstico e fatores relacionados também passaram por esse processo.

Ressalta-se que através de contato via e-mail da orientadora deste estudo com Fehring, autor do modelo de validação de conteúdo diagnóstico utilizado neste estudo, obteve-se o aval do referido autor para o uso de adaptações de seu modelo, sendo necessárias apenas as citações devidas de seus estudos.

5.3.1. Seleção dos peritos

Para identificação dos potenciais enfermeiros peritos, foi realizada uma busca nas publicações brasileiras sobre diagnósticos de enfermagem e enfermagem cirúrgica e na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>. Também foi utilizada uma estratégia para identificação de peritos a partir da indicação de sujeitos que já estavam participando do estudo. Esta estratégia de amostragem é caracterizada na literatura como “Bola de Neve” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os critérios de Fehring (1994) propostos para a seleção de peritos e apresentados anteriormente, foram adaptados para atender os objetivos deste estudo e são apresentados no Quadro 2.

Crítérios	Pontos
Titulação de Mestre em Enfermagem	4
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação com conteúdo relevante sobre enfermagem médico-cirúrgica	1
Publicações de pesquisas sobre o diagnóstico de Recuperação Cirúrgica Retardada, enfermagem médico cirúrgica ou diagnósticos de enfermagem	2
Publicações de artigos sobre o diagnóstico de Recuperação Cirúrgica Retardada, enfermagem médico cirúrgica ou diagnósticos de enfermagem	2
Tese de doutorado sobre o diagnóstico de Recuperação Cirúrgica Retardada, enfermagem médico cirúrgica ou diagnósticos de enfermagem	2
Experiência clínica de pelo menos 1 ano na área de enfermagem médico-cirúrgica	1
Certificado de prática clínica relevante na área de enfermagem médico-cirúrgica	2

Fonte: Fehring, J. R. The Fehring Model. In: Carrol-Johnson, P. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association. Philadelphia: Lippincott, 1994, p.59.

Quadro 2. Critérios para seleção de peritos para validação do Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada, adaptado de Fehring (1994).

Os enfermeiros que contemplavam uma pontuação igual ou superior a 5 pontos foram incluídos no estudo.

A partir da identificação dos potenciais peritos pelo Currículo Lattes, criou-se um banco de dados sobre os peritos, no qual constava o nome completo do potencial perito, titulação, local de trabalho e atuação, endereço eletrônico, data de envio do instrumento de coleta de dados e data de retorno deste. Os endereços eletrônicos foram identificados através de publicações dos referidos sujeitos obtidos através da base de dados online SciELO (Scientific Electronic Library Online) acessado pelo endereço eletrônico <http://www.scielo.org/php/index.php>.

Após levantamento do endereço eletrônico dos potenciais peritos o primeiro contato com os mesmos foi efetuado através do envio de um e-mail com a identificação da pesquisadora e da orientadora deste estudo, dos objetivos da pesquisa, convite para participar do estudo e esclarecimentos acerca da participação no estudo (APÊNDICE B).

Em caso afirmativo pelos sujeitos para a participação, os instrumentos de coleta de dados eram enviados (Instrumento de Caracterização de Peritos, Orientações para o Preenchimento do Instrumento de Validação de Diagnóstico de Enfermagem e Instrumento de Validação do Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada) (APÊNDICES C, D e E), ainda era solicitada ao perito a indicação de um nome de pesquisador que atendesse aos critérios para participação do estudo e seu respectivo contato eletrônico.

Solicitou-se aos peritos um endereço para o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) via correios. O TCLE foi enviado aos pesquisadores em duas vias, juntamente com um envelope selado para que o mesmo assinasse o TCLE e reenviasse a pesquisadora deste estudo uma via do termo sem nenhum custo. Em algumas situações, o perito solicitou o envio do instrumento de validação do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada via correios, nestas situações os mesmos trâmites realizados com o TCLE também ocorreram quanto ao instrumento.

Quando o perito solicitou o envio do TCLE via e-mail para que este devolvesse o termo com a assinatura digitalizada, tal solicitação também foi atendida.

Foram enviados 102 convites aos pesquisadores para participarem da pesquisa, destes, 45 enfermeiros aceitaram participar e responderam aos instrumentos enviados dentro do prazo estabelecido (período médio de 1 mês).

Ao final do estudo, foi enviado pela pesquisadora a todos os peritos que aceitaram participar da pesquisa uma declaração de participação na pesquisa de validação como perito em pesquisa realizada pelo grupo de pesquisa em Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação (SAESC), do qual a pesquisadora é membro. Tal declaração foi assinada pela líder do grupo de pesquisa, que também é a orientadora deste estudo.

5.3.2. Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi elaborado após o término da análise de conceito, que possibilitou a análise do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada e a elaboração de sugestões para alteração na redação do enunciado diagnóstico, definição do diagnóstico, a identificação de possíveis características definidoras que ainda não são apresentadas pela NANDA-I (2010), sugestões para alterações da redação de características definidoras e a identificação de possíveis fatores relacionados que também não são apresentados pela NANDA-I (2010) até o momento.

A análise de conceito ofereceu base para a elaboração do instrumento utilizado para a validação do DE Recuperação Cirúrgica Retardada por proporcionar uma estrutura teórica sobre este fenômeno.

O instrumento elaborado foi composto por uma apresentação e orientação sobre o estudo para que pudessem ser esclarecidas possíveis dúvidas acerca dos conceitos propostos (APÊNDICE C), por dados para a caracterização e identificação dos peritos com questões referentes à experiência profissional, uso de diagnóstico de enfermagem e atuação em enfermagem cirúrgica, entre outros dados (APÊNDICE D) e o instrumento de validação de diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada propriamente dito (APÊNDICE E).

No instrumento de coleta de dados empregado para validação do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada (APÊNDICE E) havia um espaço para comentários caso o perito sentisse a necessidade de acrescentar contribuições para o estudo e até mesmo justificar-se quando não concordasse com a proposta.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram enviados para análise de três enfermeiras docentes em enfermagem, sendo uma doutora em enfermagem e duas doutorandas em enfermagem. Esta etapa teve como objetivo identificar a clareza, representatividade e abrangência dos itens que compuseram o instrumento de coleta de dados, a fim de identificar se o instrumento realmente avalia o que se pretende avaliar.

As enfermeiras avaliadoras receberam o instrumento pelo endereço eletrônico juntamente com uma carta para auxiliar na avaliação do instrumento (APÊNDICE G). Na carta de orientações foram construídos questionamentos sobre a organização, clareza e objetividade do instrumento, possibilidade de alcance dos objetivos do estudo e abertura para sugestões.

Os três avaliadores identificaram que o instrumento foi redigido de forma organizada, clara e que atendiam aos objetivos propostos no estudo. Solicitaram alterações na redação em alguns itens da caracterização de peritos de modo a ficar de mais fácil compreensão pelo perito.

Um dos avaliadores solicitou o acréscimo de uma justificativa para a proposta de alteração da redação do conceito diagnóstico no instrumento de validação; propôs também alterações na redação da carta de orientações para os peritos acerca da forma de envio do TCLE e acréscimo de algumas orientações para preenchimento do instrumento de validação com o objetivo de refinar a clareza do instrumento.

Foi apontada por outro avaliador a necessidade de incluir características definidoras fictícias como recomendado por Fehring (1987) e também considerações quanto a orientações para o preenchimento do instrumento de validação.

A pesquisadora e orientadora deste estudo reuniram-se para analisar as orientações apresentadas pelos avaliadores. As orientações sugeridas foram parcialmente acatadas para este estudo e modificações no instrumento foram realizadas. Apenas o acréscimo de características definidoras fictícias ao instrumento de validação de diagnósticos não foi acatada, pois a inclusão de mais características definidoras poderia aumentar o tamanho do instrumento tornando-se assim um limitador para a participação do perito neste estudo; no trabalho de Fehring (1987) a inclusão de características definidoras fictícias são apresentadas pelo autor como uma sugestão, não como um critério do método ficando, portanto a cargo do pesquisador incluí-las ou não.

5.3.3. Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sob o protocolo de N° 104/2011 (ANEXO A). Foram observadas todas as recomendações contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no desenvolvimento do estudo e na confecção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) que foi assinado pelos sujeitos que concordaram a participar do mesmo.

5.3.4. Análise dos Dados

Os dados coletados foram organizados em tabelas e quadros construídos com os recursos dos programas Microsoft Office Word e Excel 2007.

Os dados foram analisados conforme proposto por Fehring (1987), já descritos inicialmente, a partir dos escores atribuídos pelos peritos para os elementos do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada atuais e propostos nesta pesquisa.

Foi realizada dupla digitação dos escores na tabela elaborada no Excel 2007 pela pesquisadora e por uma enfermeira assistencial, a fim de reduzir riscos de erros decorrentes da digitação, e então comparados para obter a tabela final com as médias ponderadas dos escores obtidos.

Como o instrumento de coleta de dados possuía um espaço para possíveis comentários e sugestões dos peritos, uma análise qualitativa destes também foi feita, a fim de refinar a análise realizada pelos enfermeiros peritos.

Com relação aos escores atribuídos para cada item considerou-se validado os itens que receberam uma pontuação igual ou maior que 0,80, os itens que receberam uma pontuação entre 0.50 e 0.79 não foram considerados validados e, portanto requerem novos estudos envolvendo-os e para os itens que obtiveram escores inferior a 0,50 foram descartados.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir estão apresentados os resultados das etapas percorridas para a validação do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.

6.1. Análise de Conceito

As fases iniciais da análise de conceito, ou seja, seleção do conceito e determinação dos propósitos do conceito foram apresentadas no capítulo anterior. Portanto, apresentam-se os resultados das demais fases a seguir.

6.1.1. Explorar os usos do conceito

Entre os estudos analisados, o conceito Recuperação Cirúrgica Retardada, foi utilizado em sua maior proporção pela medicina, seguido da enfermagem e em uma quantidade pouco expressiva também se identificou sua abordagem em disciplinas como psicologia, serviço social, fonoaudiologia, nutrição e fisioterapia.

A medicina explora amplamente aspectos do conceito relacionados a identificação de fatores de risco e preditores para recuperação pós-operatória retardada, desenvolvimento e validação de instrumentos que avaliam a recuperação cirúrgica, impacto de comprometimento da recuperação cirúrgica na qualidade de vida e atividades funcionais dos pacientes, bem como o impacto deste evento nos custos hospitalares e para os sistemas de saúde.

Hennessey et al. (2010); Veeravagu et al. (2009); Harbarth et al. (2008); Dunckley, Ellard e Barlow (2007); Theadom e Cropley (2006) realizaram pesquisas que buscaram identificar fatores de risco para recuperação cirúrgica retardada. Pesquisas realizadas por Waisbren et al. (2010), Gonvinda et al. (2010), Sinikallio et al. (2009), Haridas e Malangoni (2008) identificaram os fatores preditivos para o mesmo evento.

Houve necessidade de identificar na literatura as definições acerca de fatores preditivos e fatores de risco, a fim de fundamentar a análise dos estudos citados anteriormente no sentido de estabelecer diferenças entre estes termos e identificar se os fatores de risco e fatores preditivos são utilizados como sinônimos.

O MeSH define fator de risco como:

Aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, exposição ambiental ou características hereditárias ou congênitas que, segundo

evidência epidemiológica, está sabidamente associado a uma condição relacionada com a saúde considerada importante de ser prevenida.

Fatores de risco são definidos pela NANDA-I (2009, p. 72) como “fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade em relação a um evento nem um pouco saudável”.

Os fatores preditivos descrevem situações apresentadas pelo paciente que propiciaram o aparecimento de um determinado evento, por exemplo, uma fratura exposta é um fator preditivo de complicações pós-operatórias; enquanto que o fator de risco descreve as características, os fatores apresentados por um paciente ou população que aumentam a vulnerabilidade no desenvolvimento de um dano a saúde, como por exemplo, o diabetes mellitus é um fator de risco para o desenvolvimento de infecção do sítio cirúrgico (LIMA et al., 2004).

Com relação aos aspectos do conceito Recuperação Cirúrgica Retardada abordados pela medicina, a identificação de fatores de risco e fatores preditivos para identificar comprometimento na recuperação cirúrgica compuseram uma parte significativa dos estudos (47,36%).

ALLVIN et al. (2009), Wong et al. (2009) e Hollenbeck et al. (2008) exploraram o conceito em estudo através dos estudos metodológicos para desenvolvimento e validação de instrumentos para mensuração recuperação pós-operatória.

Entre os estudos que exploraram o impacto da Recuperação Cirúrgica Retardada na qualidade de vida e no desenvolvimento de atividades funcionais encontram-se os desenvolvidos por Eriksen et al. (2008); Barker et al. (2009) e Partanen et al. (2006). Autores como Hennessey et al. (2010); Kaye et al. (2009) e Veeravagu et al. (2009) exploraram em suas pesquisas o impacto deste mesmo fenômeno nos custos hospitalares, tempo de permanência de internação hospitalar e custos para o sistemas de saúde.

Ainda na medicina, aspectos da recuperação cirúrgica são abordados em situações diferentes como: recuperação pós-operatória após cirurgias ambulatoriais ou cirurgias convencionais. As cirurgias ambulatoriais são crescentes nas últimas décadas, bem como, a complexidade dos procedimentos realizados por esta abordagem (BERG et al., 2010; WONG et al., 2009). Esta abordagem cirúrgica é

realizada em pacientes que não estão previamente internados, e após completa recuperação anestésica estes recebem alta hospitalar completando a recuperação cirúrgica no domicílio, o que implica dos profissionais de saúde habilidade suficiente para cuidar de pacientes que não permanecem internados através de planejamento de alta, atividades de educação em saúde voltadas para os cuidados pós-operatórios realizados no domicílio, acompanhamento ambulatorial, avaliação da recuperação através do uso de instrumentos de mensuração da recuperação (BERG et al., 2010).

Entre os estudos realizados por enfermeiros, o conceito foi explorado através das seguintes temáticas: caracterização de perfil da recuperação cirúrgica após diversos tipos de cirurgias, fatores de risco e preditores para o desenvolvimento de Recuperação Cirúrgica Retardada, desenvolvimento de validação de instrumentos para mensuração da recuperação pós-operatória e assistência de enfermagem no período pós-operatório.

Os estudos que caracterizaram o perfil da recuperação cirúrgica exploraram aspectos referentes ao tempo de recuperação, complicações enfrentadas pelos pacientes neste período, resultados cirúrgicos e qualidade da recuperação (ALDRICH et al., 2010; THORDIS; NETE; MERETE, 2010; BARNASON, 2009; GRANT; JOHN; PATTERSON, 2009; KAYE et al., 2009; NEVIUS; D'ARCY, 2008; MENDOZA; PENICHE, 2008; LOPEZ et al., 2006).

Trabalhos desenvolvidos por Thordis, Nete e Merete (2010); Lehwalt, Kingston e O'Connor (2009); Lee e Higgins (2008); Roumbelaki et al. (2008) e Scott e Buckland (2006), exploraram aspectos do conceito Recuperação Cirúrgica Retardada relacionados a suas causas, fatores de risco e preditores deste evento.

Os trabalhos envolvendo assistência de enfermagem no período pós-operatório foram os desenvolvidos por Burger e Fitzpatrick (2009) e Lucas (2008).

Uma abordagem crescente identificada nos estudos na área de enfermagem foram os realizados com base na percepção dos pacientes e dos profissionais de saúde para a identificação do conceito em análise. Entre estes trabalhos encontram-se os de Kan (2009); Dunckley et al. (2008) e Allvin et al. (2008).

Estes estudos possuem considerável relevância para os enfermeiros e demais profissionais da saúde, pois a identificação das dimensões da recuperação que se encontram comprometidos resultam em direcionamento adequado das

intervenções de enfermagem e conseqüentemente melhores resultados pós-operatórios e cirúrgicos (KAN, 2008).

As sub-áreas nas quais a abordagem do conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada concentrou-se estão apresentadas no Quadro 3.

Sub-áreas de abordagem do conceito	Fonte
Cirurgia Cardíaca	ALDRICH et al., 2010; KOBAYASHI et al., 2009; KAN, 2009; LEHWALDT; KINGSTON; O'CONNOR, 2009; DUNCKLEY et al., 2008; GAO et al., 2009; GULLU et al., 2009; BARNASON et al., 2008; SIRVINSKAS et al., 2008; KARLSSON; LIDELL; JOHANSSON, 2008; LOPEZ et al., 2007 RIPAMONTI et al., 2006
Cirurgia Gastrointestinal	ATA et al., 2010; HENNESSEY et al., 2010; GOVINDA et al., 2010; LEHTINEN et al., 2010; SOHN; SINIKALLIO et al., 2009; ERIKSEN et al., 2009; BARKER et al., 2009; STEELE, 2009; HARIDAS; MALANGONI, 2008; NICHOLS; RIEMER, 2008; JENSEN; KEHLET; LUND, 2007; BRENT et al., 2007; WALZ et al., 2006; EKLUND et al., 2006
Cirurgias Ortopédicas	WATANABE et al., 2010; JARVENPÄÄ et al., 2010; LEE; HIGGINS, 2008; GRANT; JOHN, 2009; VEERAVAGU et al., 2009; CELLOCCO et al., 2009; SUZUKI et al., 2009; GUNNE; COHEN, 2009; LUCAS; 2008; HAMEL et al., 2008; FOLDEN; TAPPEN, 2007; BROWNE et al., 2007; BHATTACHARYYA; GERBER, 2008; NISHIMORI et al., 2007; PATEL et al., 2007; PATEL; ALBRIZIO; 2007; PARTANEN et al., 2006

Cirurgias Endócrinas	SLEPAVICIUS et al., 2008
Cirurgias Vasculares	ABBASZADEH et al., 2008
Cirurgias Renais	MITRE et al., 2009
Cirurgias Ginecológicas	CIBULA et al., 2010; PAN; LEE; HARRIS, 2008

Quadro 3. Sub-áreas de abordagem do conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada.

A Recuperação Cirúrgica Retardada é retratada por meio de uma perspectiva holística que envolve o comprometimento de aspectos inter-relacionados do funcionamento físico, psicológico e social de pacientes e seus familiares que vivenciam este momento e tem comprometida, assim, sua recuperação funcional.

Com relação aos aspectos físicos do conceito alguns estudos evidenciam a permanência de manifestações clínicas no período pós-operatório que adquirem um caráter de cronicidade como dor, fadiga, náuseas e vômitos, e também sintomas físicos desagradáveis e desconfortáveis resultantes dos procedimentos cirúrgicos como diarreia, constipação, complicações (como problemas com a cicatrização, cardiovasculares e respiratórios).

O comprometimento físico resultante da Recuperação Cirúrgica Retardada relaciona-se com interferências negativas no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD) e das atividades exercidas habitualmente (como dirigir carros, subir escadas, caminhar sem dificuldades), aumento do tempo para readquirir controle das funções orgânicas (funções urinárias e intestinais, força muscular) necessitando de suporte de outras pessoas, além de interferências no bem estar (BERG et al., 2010; KAN; 2009; ALLVIN et al., 2009; HOLLENBECK et al., 2009; ALLVIN et al., 2008; PETERS et al., 2007; JENSEN; KEHLET; LUND, 2007; HOLLENBECK et al., 2007; LOPEZ et al., 2007) e aumento no tempo de internação hospitalar (ALLVIN et al., 2008; HARIDAS; MALANGONI; 2008 HERRERA; WONG; CHUNG, 2007).

Os aspectos psicológicos envolvidos com a Recuperação Cirúrgica Retardada foram: existência de sentimentos negativos prévios a cirurgia com relação à recuperação pós-operatória como medo, ansiedade e que também permanecem durante todo esse período, interferências quanto ao significado pessoal da vida e situação de saúde, sentimentos depressivos, angustia, pânico, irritabilidade (KAN; 2009; ALLVIN et al., 2009; GRANT; JOHN; PATTERSON, 2009; KARLSSON;

LIDELL; JOHANSSON, 2008; ALLVIN et al., 2008; DUCKLEY et al., 2008; PETERS et al., 2007; LOPEZ et al., 2007).

Problemas encontrados durante o processo de recuperação cirúrgica também geram nos pacientes distúrbios do bem-estar emocional (KARLSSON; LIDELL; JOHANSSON, 2008; ALLVIN et al., 2008).

Allvin et al. (2008) em estudo realizado com pacientes em pós-operatório de cirurgia abdominal e ginecológica visando identificar a experiência destes durante o processo de recuperação cirúrgica, identificaram entre os pacientes que passaram por um período pós-operatório complicado que, com o passar do tempo, a atenção que recebiam de familiares e amigos diminuíram ao ponto de se sentirem abandonados, resultando em sofrimento emocional.

A abordagem do impacto social da Recuperação Cirúrgica Retardada relacionou-se ao comprometimento do desempenho do papel funcional pelos pacientes (no ambiente domiciliar e/ou de trabalho) (KAN, 2009; ALLVIN et al., 2009; ALLVIN et al., 2008; LOPEZ et al., 2007), dificuldades para restabelecer as diferentes atividades sociais habituais fazendo com que o paciente necessite de auxílio para o desempenho destas por um período de tempo prolongado (ALLVIN et al., 2009; GRANT; JOHN; PATTERSON, 2009; ALLVIN et al., 2008; NICHOLS; RIEMER, 2008; HOLLENBECK et al., 2007; LOPEZ et al., 2007), falhas e/ou falta do suporte social sendo este caracterizado por suporte de familiares e amigos, de recursos provenientes de equipes/serviços de reabilitação hospitalar (KAN, 2009; GRANT; JOHN; PATTERSON, 2009; Allvin et al., 2008; DUMCKLEY et al., 2008; NICHOLS; RIEMER, 2008; LOPEZ et al., 2007).

Diante disso, a Recuperação Cirúrgica Retardada é evidenciada quando o paciente se depara com uma dificuldade em retornar às atividades que habitualmente realizava no período anterior a cirurgia, sejam estas atividades desempenhadas em âmbito domiciliar ou ambiente de trabalho desencadeada por limitações físicas, psicológicas ou sociais que surgiram após a intervenção cirúrgica (GRANT; JOHN; PATTERSON, 2009; KAN; 2009; HERRERA; WONG; CHUNG, 2007).

Foi possível identificar entre os estudos analisados que a maioria retrata aspectos físicos da recuperação no período pós-operatório e que há limitado número de estudos envolvendo as questões psicossociais neste período.

6.1.2. Identificar os atributos definidores

A análise dos estudos permitiu identificar os atributos definidores do conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada, conforme apresentado no Quadro 4.

Atributos Definidores	Fonte
Habilidade para caminhar comprometida (necessita do auxílio de outras pessoas, necessita do uso de suporte de bengalas, andadores, cadeiras de rodas por um período prolongado)	Wong et al., 2009; Battacharyya; Berber, 2009; Hoollenbeck et al., 2008; Lucas, 2008; Folden; Tappen, 2007; Peters et al., 2007; Lopez et al., 2007; Partanen et al., 2006.
Necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária.	Järvenpää et al., 2010; Berg et al., 2010; Grant; St John; Patterson, 2009; Wong et al., 2009; Suzuki et al., 2009; Sinikallio et al., 2009; Battacharyya; Berber, 2009; Allvin et al., 2009; Allvin et al., 2008; Hoollenbeck et al., 2008; Hamel et al., 2008; Dunckley et al., 2008; Brent et al., 2007; Peters et al., 2007; Nishimori et al., 2007; Eklund et al., 2006, Partanen et al., 2006.
Dificuldade para desempenhar o autocuidado (vestir-se, tomar banho, deitar-se)	Berg et al., 2010; Allvin et al., 2009; Wong et al., 2009; Grant; St John; Patterson, 2009; Battacharyya; Berber, 2009; Hamel; et al., 2008; Hoollenbeck et al., 2008; Folden; Tappen, 2007; Eklund; et al., 2006; Partanen et al., 2006.
Necessidade de mais tempo para recuperação	Berg et al., 2010; Kan, 2009; Gran; St John; Patterson, 2009; Hoollenbeck et al., 2008; Peters et al., 2007; Eklund et al., 2006.
Dificuldade em reassumir papéis sociais (retornar ao trabalho)	Erikssen, 2009; Wong et al., 2009; Kan, 2009; Allvin et al., 2008; Barnason et al., 2008; Nishimori et al., 2007; Brent et al., 2007; Folden; Tappen, 2007.

Problemas com a cicatrização da ferida operatória	Thomsen; Villebro; Møller, 2010; Waisbren et al., 2010; Watanabe et al., 2010; Battacharyya; Gerber, 2009; Abbaszadeh et al., 2008; Patel et al., 2007; Partanen et al., 2006.
Persistência da dor (resistente a terapia medicamentosa)	Järvenpää et al., 2010; Al Samaraee et al., 2010; Berg et al., 2010; Wong et al., 2009; Hoollenbeck et al., 2008; Allvin et al., 2009; Erikssen, 2009; Allvin et al., 2008; Peters et al., 2007;
Persistência de fadiga	Berg et al., 2010; Allvin et al., 2009; Erikssen, 2009.
Perda de apetite	Allvin et al., 2009; Hoollenbeck et al., 2008.
Sensação de desconforto	Gao et al., 2009
Alterações de eliminação intestinal e urinária	Cibula et al., 2010; Allvin et al., 2009; Hoollenbeck et al., 2008.
Comprometimento cognitivo (esquecimentos, dificuldade de concentração)	Allvin et al., 2009; Dunckley et al., 2008; Hoollenbeck et al., 2008.
Complicações pulmonares e cardiovasculares.	Thomsen; Villebro; Møller, 2010; Lucas, 2008; Patel et al., 2007.
Problemas com sono e repouso (dormir mais que o habitual ou menos)	Berg et al., 2010 Allvin et al., 2009; Lopez et al., 2007.

Quadro 4. Atributos Definidores do Conceito Recuperação Cirúrgica Retardada.

Na literatura, identifica-se que a recuperação pós-operatória está relacionada a uma abordagem multidimensional estabelecida ora em 4 ora em 5 dimensões. No trabalho de Myles et al. (2000) as dimensões envolvidas com a recuperação são: estado emocional (envolvendo sensações de conforto, bem estar, ansiedade, depressão), conforto físico, suporte psicológico, independência de atividades e dor. Allvin et al. (2009) apresentam 4 dimensões da recuperação: fisiológicas, psicológicas, sociais e habituais.

Neste estudo foi possível identificar que os atributos definidores de Recuperação Cirúrgica Retardada também contemplam as dimensões apresentadas na literatura.

Ressalte-se que os atributos definidores possibilitam diferenciar os conceitos habitualmente empregados, porém não imutáveis, ou seja, são diferentes de acordo com o contexto empregado e diante do avanço do conhecimento na área (WALKER: AVANT, 2005).

No presente estudo, os atributos definidores identificados consistem em evidências de retardo na recuperação pós-operatória, considerando-se todas as dimensões apresentadas nos diferentes estudos.

6.1.3. Desenvolver um caso modelo

Foi elaborado um caso modelo fictício que traz todos os atributos definidores identificados.

CASO MODELO

Paciente do sexo masculino, 58 anos, encontra-se no 18º dia de pós-operatório de colecistectomia. Tem histórico de Diabetes Mellitus insulino dependente, Insuficiência cardíaca e de tabagismo durante 25 anos, dos 18 aos 43 anos. Esteve internado por 10 dias após a cirurgia para tratamento de pneumonia que adquiriu após o procedimento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar há 2 dias. Reside com sua esposa, é empresário (dono de duas padarias). Apresenta na ferida operatória hiperemia moderada, secreção amarelada fétida em média quantidade e deiscência em dois pontos de sutura. Necessita do auxílio de sua esposa para deambular, desempenho de atividades como: tomar banho, vestir-se, sentar-se e para todas as atividades que desempenhava antes da cirurgia. Atribui essas dificuldades à dor e ao cansaço que sente constantemente e que não aliviam com o uso de medicamentos prescritos. Ainda apresenta queixas de dificuldade para dormir, desconforto e que há aproximadamente 10 dias não apresenta evacuação. A esposa queixa-se que o marido encontra-se muito irritado, com dificuldades de concentração, além de não se alimentar satisfatoriamente. O mesmo ainda demonstra preocupação em retornar suas atividades de trabalho, porém verbaliza não conseguir reassumi-las neste momento, pois necessita de mais tempo para sentir-se recuperado. Como

conseqüência deste quadro, há uma previsão de afastamento de suas atividades de trabalho por um período de três meses.

6.1.4. Desenvolver casos adicionais

O próximo caso, também fictício, é o caso contrário, e representa o que o conceito não é (Walker; Avant, 2005).

CASO CONTRÁRIO

Um homem de 45 anos passou por uma apendicectomia por vídeo. Os procedimentos anestésico e cirúrgico transcorreram sem complicações, recebeu alta hospitalar dois dias após a cirurgia, durante todo o período pós-operatório apresentou dor a terapia analgésica prescrita. Não apresentou problemas com a ferida pós-operatória, precisou de auxílio durante o autocuidado somente no período em que permaneceu internado, após a alta já conseguia realizar todas as tarefas referentes ao seu autocuidado e atividades de vida diária sem auxílio de outras pessoas. Após as 24 horas da cirurgia se alimentou conforme prescrição sem nenhuma manifestação desagradável, o mesmo ocorreu com suas eliminações fisiológicas. Passados 15 dias da cirurgia, voltou ao trabalho referindo sentir-se completamente recuperado.

Este caso demonstra uma situação de recuperação pós-operatória sem qualquer intercerrência e/ou prolongamento do tempo de recuperação. Após a cirurgia, o paciente rapidamente readquiriu o controle de suas funções físicas e sociais habituais.

6.1.5. Identificar Antecedentes e Consequências

Os antecedentes e as consequências foram identificados e elencados, conforme apresentado nos Quadros 5 e 6.

Antecedentes	Fonte
Infecção	Watanabe et al., 2010; Waisbren et al., 2010; Kaye et al., 2009; Veeravagu et al., 2009;

	Anderson et al., 2008; Roumbelaki et al., 2008; Allvin et al., 2008; Lucas, 2008; Partanen et al., 2006; Eklund et al., 2006.
Procedimento cirúrgico prolongado (>3 horas)	Allvin et al., 2008; Haridas; Malangoni, 2008; Peters et al., 2007; Brent et al., 2007;
Procedimento cirúrgico invasivo/complexos	Erikssen, 2009; Gullu et al., 2009; Battacharyya; Berber, 2009; Cellococ et al., 2009; Slepavicius et al., 2008; Nishimori et al., 2007; Brent et al., 2007; Patel et al., 2007; Eklund et al., 2006.
Dor após procedimentos cirúrgicos	Al Samaraee et al., 2010; Allvin et al., 2009; Erikssen, 2009; Gao et al., 2009; Mendonza; Peniche, 2008; Allvin et al., 2008; Nevius; D'Arcy, 2008; Nishimori et al., 2007; Folden; Tappen, 2007; Peters et al., 2007; Eklund et al., 2006.
Experiências negativas de cirurgias prévias.	Grant; St John; Patterson, 2009; Allvin et al., 2008.
Problemas decorrentes da anestesia (paralisia intestinal, disfagia pós-extubação orotraqueal, utilização de analgésicos opióides)	Barker et al., 2009; Battacharyya; Berber, 2009; Allvin et al., 2008.
Fadiga	Allvin et al., 2009; Erikssen, 2009; Gao et al., 2009; Bernason et al., 2008.
Ansiedade	Allvin et al., 2009; Grant; St John; Patterson, 2009; Mendonza; Peniche, 2008; Dunckley et al., 2008; Ramos et al., 2008; Peters et al., 2007.
Tabagismo	Thomsen; Villebro; Møller, 2010; Erikssen, 2009; Theadom; Cropley, 2006; Warner, 2006.
Presença de comorbidades	Grant; St John; Patterson, 2009; Sinikallio et al., 2009; Lehwaldt; Kingston; O'Connor, 2009; Lee; Higgins, 2008; Haridas; Malangoni, 2008; Ramos et al., 2008; Peters et al., 2007; Folden; Tappen, 2007; Browne et al., 2007

Náuseas e Vômitos	Mendonza; Peniche, 2008; Pan; Lee; Harris, 2008; Nevius; D'Arcy, 2008.
Hipotermia perioperatória	Sohn; Scott; Steele, 2009; Burger; Fitzpatrick, 2009; Mendonza; Peniche, 2008; Scoott; Buckland, 2006.
Condições nutricionais comprometidas	Mendonza; Peniche, 2008; Haridas; Malangoni, 2008.
Falta de suporte social	Grant; St John; Patterson, 2009; Kan, 2009, Dunckley; et al., 2008
Idade avançada	Suzuki et al., 2009; Mendonza; Peniche, 2008; Nishimori et al., 2007;
Obesidade	Järvenpää et al., 2010; Waisbren et al., 2010; Patel et al., 2007;

Quadro 5. Antecedentes do conceito Recuperação Cirúrgica Retardada.

Walker e Avant (2005) orientam que um atributo definidor não pode ser um antecedente ou consequência de um conceito, entretanto, para a análise aqui realizada a persistência de dor foi identificada como um atributo definidor e a dor após procedimentos cirúrgicos como um antecedente.

A dor pós-operatória é uma manifestação muito frequente neste período merecendo destaque por ser capaz de comprometer a recuperação (HORTENSE; EVANGELISTA; SOUSA, 2005; PIMENTA et al., 2001).

Em um estudo desenvolvido na Suécia, a dor foi uma das manifestações relatadas por um grupo de pacientes que tiveram um tempo de recuperação prolongado por causas diversas (ALLVIN et al., 2011). Nesta perspectiva defende-se que a dor apresentada pelo paciente de maneira persistente durante o período pós-operatório é considerada um atributo do conceito Recuperação Cirúrgica Retardada, visto que as causas para esta manifestação podem ser diversas, como por exemplo, infecção na ferida operatória, entre outras.

A dor pós-operatória de acordo com a Sociedade Brasileira de Estudos para Dor, pode ser deletéria ao paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS PARA DOR - SBED, 2010), pois o alívio inadequado da dor pode resultar em dor

crônica devido a estimular alterações no sistema nervoso central (PIMENTA et al., 2001).

A justificativa para a dor pós-operatória ser avaliada como um antecedente para este estudo ocorreu devido as suas consequências negativas ao paciente cirúrgico, entre elas, atraso na cicatrização devido ao aumento do tônus simpático, aumento do índice de insuficiência anastomótica, aumento dos índices de morbidade pulmonar, trombose, recuperação mais lenta do que o necessário para as atividades diárias, redução da qualidade de vida durante a recuperação, aumento do risco de mortalidade, sofrimento desnecessário, problemas para dormir e descansar, mobilidade reduzida, medo e ansiedade (SBED, 2010).

Conseqüências	Fonte
Reinternações hospitalares	Kaye et al., 2009; Eklund et al., 2006.
Internações hospitalares prolongadas	Kaye et al., 2009; Veeravagu et al., 2009; Lehwaldt; Kingston; O'Connor, 2009; Roumbelaki; et al., 2008; Partanen et al., 2006; Eklund et al., 2006.
Comprometimento no restabelecimento de papéis e relacionamentos.	Wong et al., 2009; Grant; St John; Patterson, 2009; Nichols; Riemer, 2008; Lopez et al., 2007.
Depressão	Allvin et al., 2009; Lopez et al., 2007.
Comprometimento na qualidade de vida	Erikssen, 2009; Gao et al., 2009.
Reoperações	Veeravagu et al., 2009; Eklund et al., 2006.
Sentimento de abandono e solidão.	Allvin et al., 2009

Quadro 6. Conseqüências do conceito Recuperação Cirúrgica Retardada.

As conseqüências identificadas na análise de conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada estão muito voltadas à hospitalização, seja pelo prolongamento

do tempo de internação hospitalar, ou pela necessidade de novas internações após a alta hospitalar para tratamento clínico ou novas cirurgias.

O impacto da Recuperação Cirúrgica Retardada no tempo de internação hospitalar é demonstrado no estudo de Kaye et al. (2009) no qual os pacientes com infecção do sítio cirúrgico apresentaram aumento no tempo de recuperação pós-operatória associado a um tempo de hospitalização em torno de 90 dias, além disso as readmissões hospitalares foram mais comuns nesse grupo de pacientes.

Nos estudos de Eklund et al. (2006) e Veeravagu et al. (2009) foram analisados pacientes que vivenciaram retardo da recuperação após cirurgias abdominais e ortopédicas respectivamente. A reoperação, reinternação e prolongamento do hospitalização foram uma ocorrências frequentes nestes grupos.

O impacto nas funções psicológicas como o aparecimento de depressão, comprometimento da qualidade de vida e sentimento de abandono e solidão também foi identificado como consequência.

Algumas dessas manifestações foram identificadas no estudo de Allvin et al. (2008) ao identificarem que quando pacientes passaram por um período de recuperação prolongada ao longo do tempo perceberam que a atenção da família e dos amigos diminui e diante disso os pacientes relataram sentimento de abandono e desesperança. Gao et al. (2009) descrevem que a depressão está sempre associada ao período pós-operatório prolongado de cirurgias cardíacas. No estudo de Lopez et al. (2007) essa afirmação foi confirmada através da identificação de sintomas depressivos e comprometimento da qualidade de vida em pacientes no pós-operatório do mesmo tipo de cirurgia.

Enquanto consequência para a Recuperação Cirúrgica Retardada foi possível identificar que as funções sociais do indivíduo são afetadas, conforme apresentado no trabalho de Grant, St John e Patterson (2009), que com base em uma análise qualitativa identificaram a perda das funções sociais antes estabelecidas enquanto marido ou esposa, mãe e pai. Os pacientes perceberam inversão dos papéis antes desempenhados quando uma paciente apresenta o relato de que seu marido passou a realizar os afazeres domésticos pois a mesma não se sentia recuperada da cirurgia para assumir tal função (GRANT; ST JOHN; PATTERSON, 2009).

6.1.6. Identificar Referentes Empíricos

Os referentes empíricos identificados estão apresentados no Quadro 7.

Referentes Empíricos	Fonte
Questionário para mensurar a recuperação pós-operatória relatada pelo paciente	Allvin et al., 2009.
Escala de recuperação cirúrgica pós-alta (PSR)	Berg et al., 2010.
Índice de recuperação funcional (FRI)	Wong et al., 2009.
Avaliação da convalescência e recuperação (CARE)	Hollenbeck et al., 2007.

Quadro 7. Referentes Empíricos do conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada.

Os referentes empíricos apontados para o conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada se referem a escalas e questionários para mensuração de recuperação pós-operatória: Questionário para mensurar a recuperação pós-operatória relatada pelo paciente; Escala de recuperação cirúrgica pós-alta (PSR); Índice de recuperação funcional (FRI) e escala para Avaliação da convalescência e recuperação (CARE).

Atualmente, com o avanço das técnicas cirúrgicas e anestésicas, há um crescente aumento das cirurgias ambulatoriais e de cirurgias em que o tempo de internação no período perioperatório e pós-operatório estão reduzidos, portanto, a recuperação pós-operatória em sua maior parte ocorre no domicílio do paciente devido a alta hospitalar acontecer cada vez mais rapidamente. Diante de tais eventos, acredita-se ser importante para os profissionais de saúde instrumentos capazes de monitorar o processo de recuperação pós-operatória quer seja ainda com o paciente internado ou no domicílio (BERG et al., 2009; WONG et al., 2009).

A escala PSR foi desenvolvida para avaliar a recuperação pós-operatória no domicílio. Trata-se de uma medida da recuperação relatada pelo paciente composta por 15 itens contemplando aspectos importantes para avaliação da recuperação. Estes itens recebem uma pontuação variável de 0 a 10. O cálculo da pontuação do PSR é feito por meio da soma da pontuação atribuída aos pacientes acerca dos 15

itens que compõem a escala dividida pelo escore total possível e após multiplicado por 100, o resultado ficará em uma faixa de escore entre 0 a 10 na qual a maior pontuação indica melhor recuperação (BERG et al., 2009).

O CARE consiste em um questionário desenvolvido para mensurar a convalescença pós-operatória utilizando-se de medidas comuns para pacientes em recuperação de cirurgia abdominal e pélvica envolvidas em quatro domínios: dor, atividade, função gastrointestinal e cognição. Este instrumento realiza uma pesquisa genérica da recuperação cirúrgica e é projetado para complementar a avaliação dos resultados do procedimento realizado, pois seus autores o consideram um instrumento específico para verificar o estado de saúde após a cirurgia (HOLLENBECK et al., 2009).

6.1.7. Análise do Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada da NANDA - I (2010) à luz da Análise de Conceito

Para o aperfeiçoamento de diagnósticos de enfermagem existentes ou para o desenvolvimento de novos diagnósticos a análise de conceito foi considerada por Lunney (2008) uma etapa de grande relevância, visto que tal etapa contribui para o desenvolvimento de uma linguagem padronizada no âmbito da enfermagem.

Com base nos resultados obtidos a partir da análise de conceito, realizou-se uma comparação destes dados com os elementos do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada proposto pela NANDA-I, bem como sua inserção nesta taxonomia.

A análise do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada da NANDA-I (2010) com base na análise de conceito previamente desenvolvida é apresentado a seguir.

6.1.7.1. Enunciado Diagnóstico

A Taxonomia II da NANDA-I (2010) possui um formato denominado multiaxial, no qual o modelo de um enunciado diagnóstico é composto por sete eixos. Cada um destes eixos representa uma dimensão de resposta humana, portanto, o eixo 1 refere-se ao conceito diagnóstico que constitui o principal elemento do diagnóstico, pois descreve a resposta humana que fornece embasamento para este; o eixo 2

refere-se ao sujeito do diagnóstico, que pode ser o indivíduo, família, grupo ou comunidade, este eixo não necessariamente está descrito no enunciado, quando ele não está, sabe-se que é naturalmente o indivíduo; o eixo 3 refere-se ao julgamento feito ao significado do conceito diagnóstico; o eixo 4 descreve regiões/partes do corpo e/ou suas funções; eixo 5 refere-se à idade do sujeito do diagnóstico; eixo 6 refere-se ao tempo, que descreve a duração do conceito diagnóstico e o eixo 7 refere-se à situação o diagnóstico, ou seja, à existência ou à potencialidade de existir do problema (NANDA-I, 2010). Os três primeiros eixos são obrigatórios para a submissão de diagnósticos, os demais eixos são necessários quando importantes para descrever com mais clareza os mesmos (NANDA-I, 2010).

No diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada o eixo 1 é composto pelos substantivos Recuperação e Cirúrgica. A partir da análise de conceito nota-se que o termo 'Cirúrgica' foi inúmeras vezes substituído por 'Pós-operatória', ao analisar o significado de Recuperação Cirúrgica em dicionários da área médica identifica-se a seguinte definição: "Condição em que é mantido um paciente depois de operado, geralmente em uma sala de recuperação (onde se encontram equipamentos de emergência e a enfermagem especializada), aí permanecendo até que volte ao estado de consciência e passem os efeitos da anestesia" (REY, 2003, p.).

Com essa definição interpreta-se que o termo recuperação cirúrgica está ligado ao período de recuperação anestésica, ou seja, período pós-operatório imediato no qual "o foco inclui a manutenção da via aérea do paciente, avaliação dos efeitos dos agentes anestésicos, avaliação do paciente para complicações e fornecimento de conforto e alívio da dor" (SMELTEZER; BARE, 2005, p. 427).

Após uma análise de conceito conduzida por Allvin et al. (2007, p. 6) a recuperação pós-operatória foi definida como: "um processo que requer energia para retornar a normalidade e plenitude definidos por critérios como retorno das funções físicas, psicológicas, sociais e habituais, resultando em níveis pré-operatórios de independência em atividades de vida diária e um melhor nível de bem estar psicológico".

Com base na avaliação do Eixo 1 da taxonomia II da NANDA-I para o diagnóstico em estudo o termo Recuperação pós-operatória parece mais adequado do que Recuperação cirúrgica, pois o adjetivo 'cirúrgica' dá ideia de algo mais geral, ou seja, possui um amplo significado da disciplina cirúrgica; enquanto o termo 'pós-

operatório' possui um significado mais específico, atribuído ao procedimento cirúrgico realizado em um paciente. E com base na análise do conceito de Recuperação pós-operatória realizada por Allvin et al. (2007), identifica-se que esta definição representa de maneira apropriada a resposta humana que embasa o diagnóstico que esta sendo avaliado.

O eixo 2 do diagnóstico de enfermagem Recuperação cirúrgica retardada esta implícito no enunciado, referindo-se portanto ao indivíduo.

O eixo 3 é representado pelo julgamento "retardado" que é definido pela NANDA-I (2010, p. 405) como "adiado, lento, atrasado", bem como para Houaiss e Villar (2001, p. 2444) que define 'retardado' como "1que se retardou; 2que demorou, demorado; 3que foi adiado, delongado" .

Ao olhar para as múltiplas abordagens do conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada identificadas através dos estudos levantados na revisão bibliográfica, percebe-se que este fenômeno é amplo, ou seja, não compreende apenas o tempo em que o indivíduo leva para recuperar-se de uma cirurgia, mas também problemas enfrentados durante o processo de recuperação podem comprometer a qualidade desta. Fato que corrobora com tais afirmativas é o de que existe um risco claro de que o conceito Recuperação Cirúrgica Retardada pode estar sendo usado sem a devida reflexão (ALVIN et al., 2008). Diante disso, o julgamento 'comprometido' compreende melhor tamanha abrangência, visto que sua definição pela NANDA-I (2010, p. 405) é "danificado, vulnerável" e para Houaiss e Villar (2001, p. 779) 'comprometido' é definido como "que foi danificado, prejudicado".

Com base na complexidade do processo de recuperação pós-operatória (LOPEZ et al., 2007), nas inúmeras interferências que afetam este processo comprometendo-o (DUNCKLEY et al., 2008) e nas possibilidades reduzidas encontradas na NANDA-I (2010) de diagnósticos de enfermagem específicos para este momento, emerge a necessidade de uma adequação no enunciado diagnóstico de Recuperação Cirúrgica Retardada, onde o conceito diagnóstico seja modificado para Recuperação Pós-operatória e o julgamento adotado seja o descritor Comprometido.

Entende-se que tal adequação possibilitará a ampliação do emprego do diagnóstico na prática clínica, resultando em desenvolvimento de intervenções direcionadas para as necessidades tão complexas neste período e colaborar com o

desenvolvimento de novos diagnósticos para a disciplina de enfermagem perioperatória.

Portanto, a adequação sugerida para o enunciado diagnóstico é Recuperação pós-operatória comprometida, adequação esta que será submetida à validação por especialistas.

6.1.7.2. Definição do Diagnóstico

O diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada é definido pela NANDA-I (2010, p. 153) 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”.

A partir desta definição entende-se que algum evento ocorreu durante o período de recuperação pós-operatória adiando o retorno do indivíduo a desempenhar atividades que habitualmente realizava antes do procedimento cirúrgico. Com base nessa reflexão questiona-se se o indivíduo “inicia e desempenha” atividades ou “retoma” atividades que desempenhava previamente à cirurgia. Além do mais, a extensão do número de dias de pós-operatório é trazida pelos estudos como uma consequência de um evento, uma situação ou complicação resultante do procedimento cirúrgico, ou então, de uma condição de saúde que interfere na recuperação pós-operatória.

Alguns autores utilizam o termo “retorno” em níveis pré-cirúrgicos de habilidade funcional após cirurgias ortopédicas e ainda destacam dificuldade em reassumir as atividades da vida diária e atividades funcionais entre as pessoas que passaram por um período pós-operatório comprometido (GRANT; ST JOHN; PATTERSON, 2009; FOLDEN; TAPPEN, 2007). Em estudo direcionado para acompanhar o período de recuperação após cirurgia abdominal também se utilizou o termo “retomar” as atividades habituais quando se refere a recuperação pós-operatória (ERIKSEN et al., 2009). Berg et al. (2010), afirmam que um importante indicador de comprometimento de recuperação pós-operatória é a impossibilidade do paciente em retornar as atividades normais.

Corroborando com os achados anteriores o estudo desenvolvido por Allvin et al. (2008) descreve a condição inicial antes da cirurgia como vida cotidiana, que é interrompida pelo procedimento cirúrgico, a partir daí o paciente necessita readquirir

suas funções e restabelecer as atividades antes exercidas para atingir seu bem-estar. Quando este processo é comprometido por alguma situação, o período necessário para desempenhar as atividades exercidas na vida cotidiana foi prolongado (ALLVIN et al., 2008).

Algumas pesquisas ainda apresentam que a recuperação das condições de saúde em níveis anteriores ao procedimento cirúrgico está diretamente relacionada com as próprias percepções dos pacientes, sendo considerada uma importante faceta para a qualidade do cuidado oferecido no período pós-operatório (GRANT; ST JOHN; PATTERSON, 2009; HOLLENBECK et al., 2008).

Identificou-se que a recuperação pós-operatória quando comprometida envolve alterações relacionados aos componentes biológicos, psicológicos e sociais resultando em maior período de tempo para reassumir atividades normais de vida (GRANT; ST JOHN; PATTERSON, 2009; LOPEZ et al., 2007; LUCAS, 2008). Tais achados foram similarmente encontrados por Kan (2009), que em seu estudo acrescentou que eventos adversos ocorrendo na fase de recuperação pós-operatória são capazes de alterar o funcionamento físico e psicológico tanto dos pacientes como de seus familiares.

A recuperação pós-operatória é descrita por vários autores como um processo que envolve os domínios físicos, psicológicos e sociais (BERG et al., 2010; ERIKSEN et al., 2009; KAN, 2009; GRANT; ST JOHN; PATTERSON, 2009; ALLVIN et al., 2008; LUCAS, 2008; LOPEZ et al., 2007; FOLDEN; TAPPEN, 2007) quando ocorre uma descontinuidade deste processo de recuperação é caracterizado o quadro de recuperação cirúrgica afetada.

Sendo assim, o presente estudo sugere modificações na definição do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada para “alteração no processo de recuperação pós-operatória que leva a extensão do número de dias de pós-operatório para reiniciar e retomar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem estar”.

A partir desta proposta, identifica-se a necessidade de continuidade das etapas de validação de diagnóstico de enfermagem para buscar entre peritos no tema, se esta seria a definição mais adequada para o diagnóstico em estudo.

6.1.7.3. Características Definidoras

As características definidoras são consideradas pela NANDA-I (2010, p. 72) “indícios/inferências passíveis de observação, agrupadas como manifestação de um diagnóstico real, de promoção da saúde ou de bem-estar”, estas características podem ser individuais ou coletivas (família e comunidade).

São apresentados por Walker e Avant (2005) os atributos definidores que são as características frequentemente associadas com o conceito permitindo uma ampla visão do conceito. Tais características são úteis para identificar a ocorrência de um fenômeno específico, bem como diferenciá-lo de fenômenos similares (WALKER; AVANT, 2005). Estes estudiosos denominam estas características como atributos definidores ou características definidoras (WALKER; AVANT, 2005).

As características definidoras que originalmente compõem o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada da NANDA-I (2010) são:

- Adia o retorno às atividades de trabalho/emprego
- Dificuldade para movimentar-se
- Evidências de interrupção na cicatrização na área cirúrgica (p. ex., vermelha, endurecida, imobilizada, drenada)
- Fadiga
- Percepções de que é necessário mais tempo para a recuperação
- Perda de apetite com náusea
- Perda do apetite sem náusea
- Precisa de ajuda para completar o autocuidado
- Relato de desconforto
- Relato de dor

Como resultados da análise de conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada emergiram características definidoras existentes na NANDA-I (2010), características que não são apresentadas por essa taxonomia e características definidoras apresentadas pela NANDA-I (2010).

Entre as características definidoras identificadas na análise de conceito e que são contempladas pela NANDA-I (2010) destacam-se:

- Dificuldade em reassumir papéis sociais – acredita-se que esta característica definidora esteja contemplada na NANDA-I (2010) através da seguinte característica definidora: “Adia o retorno às atividades de trabalho/emprego”. Dentro da

característica de dificuldade em reassumir papéis sociais encontram-se além de comprometimento para retornar às atividades de trabalho/emprego, também atividades que são exercidas no ambiente familiar como esposa, marido ou chefe de família; atividades exercidas na sociedade como membro religioso, estudante ou membro de algum grupo social. Portanto sugere-se a adequação desta característica definidora para “Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudante, membro religioso, entre outras”.

- Habilidade para caminhar comprometida (necessita do auxílio de outras pessoas, necessita do uso de suporte de bengalas, andadores, cadeiras de rodas por um período prolongado) – esta característica é apresentada pela NANDA-I (2010) como “Dificuldade para movimentar-se”. Identifica-se que a característica definidora conforme apresentada pela NANDA-I (2010) atenda completamente as manifestações que descrevem a dificuldade de movimentação que vão além da dificuldade para caminhar, mas também para se movimentar no leito, do leito para a cadeira, entre outros movimentos (BERG et al., 2010; HOOLLENBECK et al., 2008). Portanto, entende-se que a característica definidora ‘Dificuldade para movimentar-se’ deve ser mantida como está.
- Problemas com a cicatrização da ferida operatória – a NANDA-I (2010) traz esta característica definidora como “Evidências de interrupção na cicatrização na área cirúrgica (p. ex., vermelha, endurecida, imobilizada, drenada)” que entende-se também ser a maneira mais adequada de redação.
- Persistência de fadiga – esta característica definidora é trazida pela NANDA-I (2010) como “Fadiga”, portanto, em alguns estudos obtidos através da análise de conceito a Fadiga também foi identificada como um antecedente do conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada. Gao et al. (2009); Allvin et al., (2009) e Barnason et al. (2008) abordam em seus trabalhos a Fadiga como um evento característico no período pós-operatório de cirurgias, este último estudo descreve que a Fadiga é uma característica definidora de Recuperação Cirúrgica Retardada quando a sua permanência ocorre em um período maior do que quatro meses após a cirurgia. Em contrapartida, Eriksen et al. (2009) abordam a Fadiga em seu estudo como um antecedente quando descrevem que a Fadiga pode ter influenciado o tempo para os

pacientes que foram submetidos a cirurgia abdominal a reassumir suas atividades habituais. Diante destes divergentes resultados identificados na análise de conceito seria pertinente submeter esta característica definidora a validação por peritos a fim de definir se a melhor forma de descrevê-la seria através do uso de suas próprias características ou não, e também se é inserido como característica definidora ou como fator relacionado, ou então, se pode ser enquadrado nos dois elementos do diagnóstico. Esta última hipótese contraria o que é proposto por Walker e Avant (2005), quando afirmam que um atributo nunca poderá ser um antecedente. Enfim, apresenta-se a sugestão desta característica definidora como “Persistência de fadiga”.

- Necessidade de mais tempo para recuperação – entende-se que a redação como está na NANDA-I (2010) para esta característica definidora como “Percepções de que é necessário mais tempo para a recuperação” é adequada.
- Perda de apetite – esta característica definidora é apresentada na NANDA-I (2010) como “Perda de apetite sem náuseas” e “Perda de apetite com náuseas”, a partir dos estudos identificados na análise de conceito não foram encontradas variações para a perda de apetite. Diante disso, entende-se que a característica definidora ‘Perda de apetite’ seja abrangente, portanto, atende variações desta manifestação. Sugere-se o agrupamento das características definidoras da NANDA-I (2010) e uma redação de apenas “Perda de apetite”.
- Dificuldade para desempenhar o autocuidado (vestir-se, tomar banho, deitar-se) – a NANDA-I (2010) traz tal característica definidora como “Precisa de ajuda para completar o autocuidado”, que foi considerada como pertinente com os resultados da análise de conceito.
- Sensação de desconforto – a NANDA-I (2010) apresenta esta característica definidora como “Relato de desconforto” o que considera-se também contemplar o atributo definidor identificado por meio da análise de conceito.
- Persistência da dor – na NANDA-I (2010) esta característica definidora é apresentada como “Relato de dor”. Acredita-se que a redação de “Persistência da

dor” expresse melhor este evento quando caracteriza o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada, pois o relato de dor pode frequentemente aparecer após um procedimento cirúrgico e não obrigatoriamente em situações em que a recuperação pós-operatório esteja comprometida. Outra hipótese é a de que a dor não é somente relatada, ou seja, um indivíduo pode sentir dor e não relatar e nessas situações a dor deve ser percebida. Com base nessas hipóteses apresenta-se uma proposta para alteração na redação desta característica definidora para “Persistência de dor”.

A partir da análise de conceito foram identificadas ainda algumas características definidoras do fenômeno em estudo como: “Necessidade de auxílio para desempenhar atividades da vida diária”; “Alterações nas eliminações fisiológicas”; “Comprometimento cognitivo”; “Problemas cardiovasculares”; “Problemas pulmonares”; “Problemas com sono e repouso” e “Dificuldade em retornar à função física em níveis pré-operatórios”. Tais características são sugeridas para compor o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada e, portanto, devem passar por validação por peritos na área cirúrgica e/ou diagnóstico de enfermagem para identificar sua relevância.

Importante destacar que nenhum estudo utilizado na análise de conceito contemplou a característica definidora da NANDA-I (2010) ‘Relato de desconforto’ porém tal característica também é considerada pertinente.

O Quadro 8 apresenta as adequações de redação sugeridas para as características definidoras constantes na NANDA-I (2010).

Características Definidoras originais (NANDA-I, 2010)	Sugestão de redação para as Características Definidoras
Adia o retorno às atividades de trabalho/emprego	Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudante, membro religioso, etc.
Fadiga	Fadiga Persistente
Perda de apetite sem náuseas e Perda de apetite com náuseas	Perda de apetite
Relato de dor	Dor persistente

Quadro 8. Sugestões de redação para as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada da NANDA-I a partir da análise de conceito.

No Quadro 9 estão apresentadas as características definidoras cujas redações foram consideradas adequadas, conforme apresenta a NANDA-I (2010).

Características Definidoras mantidas com a mesma redação da NANDA-I (2010)
Dificuldade para movimentar-se
Evidências de interrupção na cicatrização na área cirúrgica (p. ex., vermelha, endurecida, imobilizada, drenada)
Percepções de que é necessário mais tempo para a recuperação
Precisa de ajuda para completar o autocuidado

Quadro 9. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada conforme apresentado na NANDA-I (2010) e consideradas adequadas a partir da análise de conceito.

O Quadro 10 ilustra as características definidoras sugeridas para inclusão na NANDA-I (2010).

Características Definidoras sugeridas para inclusão pela NANDA-I
Necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária
Alterações de eliminações fisiológicas
Comprometimento cognitivo
Problemas cardiovasculares
Problemas pulmonares
Problemas com sono e repouso
Dificuldade em retornar à função física em níveis pré-operatórios

Quadro 10. Características definidoras para o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada sugeridas para inclusão na NANDA-I a partir da análise de conceito.

6.1.7.4. Fatores Relacionados

A proposta de análise de conceito com base em Walker e Avant (2005) prevê a identificação dos antecedentes do conceito. Antecedentes são definidos por estas autoras (2005, p. 73) como “eventos ou incidentes que devem ocorrer previamente à ocorrência do conceito”.

Os fatores relacionados por definição da NANDA-I (2010, p. 437) são “fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como antecedentes de, associados a, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores”. Os fatores relacionados são elementos apenas dos diagnósticos reais (NANDA-I, 2010).

Comparativamente os antecedentes identificados para análise de conceito possuem uma forte relação com os fatores relacionados enquanto elemento do diagnóstico de enfermagem com base na NANDA-I (2010).

Os fatores relacionados apresentados pela NANDA-I (2010) do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada são:

- Dor
- Expectativas pré-operatórias
- Infecção pós-operatória no local da cirurgia
- Obesidade
- Procedimento cirúrgico extenso
- Procedimento cirúrgico prolongado

É importante destacar que os fatores relacionados para este diagnósticos foram recentemente inseridos e publicados pela NANDA-I, pois até a edição de 2006 desta taxonomia de diagnósticos este elemento não havia sido desenvolvido e foi inserido a partir da publicação de 2008 após passar por uma revisão em 2006, o que destaca a relevância de se revisar e validar o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada.

Entre os antecedentes que foram identificados através da análise de conceito e que foram comparativamente contemplados na NANDA-I (2010) destacam-se:

- Dor após procedimentos cirúrgicos – este antecedente é abordado pela NANDA-I (2010) como “Dor”. Acredita-se que a redação deste fator relacionado como está seja suficiente para representá-lo como antecedente.

- Ansiedade e Experiências negativas de cirurgias prévias – esses dois antecedentes foram agrupados pois acredita-se que estejam contemplados no fator relacionado da NANDA-I (2010) “Expectativas pré-operatórias”.
- Infecção – este antecedente extensivamente estudado na área perioperatória é contemplado pelo fator relacionado da NANDA-I (2010) “Infecção pós-operatória no local da cirurgia”.
- Procedimento cirúrgico invasivo/complexos – esta foi a redação identificada na análise de conceito, porém, na NANDA-I (2010) é apresentado como “Procedimento cirúrgico extenso”, sendo considerado adequado da forma como está.
- Obesidade e Procedimento cirúrgico prolongado – foram identificados como antecedentes durante a análise de conceito e também são apresentados como fator relacionado pela NANDA-I (2010) com a mesma redação.

No Quadro 11 são apresentados os antecedentes que foram identificados na análise de conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada não constantes na NANDA-I e sugeridos para compor os fatores relacionados deste diagnóstico de enfermagem.

Fatores Relacionados sugeridos para inclusão na NANDA-I
Problemas decorrentes da anestesia
Fadiga
Tabagismo
Presença de comorbidades
Náuseas e Vômitos
Hipotermia perioperatória
Condições nutricionais comprometidas
Falta de suporte social
Idade avançada

Quadro 11. Fatores relacionados sugeridos para inclusão no diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada da NANDA-I a partir da análise de conceito.

6.1.7.5. Estrutura Taxonômica II da NANDA-I e o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada

A estrutura taxonômica II da NANDA-I foi desenvolvida durante vários anos e então publicada em 2004 (NANDA-I, 2010). É composta por três níveis denominados de: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. O domínio “é uma esfera de atividade, estudo ou interesse” (NANDA-I, 2010, p. 389). A classe “é uma subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau” (NANDA-I, 2010, p. 389).

A última publicação da NANDA-I (2010) possui 13 domínios e 47 classes nas quais os diagnósticos são organizados. Hoskins (2002) apresenta a preocupação da Comissão de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I (Diagnostic Development Committee) quanto à clara compreensão da estrutura hierárquica desta classificação, principalmente durante estudos sobre diagnósticos de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem em estudo até a publicação da NANDA-I de 2008 não estava inserido nesta estrutura taxonômica, e somente na última publicação desta classificação em 2010 foi incorporado no Domínio 4 denominado Atividade/repouso e na Classe 2 denominada Atividade/exercício.

O domínio 4 Atividade/Repouso é conceituado pela NANDA-I (2010, p. 393) como a “produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos”; e a classe 2 Atividade/Exercício, como “movimento de partes do corpo (mobilidade), realização de tarefas ou desempenho de ações normalmente (embora nem sempre) contra certa resistência” (NANDA-I, 2010, p. 394).

Em um estudo conduzido por Allvin et al. (2008), no qual os autores buscaram as experiências dos pacientes quanto ao processo de recuperação pós-operatória foi identificado que a recuperação de cirurgias foi considerada pelos pacientes um período para readquirir funções e restabelecer atividades. Estes resultados estão de acordo com a definição da classe 2 do domínio 4 da NANDA-I (2010), permitindo afirmar que o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada esta adequadamente inserido na Taxonomia II da NANDA-I.

6.2. Validação de Conteúdo

A seguir apresentam-se os resultados obtidos para a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada com base na utilização adaptada do modelo de validação de conteúdo proposto por Fehring (1986; 1987; 1994).

6.2.1. Caracterização dos peritos

Foram enviados 102 convites para participação no estudo e houve retorno positivo de 45 peritos. Todos foram incluídos no trabalho por atenderem aos critérios de inclusão.

Fehring (1986), propõe inicialmente em seus estudos um número entre 25 e 50 peritos. Além disso, estudos de validação utilizando a validação de conteúdo diagnóstico realizados no Brasil também contaram com uma amostra de peritos de tamanho similar, Pillegi (2007) contou com 40 enfermeiros peritos para validação do diagnóstico Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas, Galdeano (2007) ao validar o diagnóstico Conhecimento Deficiente convidou 50 peritos para esta etapa do estudo e Melo (2004) validou os diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes com 32 peritos.

Os enfermeiros expertos ou peritos possuem profundo conhecimento em uma determinada área e, portanto, o grau de expertise é determinado pelo desenvolvimento de pesquisas e tempo de experiência clínica concentradas na área em questão (GALDEANO; ROSSI, 2006). Essas autoras consideram importante a seleção de peritos embasada em critérios bem estabelecidos e claros, evidenciando os critérios apresentados por Fehring (1994), pois assim a fidedignidade dos resultados do estudo é garantida.

A identificação de peritos para a validação de conteúdo diagnóstico é identificada na literatura como uma das lacunas encontradas no modelo de Fehring (1987), e esta foi uma preocupação do autor do modelo visto que em 1994 publicou um sistema de identificação de peritos (Quadro 1). No entanto, ainda não foi estabelecido um consenso na literatura quanto a quem realmente deve ser considerado experto; uma vez que há uma variedade de critérios de inclusão de

peritos entre os estudos de validação publicados e a NANDA-I também não apresenta uma padronização para esta seleção (LEVIN; WILKINSON, 2001).

Os 45 enfermeiros peritos atuam no território brasileiro distribuídos da seguinte forma entre os estados: 19 (42,22%) eram de São Paulo, 7 (15,55%) do Ceará, 4 (8,88%) e Minas Gerais, 3 (6,66%) no Rio Grande do Sul, 3 (6,66%) no Paraná, 2 (4,44%) no Rio de Janeiro e 1 (2,22%) no Pará, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, Pernambuco, Paraíba e Goiás.

Quanto ao tempo de formação dos peritos que participaram deste estudo, identifica-se predomínio de um tempo de formação superior a 10 anos, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos peritos participantes da pesquisa quanto ao tempo de graduação em enfermagem, São Carlos, 2011.

Tempo de formação (anos)	Participantes	
	n	%
2-5 anos	6	13,33
6-10 anos	7	15,55
11-15 anos	7	15,55
16-20 anos	7	15,55
≥21 anos	15	33,33
Não responderam	3	6,66
TOTAL	41	100

A Tabela 2 caracteriza a área de atuação profissional dos peritos.

Tabela 2. Distribuição dos peritos participantes da pesquisa quanto à área de atuação profissional, São Carlos, 2011.

Área de atuação	Participantes	
	n	%
Ensino	41	91,11
Assistência	42	93,33
Pesquisa	3	6,66

Dentro da área de atuação profissional, 40 (88,88%) peritos atuam na disciplina de enfermagem médico cirúrgica, sendo 26 (57,77%) no ensino de enfermagem e 27 (60,00%) na assistência de enfermagem.

Quanto à atuação profissional utilizando diagnósticos de enfermagem, 43 (95,55%) peritos atuam utilizando diagnósticos de enfermagem, e dois peritos atuam somente em enfermagem médico cirúrgica.

Os temas enfermagem médico-cirúrgica e diagnóstico de enfermagem foram considerados fundamentais para a participação do enfermeiro como perito para a validação do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada. Estes critérios foram contemplados de maneira relevante nesta pesquisa.

Ainda analisando a participação de peritos que possuem experiência com diagnóstico de enfermagem quanto ao local de atuação, encontra-se uma maior concentração no ensino (77,77%), seguido da assistência (33,33%) e pesquisa (4,44%).

Quanto ao sistema de classificação utilizado, observa-se uma predominância de utilização da NANDA-I por 38 (84,44%) peritos, sendo que apenas 3 (6,66%) declararam utilizar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Um número significativo de peritos respondentes que atuam com diagnósticos da NANDA-I em sua prática profissional também foi encontrado no estudo de validação de diagnósticos de enfermagem realizado por Melo (2004).

Fehring (1994) descreve a experiência profissional como um fator importante para a expertise dos peritos, Galdeando e Rossi (2006) também a identificam como uma maneira de se adquirir conhecimento.

Diante disso, é possível considerar que os peritos que compuseram esta etapa do estudo possuem relevante experiência profissional, pois 60,00% dos respondentes atuam há mais de 10 anos no ensino em enfermagem e 62,22% dos participantes atuam há mais de 5 anos na assistência de enfermagem.

A titulação de mestrado pelos peritos, considerando os critérios para classificação destes por Fehring (1994) é extremamente relevante, pois a pontuação atribuída para este critério é alta (4 pontos), entre os peritos que compuseram o estudo 100,00% da amostra possuem tal titulação, e destes, 28 (62,22%) peritos possuem o grau de doutor.

Neste mesmo trabalho Fehring (1994, p. 59) acrescenta que “o grau de mestre é necessário, mas não o suficiente” justificando a necessidade de o

enfermeiro ter desenvolvido pesquisas na área do diagnóstico, apresentações de trabalho e publicações, ou seja, além de conhecimento prático na área em estudo, conhecimento científico. Na Tabela 3 estão apresentados os tipos de produção bibliográfica dos peritos.

Tabela 3. Distribuição dos peritos participantes da pesquisa quanto ao tipo de produção bibliográfica, São Carlos, 2011.

Produção Bibliográfica	Participantes	
	N	%
Dissertação/Tese direcionada á área de diagnósticos de enfermagem	26	57,77
Publicações de artigos em periódicos e revistas direcionada a área de diagnóstico de enfermagem	26	57,77
Publicações de pesquisas direcionada a área de diagnóstico de enfermagem	19	42,22
Apresentação de trabalhos em eventos científicos direcionados a área de diagnóstico de enfermagem	31	68,88
Desenvolvimento de trabalhos científicos na área de enfermagem médico cirúrgica	33	73,33

Diante dos dados apresentados entende-se que os peritos participantes da etapa de validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada, atendem de maneira adequada aos requisitos para participação como tal.

Os peritos que participaram do estudo possuem conhecimento na área de enfermagem médico cirúrgica e/ou diagnósticos de enfermagem. Esta afirmação se justifica pelo fato de que todos os enfermeiros peritos pontuaram pelo menos o mínimo na classificação de peritos proposta por Fehring (1994), possuem tempo de experiência profissional relevante com os temas propostos, bem como produção bibliográfica nos mesmos temas.

6.2.2. Validação do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada

Nesta etapa, os enfermeiros peritos avaliaram a adequação sobre sugestões de alterações para os elementos do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada e também para o diagnóstico original da NANDA-I (2010).

Para tanto, foi necessário utilizar uma adaptação do modelo original de Fehring (1986), pois além da validação das características definidoras, também ocorreu a validação de conteúdo do enunciado, definição e fatores relacionados deste diagnóstico.

6.2.2.1. Validação do enunciado diagnóstico

Na Tabela 4 estão apresentadas as respostas dos peritos quanto à adequação da sugestão de alteração da redação do enunciado diagnóstico apresentado pela NANDA-I (2010), de Recuperação Cirúrgica Retardada para Recuperação Pós-operatória Comprometida.

Tabela 4. Distribuição das respostas dos peritos quanto à sugestão de alteração de redação do enunciado diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada. São Carlos, 2011.

Níveis de adequação	Respostas dos peritos
	N
Nada adequado	1
Muito adequado	0
De algum modo adequado	5
Muito adequado	12
Muitíssimo Adequado	26
Total de Peritos	44
Score Final	0,85

A proposta de alteração de redação do enunciado diagnóstico foi analisada por 44 peritos e embasada pelo score final de 0,85 da validação de conteúdo foi avaliada como muito adequada à situação por estes. Fehring (1987) descreve que

quando o item recebe uma pontuação acima de 0,80 sugere ser um item muito adequado a situação, neste caso ao DE que esta sendo validado.

No campo do instrumento de validação do DE (APÊNDICE E) no qual os peritos podiam realizar comentários e sugestões para os elementos do diagnóstico, várias foram as contribuições feitas pelos peritos quanto a proposta de alteração de redação do enunciado diagnóstico.

Neste sentido, 6 peritos demonstraram concordância apenas para alteração do termo cirúrgica para pós-operatória e acreditarem que o julgamento retardado é o mais adequado para o diagnóstico, 1 perito completa a sugestão anterior quando ressalta a necessidade de se manter no enunciado um julgamento que se refira ao tempo, 2 peritos compreenderam a sugestão de redação como a proposta de um novo diagnóstico de enfermagem, 1 perito sugere uma alteração de redação para “recuperação anestésico-cirúrgica” e ainda um perito não concorda com a substituição do termo “cirúrgica”.

O perito que considerou a sugestão de mudança do enunciado diagnóstico como nada adequado concordou com a sugestão de alteração para o termo pós-operatório, porém não concordou com o julgamento comprometido, pois descreve que *“os problemas que resultam em maior tempo de recuperação pós-operatória são amplos e envolvem diferentes problemas e que não obrigatoriamente comprometem a recuperação”*.

Neste sentido, concorda-se com esse perito, pois entende-se que, quando se faz referência ao termo recuperação pós-operatória retardada se quer dizer sobre o tempo da recuperação que encontra-se estendido, já no termo recuperação pós-operatória comprometida faz-se referência a uma intercorrência ou interrupção durante a recuperação pós-operatória, em qualquer momento de seu curso (como por exemplo, na recuperação pós-anestésica), que não necessariamente causará um retardo nesse período, ou a extensão do número de dias de pós-operatório para o retorno às atividades.

O período pós-operatório imediato é acompanhado por sintomas físicos, como dor, hemorragias, náuseas e vômitos, decorrentes do procedimento anestésico e que em 24 horas tendem a diminuir e até mesmo desaparecerem (SANTOS et al., 2006). Quando um desses sintomas permanece por um tempo maior que o esperado, resulta em um quadro de atraso neste período de recuperação, porém isso não se aplica a recuperação pós-operatória em si, já que se o paciente for

atendido, a recuperação pós-operatória irá acontecer normalmente percorrendo os períodos subsequentes.

Também pode ocorrer, como em casos de pós-operatório de cirúrgica cardíaca a fadiga, que é uma manifestação frequentemente encontrada no período pós-operatório mediato e tardio (BERNASON et al., 2008) o que não caracterizaria Recuperação Cirúrgica Retardada, porém esta manifestação em algumas situações pode permanecer por um tempo além do esperado desta forma, prolongando o tempo de recuperação pós-operatória de uma maneira geral.

Diante disso, compreende-se que a recuperação pós-operatória retardada refere-se apenas à extensão do tempo para a recuperação, enquanto que a recuperação pós-operatória comprometida refere-se a qualquer interferência em qualquer fase do processo de recuperação pós-operatória.

A proposta de alteração da redação do enunciado diagnóstico alcançou um escore superior a 0.80 e, portanto foi validado, no entanto, considera-se que a reflexão acerca das sugestões dos peritos diante da proposta de alteração do julgamento “comprometido” do enunciado diagnóstico seja extremamente relevante e, portanto, a identificação de Recuperação pós-operatória comprometida por 2 peritos, como sendo uma proposta para um novo diagnóstico de enfermagem deva ser considerada e explorada em estudos posteriores.

Quanto à sugestão de substituir o termo pós-operatória por anestésico-cirúrgica entende-se que o primeiro seja mais adequado para representar a resposta humana em estudo.

A recuperação pós-operatória possui um sentido amplo, ou seja, refere-se ao retorno do desempenho das funções físicas, psicológicas e sociais pelo indivíduo nas mesmas condições ou em níveis superiores àqueles de antes do procedimento cirúrgico (ALLVIN et al., 2007). Mesmo assim, considerando as características definidoras e fatores relacionados do DE em estudo não é possível realizar a substituição do termo pós-operatória por anestésico-cirúrgica proposta pelos peritos com base nos resultados atuais. Acredita-se que tal substituição deva ser considerada, mas serão necessários outros estudos mais específicos.

Diante da complexa natureza da sugestão para alteração da redação do enunciado diagnóstico, foi fundamental os comentários apresentados pelos peritos, além da análise numérica deste item.

De acordo com LoBiondo-Wood e Haber (2001) a obtenção de consenso através da análise de especialistas para a obtenção de validação de conteúdo é complexa e muitas vezes se faz necessário realizar alterações de conteúdo sugeridas por estes e encaminhar para um painel de peritos novamente para que se alcance o proposto, a validação do conteúdo.

Polit e Beck (2011) descrevem que não há um modelo completamente exato para validar todos os aspectos de um conteúdo, isto exige do autor considerar outras formas de análise, além daquelas propostas pelo método adotado. Neste estudo, identificou-se esta necessidade de considerar além do resultado numérico para a validação de conteúdo proposto por Fehring (1987), mas também a análise das sugestões e comentários feitos pelos peritos, o que foi fundamental para a construção do enunciado diagnóstico que será apresentado.

Como resultado da análise do conteúdo do enunciado diagnóstico Recuperação Pós-operatória Comprometida, obteve-se a validação pelos peritos.

6.2.2.2. Validação da definição do diagnóstico

Os peritos avaliaram a adequação da sugestão de alteração de redação da definição do diagnóstico apresentado pela NANDA-I (2011), Recuperação Cirúrgica Retardada de “Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar” para “Alteração no processo de recuperação pós-operatória que pode levar a extensão do número de dias de pós-operatório para reiniciar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem estar”. Na Tabela 5 apresentam-se as respostas dos peritos.

Tabela 5. Distribuição das respostas dos peritos quanto à sugestão de alteração de redação do enunciado diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada, São Carlos, 2011.

Níveis de adequação	Respostas dos peritos
	N
Nada adequado	1
Muito adequado	0
De algum modo adequado	8

Muito adequado	16
Muitíssimo Adequado	20
Total de Peritos	45
Escore Final	0,80

O escore final obtido para a aceitação das sugestões feitas na definição foi 0,80.

As sugestões apresentadas pelos peritos foram relacionadas à redação da definição de forma a esclarecê-la (16 peritos). Um perito não considerou a definição adequada justificando que a definição proposta neste estudo remete a um novo diagnóstico de enfermagem.

Foi levantada pelos enfermeiros peritos a importância de se esclarecer na definição do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada quanto a qual período pós-operatório este se aplica.

A recuperação pós-operatória é estabelecida por um processo percorrendo três fases, recuperação imediata que ocorre até as primeiras 24 horas após o término do procedimento cirúrgico; é o período em que o paciente recupera seus reflexos protetores e funções motoras vitais, geralmente ocorre em uma área de monitoramento contínuo como a unidade de recuperação pós-anestésica; recuperação intermediária envolve o período pós-operatório mediato, momento em que o paciente alcança critérios estabelecidos para a alta hospitalar, a recuperação da estabilidade das funções vitais e a recuperação tardia que é o momento em que o paciente retorna ao seu estado fisiológico pré-operatório (ALLVIN, 2007; AWAD; CHUNG, 2006; MORAES; PENICHE, 2003; MARSHALL; CHUNG, 1999).

Comparando a definição do diagnóstico da NANDA-I (2010) e as definições das fases da recuperação pós-operatória é possível inferir que o diagnóstico envolve todas as fases do processo de recuperação pós-operatória, e por questões de esclarecimento da definição, a referência a estas fases poderia ser contemplada.

No entanto, as características definidoras e fatores relacionados para o diagnóstico não contemplam os problemas envolvidos no período de recuperação pós-operatória imediata, sendo assim, reforça-se a necessidade de novos estudos para identificar a possibilidade do diagnóstico em questão também abranger o período de recuperação pós-anestésica. Diante disso, acredita-se que o DE

Recuperação Cirúrgica Retardada envolva as fases mediata e tardia do período pós-operatório.

Sendo assim, identifica-se a necessidade de alterar a definição proposta para o diagnóstico, retirando parte da definição que faz menção ao comprometimento da recuperação pós-operatória e incluir a referência aos períodos desta fase. Sendo apresentada como “Extensão do número de dias de pós-operatório mediato (além de 7 dias após a cirurgia) e/ou tardio (além de 90 dias após a cirurgia) para reiniciar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem estar”.

Durante a validação da definição do diagnóstico RCR também identificou-se a mesma situação encontrada na etapa de validação do enunciado diagnóstico. Conforme a análise numérica da proposta de alteração da definição do DE obteve-se um consenso entre os peritos quanto a sua pertinência, pois este processo obteve uma pontuação de 0,80. No entanto, os comentários apresentados por estes para esta etapa identifica a necessidade de novas alterações a serem realizadas na definição do DE necessitando de nova análise por especialistas para obter assim a validação do conteúdo.

6.2.2.3. Validação das características definidoras

Conforme apresentado anteriormente, a partir da análise de conceito foi possível identificar novas características definidoras para o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada, sugestões de alteração de redação e de agrupamento de características definidoras existentes na NANDA-I (2010).

Serão apresentados separadamente os resultados e as discussões de acordo com as propostas para as características definidoras.

❖ Características definidoras originais da NANDA-I (2010).

No Quadro 12 estão apresentadas as características definidoras da NANDA-I (2010) com as respectivas respostas dos peritos para esta etapa da validação, bem como o escore final da validação para cada característica.

Características Definidoras	Peritos n	Escore Final
Adia o retorno das atividades de trabalho e emprego	43	0,72
Perda de apetite com náusea	44	0,66
Perda de apetite sem náusea	44	0,62
Relato de dor	44	0,81
Dificuldade para movimentar-se	45	0,76
Evidências de interrupção na cicatrização na área cirúrgica (p. ex., vermelha, endurecida, imobilizada, drenada)	44	0,88
Percepções de que é necessário mais tempo para a recuperação	45	0,74
Precisa de ajuda para completar o autocuidado	45	0,78
Fadiga	44	0,72
Relato de desconforto	44	0,86

Quadro 12. Respostas dos peritos quanto à avaliação das características definidoras originais da NANDA-I (2010) para o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.

Todas as características definidoras apresentadas pela NANDA-I (2010) receberam um escore maior do que 0,50, ou seja, foram consideradas significativas ao diagnóstico em processo de validação e necessitam de estudos mais aprofundados para que sejam efetivamente validadas.

Dentre estas características, 3 receberam uma pontuação igual ou superior a 0,80, Relato de dor, Evidências de interrupção na cicatrização na área cirúrgica (p. ex., vermelha, endurecida, imobilizada, drenada) e Relato de desconforto com escores de 0,81, 0,88 e 0,86 respectivamente.

Fehring (1987) descreve que as características definidoras que receberam escores iguais ou superiores a 0,80 são características “muito adequadas à situação”, aplicando-se às características aqui apresentadas.

No trabalho de Galdeano (2007) quando uma característica definidora recebeu uma pontuação superior a 0,50 até 0,79 foram considerados características secundários e quando receberam escore igual ou superior a 0,80 foram denominados de características primárias, porém ambas adequadas à situação.

Deste modo, as três características definidoras que receberam escore superior a 0.80 são consideradas validadas, enquanto que as demais características definidoras que receberam pontuação entre 0,62 e 0,78 necessitam de novos estudos envolvendo-as a fim de identificar sua pertinência ao DE em estudo.

As sugestões dos peritos foram relativas à redação das características definidoras por 4 deles e redação das definições operacionais por 5 peritos.

A dor é definida pela Associação Internacional para Estudos da Dor (2007) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos deste”. A dor pós-operatória é decorrente do trauma/lesão proveniente do procedimento cirúrgico, distensão visceral ou doença, tornando-se um fenômeno muito frequente no período pós-operatório, além de ser, uma das manifestações mais comumente referidas pelo paciente neste período (ERIKSEN; et al, 2009; MENDONZA; PENICHE, 2008; PIMENTA; et al, 2001).

Com o avanço das técnicas de anestesia e cirurgia, a dor pós-operatória vem apresentando um declínio importante, porém ainda é uma manifestação frequente durante este período. O Relato de dor demonstra uma falha ou até mesmo resistência a estas intervenções.

A cicatrização das incisões cirúrgicas em sua grande maioria ocorre por aproximação das bordas através de fios de sutura (cicatrização por primeira intenção), percorre um processo cicatricial através da fase inflamatória, proliferativa e remodeladora (FERREIRA; ANDRADE, 2006). Na fase inflamatória ocorre a ação de mediadores bioquímicos favorecendo a coagulação no leito da ferida e ativação de células de defesa para o local da lesão para promover a remoção de tecido danificado (tecido conjuntivo, colágeno, elastina e proteoglicanas) (MENDONÇA; COUTINHO-NETTO, 2009). Nesta fase, observa-se sinais flogísticos ao redor da incisão cirúrgica com duração média de 7 dias (FERREIRA; ANDRADE, 2006).

A fase proliferativa é marcada pela proliferação de tecido de granulação que substituirá o tecido lesionado por volta de 4 dias do início da lesão, este tecido permite o crescimento celular e de novos vasos sanguíneos (angiogênese) responsáveis pelo aporte de oxigênio e nutrientes fundamentais para o metabolismo celular local, através da produção de uma nova matriz celular (MENDONÇA; COUTINHO-NETTO, 2009). Na incisão cirúrgica os sinais inflamatórios não são mais evidenciados, as bordas das feridas adquirem uma coloração entre tonalidades

avermelhadas para rosa, tem duração de 10 a 14 dias (FERREIRA; ANDRADE, 2006).

A última fase inicia-se após 15 dias da incisão e pode durar até após 2 anos, uma vez que ocorre uma remodelagem e organização do tecido cicatricial a fim de obter a reestruturação tecidual normal; as bordas encontram-se totalmente cicatrizadas e de coloração rósea, que é sinal de maturação epitelial (MENDONÇA; COUTINHO-NETTO, 2009; FERREIRA; ANDRADE, 2006).

Existem fatores que podem interferir no processo de cicatrização das feridas operatórias que relacionam-se ao procedimento realizado, ao paciente e a presença de microorganismos (FERREIRA; ANDRADE, 2006). A infecção do sítio cirúrgico é uma importante causa de interrupção do processo de cicatrização e uma séria complicação em todos os tipos de cirurgias (WATANABE et al., 2010).

Complicações relacionadas a cicatrização das feridas cirúrgicas resultam em deiscência de linha de sutura, retorno do paciente ao centro cirúrgico, novas internações hospitalares e atraso na recuperação de cirurgias (PATEL et al., 2007).

As manifestações da interrupção do processo de cicatrização são decorrentes de resposta inflamatória prolongada acompanhada de sinais flogísticos como edema, hiperemia, endurecimento, calor e dor local e ao redor da incisão, presença de extravasamento de secreção purulenta, acompanhado ou não por deiscência (WATANABE et al., 2010).

O desconforto foi considerado um preditor de necessidades de cuidados de saúde após a alta de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, que deve receber a atenção devida (GAO et al., 2009).

O Relato de desconforto é uma manifestação que deve ser considerada como indício de recuperação cirúrgica retardada, pois a sensação de conforto faz parte da dimensão emocional da recuperação pós-operatória conforme apresentado por Myles et al. (2000). Quando estes autores descrevem sobre as dimensões da recuperação pós-operatória, inferem que, para a completa recuperação o paciente deverá ter todas as dimensões da recuperação atendidas, sendo estas: estado emocional (envolvendo sensações de conforto, bem estar, ansiedade, depressão), conforto físico, suporte psicológico, independência de atividades, além da dor (MYLES et al., 2000). No entanto, neste estudo não foi possível identificar a pertinência desta CD ao diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada através do processo de validação.

A CD Adia o retorno às atividades de trabalho e emprego recebeu escore total 0,72. Na literatura científica estudos que analisaram as características da recuperação pós-operatória de diversos tipos de cirurgias utilizam o retorno às atividades de trabalho e emprego como um dos principais desfechos para identificar a completa recuperação dos pacientes (ERIKSEN, 2009; WONG et al., 2009; ALLVIN et al., 2008; BERNASON et al., 2008; BRENT et al., 2007; NISHIMORI et al., 2007; FOLDEN;TAPPEN, 2007).

As características definidoras de Perda de apetite com e sem náuseas receberam uma pontuação final de 0,66 e 0,62 respectivamente. A literatura apresenta a perda de apetite e a náusea como manifestações frequentes no pós-operatório. A náusea juntamente com vômito são foco de estudo de anesthesiologistas e outros profissionais que atuam nessa área, no sentido de identificar terapêutica adequada para essas manifestações, analisar os fatores de risco e identificar o impacto destas na recuperação pós-operatória.

A recuperação pós-operatória requer alívio de manifestações físicas vivenciadas neste período, estas manifestações envolvem dor, náusea, fadiga, perda de apetite e dificuldades para dormir (ALLVIN et al., 2007), diante disso, o prolongamento destas manifestações são características de Recuperação Pós-operatória Retardada.

Neste sentido as características definidoras de Perda de apetite com ou sem náusea, Fadiga e Relato de dor devem ser especificamente exploradas em estudo posteriores para o diagnóstico em análise.

A movimentação adequada envolve um aspecto da recuperação que se relaciona a recuperação das funções físicas (HOLLENBECK et al., 2008; ALLVIN et al., 2007). A CD Dificuldade para movimentar-se descreve uma alteração neste aspecto da função física diante de um quadro de prolongamento ou comprometimento da recuperação pós-operatória.

A dificuldade de movimentação relaciona-se com a incapacidade de movimentar-se no leito, do leito para cadeira e vice-versa, movimentar membros superiores ou inferiores, realizara exercícios para fortalecimento muscular, deambular, entre outros; é influenciada no período pós-operatório pelo tipo de procedimento cirúrgico, dor, condições de saúde prévias do paciente e idade (BHATTACHARYYA; GERBER, 2009; LUCAS, 2008; HOLLENBECK et al., 2007).

A característica definidora Percepções de que é necessário mais tempo para a recuperação foi avaliada como “pouco adequado” por 3 enfermeiros peritos e como “de alguma forma adequado” por 10. Atualmente, a avaliação da recuperação pós-operatória sob o ponto de vista do paciente é identificada na literatura internacional através de estudos qualitativos ou utilização de instrumentos específicos para mensurar a recuperação pós-operatória (MYLES et al., 1999, ALLVIN 2009; ALLVIN et al., 2011).

A avaliação da recuperação pós-operatória é feita habitualmente, através de desfechos físicos, psicológicos e econômicos, porém desfechos da recuperação pós-operatória analisados a partir da percepção do paciente demonstram a prioridade para quem esta a vivenciando (MYLES et al., 2000). Estes autores descrevem que as prioridades para a recuperação são diferentes entre pacientes e equipe de saúde, por isso, a percepção do paciente quanto a sua recuperação deve ser considerada (MYLES et al.; 2000).

Allvin et al., 2007, afirmam que o processo de recuperação envolve além de aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, os aspectos habituais que são comprometidos após a intervenção e durante a fase de recuperação necessitam ser alcançados novamente. São estes: estabilização de atividades, responsabilizar-se pelas atividades de vida diária, restaurar o autocuidado e retornar ao trabalho e a dirigir.

Neste contexto, é possível inferir que a CD Necessita de ajuda para completar o autocuidado (que anteriormente à cirurgia era realizado sem ajuda) caracteriza uma situação de prolongamento da recuperação cirúrgica. Porém, a partir do escore obtido durante a análise dos peritos deste estudo não foi validada.

❖ Sugestões de alteração de redação das Características Definidoras

Das características definidoras do DE Recuperação Cirúrgica Retardada apresentadas pela NANDA-I (2010), foi sugerida alteração da redação em três, pois entende-se que desta forma estes elementos do diagnóstico ficarão mais abrangentes para representar as respostas do paciente perante a recuperação pós-operatória.

No Quadro 13 encontram-se as características definidoras com a redação proposta, as respostas dos peritos acerca das alterações e escore final para cada característica.

Características Definidoras	Peritos N	Escore Final
Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudante, membro religioso, etc	0,77	45
Persistência de Fadiga	0,78	45
Persistência de Dor	0,77	45

Quadro 13. Escore final atribuído pelos peritos na avaliação das sugestões de redação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.

Todos os enfermeiros que participaram do estudo como peritos dessa etapa de validação responderam a este item e apontaram que as alterações sugeridas para a redação de três características definidoras são de algum modo adequadas ao diagnóstico mas não validadas e, portanto devem ser novamente exploradas em outros estudos a fim de se estabelecer a validação de conteúdo.

Os peritos apresentaram sugestões quanto à redação das características definidoras e definições operacionais.

Entre as sugestões acerca da redação das características definidoras 11 peritos apontaram para a característica “Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudante, membro religioso, etc”.

Entre as sugestões para esta característica definidora encontra-se a proposta de “Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudo, religiosas, etc”. Esta alteração possibilita a redação da característica definidora de forma mais clara.

Sugeriu-se também alteração da ordem das atividades sociais para: “familiares, trabalho, emprego, estudo e religiosas”.

Alguns peritos também apresentaram a proposta de supressão da característica definidora “Adia o retorno às atividades sociais”, considerando que a

versão proposta neste estudo possui um maior caráter de abrangência da situação, acredita-se expressar de forma significativa o atributo.

Diante das argumentações realizadas pelos peritos, considera-se adequada a seguinte redação para a característica definidora: “Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudo, religiosas, etc”.

Esta nova redação da CD envolve aspectos sociais e habituais do processo de recuperação pós-operatória (ALLVIN et al., 2007), o que merece atenção especial, pois Herrera, Wong e Chung (2007) consideram a habilidade do paciente em reassumir as atividades habituais como padrão ouro para indicar a recuperação cirúrgica.

Quanto a característica definidora “Persistência de dor”, 3 peritos não a consideraram adequada justificando que a maneira como está proposta a redação sugere que *“o paciente apresentava um quadro de dor no período pré-operatório e que permaneceu durante o período pós-operatório”*.

A dor pós-operatória é uma importante manifestação apresentada pelo paciente que vivencia este período, pode ser identificada através das queixas expostas pelos pacientes, bem como, identificada pelo profissional ao avaliar clinicamente o paciente operado durante a busca de alterações biológicas (MIRANDA et al.; 2011), por isso foi considerado que manter a característica definidora como esta na NANDA-I (2010) “Relato de dor” não atenderia todas as situações explicitadas anteriormente.

A dor pós-operatória identificada em caráter persistente durante o período pós-operatório de maneira geral, ou seja, tanto no pós-operatório imediato como mediato, não é um evento considerado esperado para esse período, portanto, ao ser identificada caracteriza uma resposta alterada do paciente a recuperação pós-operatória. Vadivelu, Mitra e Narayan (2010) descrevem a dor pós-operatória como sendo uma entre três principais causas de atraso na recuperação pós-operatória imediata.

A dor que é desencadeada após procedimentos cirúrgicos caracteriza-se inicialmente como dor pós-operatória aguda que é uma manifestação envolvendo respostas autonômicas, psicológicas e comportamentais. Tais respostas estimulam o desenvolvimento de experiências sensitivas e emocionais consideradas desagradáveis e indesejadas (BARASH; CULLEN; STOELTING, 2004).

Neste processo ocorre a produção e liberação de substâncias (histaminas, prostaglandinas, íons hidrogênio, íons potássio, neurotransmissores, glutamato) responsáveis por sensibilizar e excitar receptores livres próximos ao local da lesão, funcionando como mediadores da inflamação, resultando em uma estimulação chamada de nociceptiva (que se trata da detecção, transdução e transmissão de estímulos nocivos ao organismo que os sentem, podendo estes estímulos serem: térmicos, mecânicos ou químicos), tal estímulo é conduzido para o corno posterior da medula espinhal ou para áreas sensitivas dos nervos cranianos, através fibras mielínicas ou amielínicas, e então sinais são enviados para áreas do córtex cerebral onde a dor é interpretada (BARASH; CULLEN; STOELTING, 2004; PIMENTA; et al, 2001).

Alguns estudos demonstram que a dor aguda persistente pode estimular a sua cronificação, pois estados dolorosos de grande intensidade, que são comuns nos primeiros dias pós-operatórios, desenvolvem uma alteração denominada de plasticidade do sistema nervoso central que resulta em um quadro de dor sustentada e prolongada (PETERS; et al, 2007; BARASH; CULLEN; STOELTING, 2004; PIMENTA; et al, 2001).

Discute-se na literatura que a dor crônica pode ser um evento desencadeado por um procedimento cirúrgico e que possivelmente foi inadequadamente tratada, tal manifestação atualmente possui uma ocorrência frequente. Além de ser estimulada através da permanência de dor aguda no período pós-operatório, a dor crônica é uma consequência da injúria nervosa durante procedimento cirúrgico (ERIKSEN; et al, 2009; PETERS, et al; 2007; BARASH; CULLEN; STOELTING, 2004).

Há um consenso de que a dor crônica deverá ser identificada após a sua permanência por um período de 6 meses (BARASH; CULLEN; STOELTING, 2004).

Diante desses esclarecimentos e das sugestões dos peritos para a característica definidora “Persistência de dor”, sugere-se que esta seja redigida como “Persistência de dor pós-operatória”.

Um perito apresentou o mesmo questionamento para a característica definidora “Persistência de fadiga”, com dúvidas sobre o início da fadiga: se foi no período pré-operatório e permaneceu após a cirurgia ou se foi proveniente do procedimento cirúrgico. Diante das considerações feitas propõe-se a redação para esta característica como “Persistência de fadiga proveniente da cirurgia”.

Alguns procedimentos cirúrgicos resultam em manifestações indesejáveis e desagradáveis como é o caso da fadiga após cirurgia de revascularização do miocárdio, diante disso, a presença de fadiga por si só não é suficiente para caracterizar um quadro de retardo na recuperação pós-operatória, mas sim a persistência dessa manifestação (GAO et al., 2009).

Um estudo realizado entre pacientes cirúrgicos ortopédicos, com o objetivo de analisar o perfil da recuperação pós-operatória destes, identificou que entre pacientes que passaram por um processo de recuperação cirúrgica prejudicada a fadiga foi uma manifestação que se iniciou após o procedimento e que se manteve durante o período mediato da recuperação (FOLDEN; TAPPEN, 2007).

❖ Sugestões de agrupamento das Características Definidoras

Apresentou-se uma sugestão de agrupamento das características definidoras “Perda de apetite sem náusea” e “Perda de apetite com náusea” propondo-se uma redação mais sucinta de “Perda de apetite”. Todos os peritos (n = 45) analisaram a proposta de agrupamento das características definidoras e a consideraram “de algum modo adequada” ao diagnóstico recebendo um escore final de 0,78, ou seja, o agrupamento requer melhor argumentação e necessita ser explorado em outros estudos para alcançar a validação para o DE em estudo.

Entre os comentários realizados pelos enfermeiros peritos, 5 reforçaram a relevância do agrupamento dessas características definidoras, por considerarem a característica proposta abrangente para as duas condições, na presença ou não de náusea. Um perito ainda salienta que *“náusea não é um critério definidor tendo em vista que pode ou não ocorrer”*.

Sete enfermeiros concordaram com a fusão das características definidoras, porém identificam a necessidade de uma característica definidora específica para “Náusea”.

A náusea é um problema de grande incidência durante o período pós-operatório, de reconhecimento da medicina como da enfermagem (POMPEO, 2007; LAGES et al., 2005). É decorrente do procedimento anestésico-cirúrgico e frequentemente manifestado ainda na sala de recuperação pós-anestésica, durante o período pós-operatório imediato. A ocorrência de náusea durante este período

apesar de ser um evento desconfortável e preocupante para o paciente de certa forma, é esperada pela equipe de saúde (POMPEO, 2007).

Para caracterizar o quadro de Recuperação Pós-operatória Retardada, a náusea deverá ser apresentada pelo paciente operado durante um tempo maior do que esperado, ou seja, mais do que 24 horas após o procedimento (MENDES; MONTEIRO; MARTINS, 2009). A partir desta afirmação e da sugestão dos peritos, sugere-se que como CD para o DE em estudo, o termo Náusea deverá ser acompanhado de outros termos, como por exemplo, Náusea pós-operatória persistente.

Nos estudos científicos que investigam o tema Náusea durante o período pós-operatório, observa-se que esta se encontra sempre acompanhada pelo termo Vômito, esses termos juntos são chamados pelos anesthesiologistas como “pequenos grandes problemas” (LAGES et al., 2005; MENDES; MONTEIRO; MARTINS, 2009).

Segundo Pompeo (2007) náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) são episódios de náusea ou vômito que ocorrem no período pós-operatório imediato (ou seja, período que se estende até 24 horas da anestesia).

Diante disso, considerando a importante contribuição de um dos peritos deste estudo, de que seria necessária uma característica definidora de Náusea, acredita-se que a redação da característica definidora Persistência de Náusea e Vômito no pós-operatório seja a mais adequada para o diagnóstico que esta sendo validado.

Esta reflexão vai de encontro com a opinião de 2 peritos quando apontam para a necessidade de expressar claramente na característica definidora Perda de apetite o tempo para que esta seja um atributo do DE Recuperação Pós-operatória Retardada, já que é uma manifestação esperada durante o período pós-operatório. Neste sentido, para melhor expressar a manifestação de Perda de apetite diante de Recuperação Pós-operatória Retardada sugere-se a redação Perda de apetite prolongada.

❖ Sugestões de inclusão de Características Definidoras pela NANDA-I

Apresentou-se aos peritos 6 características definidoras como proposta para inclusão destas pela NANDA-I, os resultados da análise destas características estão apresentadas no Quadro 14.

Características Definidoras	Peritos n	Escore Final
Necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária	44	0,81
Alterações de eliminações fisiológicas	44	0,72
Comprometimento cognitivo	44	0,71
Problemas cardiovasculares	44	0,84
Problemas pulmonares	44	0,85
Problemas com sono e repouso	43	0,73

Quadro 14. Respostas dos peritos quanto à avaliação das características definidoras propostas para inclusão na NANDA-I para o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.

Diante da análise dos peritos para as características definidoras propostas para inclusão pela NANDA-I, três delas obtiveram escores que as apontam como muito significantes, sendo estas: Necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária, Problemas cardiovasculares e Problemas pulmonares e, portanto são válidas ao DE Recuperação Cirúrgica Retardada.

As demais características propostas foram consideradas de algum modo significantes ao diagnóstico, porém requerem novos estudos e não foram validadas neste momento.

A característica Alterações de eliminação fisiológica obteve um escore final de 0,72, sendo considerada pouco adequada por 5 peritos e inadequada por 1 perito. As argumentações apresentadas acerca dessa característica foram de que se trata de um diagnóstico de enfermagem específico por um perito, de que é um fator relacionado por um perito e ainda, 1 perito apontou sobre a necessidade de se estabelecer um tempo de uma semana para que essa característica definidora seja considerada pertinente ao diagnóstico em estudo, visto que é um efeito relacionado ao procedimento anestésico cirúrgico ao jejum prolongado e de certa forma esperado durante a recuperação pós-operatória.

A eliminação de urina é frequentemente comprometida durante procedimentos cirúrgicos específicos, como o caso de histerectomia radical e prostatectomia radical (CIBULA et al.; 2010; COELHO, 2009). A eliminação de urina

e fezes também é comprometida devido ao tipo de procedimento anestésico empregado.

As funções físicas de maneira geral são desempenhadas através da função gastrointestinal, função vesical, movimentação, força muscular e atividade sexual. Precisam ser analisadas continuamente durante a recuperação pós-operatória, pois dependendo do procedimento anestésico-cirúrgico podem ser afetadas durante períodos variáveis.

Para caracterizar a recuperação completa da função física após procedimentos anestésico-cirúrgicos o paciente deverá apresentar adequado funcionamento das funções gastrointestinais e vesicais, movimentação, força muscular e atividade sexual (ALLVIN et al., 2009). Quando estas funções não são recuperadas no tempo esperado após cada tipo de procedimento anestésico cirúrgico, pode-se dizer que há um retardo na recuperação pós-operatória.

A CD Alterações na eliminação fisiológica para este contexto é considerada adequada como CD e não como um diagnóstico, pois a resposta humana alterada é a recuperação do procedimento anestésico cirúrgico. Considera-se ainda que esta CD não pode ser vista como um fator relacionado, pois se trata de uma manifestação clínica que pode ocorrer por vários motivos no período pós-operatório.

Para uma redação mais a clara acerca desta característica definidora é possível indicar a temporalidade para a manifestação, podendo ficar assim redigida: Alterações de eliminações fisiológicas persistentes no período pós-operatório.

Um perito questionou se a CD Necessidade de auxílio para desempenhar as atividades de vida diária não estaria contemplada na característica Precisa de ajuda para completar o autocuidado.

De acordo com Berg et. al., (2010), as atividades de vida diária referem-se àquelas que a pessoa realiza habitualmente como cuidados pessoais, cuidar da casa, cuidar dos filhos, cuidar do jardim, fazer compras, cozinhar, dirigir entre outras, enquanto que as atividades referentes ao autocuidado envolvem somente aquelas que se direcionam ao cuidado pessoal como vestir-se, higienizar-se, alimentar-se entre outras. Portanto, considera-se que as duas características definidoras apresentadas separadamente são adequadas.

6.2.2.4. Validação dos fatores relacionados

Os fatores relacionados do DE Recuperação Cirúrgica Retardada submetidos à validação por especialistas foram os originais da NANDA-I (2010) e novos fatores relacionados propostos para inclusão pela NANDA –I.

❖ Fatores relacionados originais da NANDA-I (2010)

No Quadro 15 se encontram as respostas dos peritos para a validação dos fatores relacionados apresentados na NANDA-I (2010).

Fatores Relacionados	Peritos N	Escore Final
Dor	42	0,85
Expectativas pré-operatórias	44	0,64
Infecção pós-operatória no local da cirurgia	44	0,87
Obesidade	44	0,83
Procedimento cirúrgico extenso	45	0,81
Procedimento cirúrgico prolongado	41	0,86

Quadro 15. Respostas dos peritos quanto à avaliação dos fatores relacionados originais da NANDA-I para o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.

Dentre os fatores relacionados da NANDA-I (2010) analisados pelos peritos todos foram considerados muito adequados ao diagnóstico com exceção de Expectativas pré-operatórias que recebeu um escore final de 0,64, portanto não foi validada.

Três peritos consideraram o fator relacionado Expectativas pré-operatória como inadequado a situação e justificaram possuir um caráter de subjetividade extremo. Embora este fator relacionado seja subjetivo, estudos apontam para a influência na recuperação anestésico cirúrgica de expectativas apresentadas pelos pacientes antes da cirurgia (HOLLENBECK et al., 2009).

Em estudo que visava analisar a influência de fatores psicológicos na recuperação pós-operatória foi identificado que quanto maiores os níveis de ansiedade pré-operatória pior a recuperação (RAMOS et al.; 2008). Outro estudo que analisou a influência da ansiedade na recuperação de crianças que passaram por amigdalectomia e adenoidectomia identificou que o aumento da ansiedade pré-operatória associa-se ao aumento de incidência de dor pós-operatória, consumo de analgésicos, perda de apetite e distúrbios do sono (KAIN et al., 2010).

Deste modo, considera-se pertinente a alteração do fator relacionado da NANDA-I (2010) de Expectativas pré-operatórias para Ansiedade pré-operatória. Esta alteração requer exploração por novos estudos.

A Dor foi considerada inadequada ao diagnóstico, como fator relacionado, por 2 enfermeiros peritos, pois a avaliaram como uma característica definidora. A dor pós-operatória é um importante evento após o procedimento anestésico cirúrgico que deve ser cautelosamente considerado pela equipe perioperatória.

Entende-se que a regressão de sintomas dolorosos no período pós-operatório seja natural e gradual, porém sua permanência de dor ou a ausência de seu alívio pode ocasionar respostas deletérias para o organismo que a sente. Entre essas respostas, encontram-se alterações no sistema respiratório (redução na complacência pulmonar, dificuldade de ventilação profunda e redução da eliminação de secreções pelo trato respiratório através da incapacidade de tosse; tais manifestações são encontradas com frequência quando as cirurgias são realizadas na região torácica e abdominal), cardiovasculares (geração de estimulação simpática e subsequentemente taquicardia, aumento do débito e trabalho cardíaco e aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio), gastrointestinais (contribui para a ocorrência de náuseas, vômitos e íleo paralítico), endócrino-metabólico (resulta em aumento do tônus simpático, estimulação hipotalâmica, aumento de secreção de catecolaminas, hormônios catabólicos e diminuição de secreção de hormônios anabólicos; os efeitos dessas alterações são retenção de sódio e água, aumento da glicemia) e psicológicos, além de reduzir a movimentação e deambulação precoce e interrupção do sono (TANAKA; TENORIO; SOUZA, 2009; MENDONZA; PENICHE, 2008; PIMENTA; et al, 2001).

A permanência de dor pós-operatória leva ao aumento do consumo de analgésicos que por sua vez possuem efeitos indesejáveis e se a dor aguda não for resolvida pela terapia medicamentosa pode se cronificar.

Neste sentido, pode-se afirmar que existe uma relação da dor como um fator relacionado para o DE Recuperação Cirúrgica Retardada. Embora esta seja uma manifestação clínica, atrelada a ela existem inúmeras complicações que podem resultar no retardo da Recuperação pós-operatória.

Quatro peritos sugeriram a substituição do termo “complexo” por “extenso” para o FR Procedimento cirúrgico extenso, e requer um novo processo de validação para que se efetue tal substituição.

A definição do termo “complexo” refere-se ao envolvimento de muitos elementos ou partes, ainda, relaciona-se a complicações (MICHAELIS, 2011). Enquanto que o termo “extenso” é apresentado como algo que tem extensão, algo duradouro (MICHAELIS, 2011).

Embasado pelas definições apresentadas entende-se que o termo “extenso” esteja contemplado no fator relacionado Procedimento cirúrgico prolongado. Pois, de acordo com Haridas et al. (2008) e Peters et al. (2007) os procedimentos cirúrgicos prolongados relacionam-se a um tempo de cirurgia prolongado em um período igual ou superior a 3 horas.

Os procedimentos cirúrgicos complexos são apresentados como uma cirurgia que requer uma abordagem complexa da área a ser operada podendo ou não necessitar de uma manipulação mais invasiva (BRENT; et al, 2007; PETERS; et al, 2007).

Diante dessas definições e da análise dos peritos para este fator relacionado entende-se que a substituição proposta por eles seja possivelmente adequada e deve ser submetida a análise de enfermeiros peritos em estudos posteriores para obter a validação.

❖ Fatores relacionados sugeridos para inclusão pela NANDA-I

O Quadro 16 sintetiza a avaliação dos peritos para os fatores relacionados propostos neste estudo para inclusão no DE Recuperação Cirúrgica Retardada pela NANDA-I.

Fatores Relacionados	Peritos N	Escore Final
Problemas decorrentes da anestesia	45	0,86
Fadiga	45	0,63
Tabagismo	45	0,79
Presença de comorbidades	45	0,87
Náuseas e Vômitos	45	0,67
Hipotermia perioperatória	45	0,68
Condições nutricionais comprometidas	44	0,85
Falta de suporte social	43	0,73
Idade avançada	41	0,81

Quadro 16. Respostas dos peritos quanto à avaliação dos fatores relacionados propostos para inclusão pela NANDA-I para o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.

Nesta etapa, 4 fatores relacionados obtiveram escores acima de 0,80, ou seja, válidos ao diagnóstico e os demais foram considerados de algum modo adequados já que obtiveram escores menores que 0.80 e, portanto requerem novos estudos.

Entre os fatores relacionados de algum modo adequados a Fadiga que foi analisada por todos os enfermeiros, foi julgada como inadequada ao diagnóstico por 2 peritos e pouco adequada por 11, além disso 4 peritos a identificaram como uma característica definidora.

A fadiga mesmo sendo um evento esperado no pós-operatório de alguns procedimentos cirúrgicos pode contribuir para resultados ruins durante a recuperação e afetar a qualidade de vida (BERNASON et al., 2008). Após cirurgia cardíaca a manifestação de fadiga por mais de 3 meses após a alta hospitalar pode interferir na recuperação fisiológica e psicológica dos pacientes e por consequência atrasar ou comprometer a recuperação psicossocial (ABBOTT; BERNASON; ZIMMERMAN, 2010).

Nos estudos sobre recuperação cirúrgica, a fadiga foi identificada como uma característica definidora quando atinge um caráter de longa permanência e também como um fator relacionado enquanto manifestação aguda. Em estudo realizado na

Dinamarca, a Fadiga apresentou uma influência negativa na recuperação de pacientes em pós-operatório de cirurgia abdominal, impedindo-os de reassumir as atividades de vida diária e atividades realizadas em sociedade (ERIKSEN et al., 2009).

Entretanto, a avaliação dos peritos para a Fadiga como um fator relacionado demonstrou a necessidade de novos estudos voltados para a avaliação da fadiga no período pós-operatório, além disso, um número expressivo de peritos (33,33%) a identificaram como não adequada à situação.

O FR Náusea e Vômito pontou 0.67 durante a análise dos peritos, e 2 peritos não o identificaram como FR mas como CD e 3 enfermeiros ainda não o identificaram como uma causa direta do diagnóstico em questão.

Apesar destas argumentações náuseas e vômitos pós-operatórios conforme apresentado anteriormente, consistem em importantes problemas durante o período pós-operatório por serem as complicações mais frequentes durante a recuperação anestésica (LAGES et al., 2005), sendo considerado importante o desenvolvimento de novos trabalhos afim de identificar a pertinência deste FR ao DE em estudo.

A relação da Náusea e Vômito com o DE Recuperação Cirúrgica Retardada enquanto seu fator relacionado justifica-se diante da possibilidade de que alguns pacientes podem sofrer de quadros intratáveis, retardando a recuperação, a alta hospitalar, reinternações e originar problemas importantes como deiscências de linhas de sutura, pneumonia aspirativa, desidratação, distúrbio eletrolítico, rotura esofágica, aumento da pressão intracraniana (LAGES et al., 2005), aumento da pressão venosa central, aumento da dor pós-operatória devido ao esforço para vomitar (MENDES; MONTEIRO; MARTINS, 2009) e aumento da pressão intraocular (PATTI; VIEIRA; BENSEÑOR, 2008).

Um perito sugeriu substituir a palavra “suporte” por “apoio” no FR Falta de suporte social, esta sugestão foi considerada pertinente, uma vez que torna-se mais clara ao contexto brasileiro e requer novo processo de validação para identificar entre peritos esta adequação.

Ainda acerca do FR Falta de suporte social, 2 peritos não o avaliaram como causa direta do diagnóstico em questão, no entanto, na literatura o Suporte social é apresentado como um importante fator para a recuperação de procedimentos anestésico cirúrgicos (KAN, 2009; GRANT; JOHN; PATTERSON, 2009).

Atualmente o tempo de permanência de internação hospitalar do paciente cirúrgico está gradualmente reduzido, além disso, o avanço das técnicas anestésicas e cirúrgicas permitem a realização de cirurgias ambulatoriais cada vez mais complexas. Com isso, o paciente passa a maior parte do período pós-operatório no domicílio fazendo com que recorra ao suporte de familiares e/ou amigos para que assumam o cuidado nesse período (FRIEDLANDER; LAGE, 2003).

No contexto do ambiente domiciliar, o paciente e seus familiares podem necessitar de informações acerca dos cuidados que devem ser realizados, como alimentação, esclarecimentos de dúvidas entre outras necessidades e para tanto, o suporte de profissionais de saúde, unidades de saúde e ambulatórios são fundamentais.

O suporte social de familiares e amigos foi um dos fatores que influenciaram a recuperação de pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas em estudo desenvolvido por Grant, John e Patterson (2009), estes pacientes consideraram fundamental o suporte que receberam durante o processo de recuperação pós-operatória especificamente quanto ao desempenho das atividades físicas através de auxílio na movimentação, encorajamento para o desempenho destas atividades.

Estes achados foram similares no estudo de Kan (2009), que comprovaram que o suporte social teve uma significativa contribuição para a percepção de recuperação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

Quanto a pertinência do fator relacionado Hipotermia perioperatória, este fator foi considerado válido pelos peritos e para 8 deles não é adequado ao diagnóstico. Dois peritos argumentaram que embora este seja um fator que possui relação com complicações pós-operatórias não o identificam como um fator relacionado para Recuperação Pós-operatória Retardada.

Na literatura, encontram-se referências quanto à relação da hipotermia perioperatória e a incidência de infecção no sítio cirúrgico, que se relaciona a vasoconstrição e comprometimento da imunidade (SAJID et al., 2009). A vasoconstrição ocasionada com a queda da temperatura corporal durante o período perioperatório por reduzir a concentração de oxigênio tecidual diminuindo a resistência à infecção (SAJID et al., 2009). É ainda descrita a relação de hipotermia com o metabolismo de drogas e proteínas que podem comprometer a cicatrização (POVEDA; GALVÃO; SANTOS, 2009).

Diante destes dados encontrados na literatura e a opinião de alguns peritos, percebe-se que a hipotermia possui relações com complicações que ocorrem no período pós-operatório que por sua vez podem estender o tempo de recuperação, não se relacionando diretamente, mas indiretamente com o retardo da recuperação pós-operatória. Portanto, considerou-se pertinente o resultado do processo de validação para este FR.

7. CONCLUSÕES

Os dados obtidos a partir da análise de conceito Recuperação Cirúrgica Retardada reforçam parte dos fatores relacionados e características definidoras existentes na NANDA-I e também sugerem a possibilidade de revisão destes elementos para que haja uma maior clareza acerca desta resposta humana e, conseqüentemente, maior acurácia quando da elaboração deste diagnóstico.

Além disso, foi sugerido o desenvolvimento de novos estudos envolvendo a adequação da redação do título do diagnóstico, definição, características definidoras e fatores relacionados. Foram ainda identificados possíveis elementos adicionais para compor o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada pela NANDA-I.

Vale ressaltar, no entanto, que como os conceitos mudam com o decorrer do tempo, sua análise e compreensão também mudam e, sendo assim, uma análise de conceito não pode ser considerada finalizada.

A análise de conceito permitiu ainda a elaboração da definição operacional de cada característica definidora e fator relacionado do diagnóstico estudado, o que é fundamental tanto para uma melhor compreensão do mesmo, quanto para a validação do diagnóstico por especialistas.

Para atender o objetivo de validação de conteúdo do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada foram convidados a participar desta etapa 102 enfermeiros, sendo que o convite foi feito por contato via e-mail, 45 enfermeiros apresentaram retorno positivo.

Dentre estes, 42 (93,33%) enfermeiros possuíam experiência profissional em assistência de enfermagem e 41 (91,11%) em ensino de graduação em enfermagem, sendo que 60,00% destes possuem 10 anos ou mais de experiência profissional e 88,88% atuam na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica. Quanto à titulação, 62,22% dos enfermeiros possuíam o título de doutor e os demais possuem o título de mestre.

A maioria dos enfermeiros (95,55%) relatou possuir experiência com diagnósticos de enfermagem e 84,44% utilizavam a NANDA-I como classificação de diagnósticos de enfermagem. Quando ao desenvolvimento de trabalhos científicos na área de diagnósticos de enfermagem, 57,77% dos enfermeiros responderam que esta era a área de suas teses e dissertações e 57,77% referiram possuir publicações em revistas científicas abordando o mesmo tema.

Os enfermeiros atribuíram valores que indicaram a adequação de:

- ❖ sugestões para alterações na redação do enunciado diagnóstico e definição,
- ❖ características definidoras apresentadas pela NANDA-I (2010),
- ❖ sugestões de alterações de redação de algumas características definidoras,
- ❖ sugestões de inclusão de características definidoras pela NANDA-I,
- ❖ fatores relacionados apresentados pela NANDA-I (2010),
- ❖ sugestões de inclusão de fatores relacionados pela NANDA-I.

A avaliação dos peritos diante da proposta de alteração do enunciado diagnóstico de Recuperação Cirúrgica Retardada para Recuperação Pós-operatória Comprometida foi considerada muito adequada, obtendo um escore de 0,85, no entanto, os peritos consideram que o termo Recuperação pós-operatória retardada refere-se apenas à extensão do tempo para a recuperação, enquanto que Recuperação pós-operatória comprometida refere-se a qualquer interferência em qualquer fase do processo de recuperação pós-operatória. Sendo assim, obteve-se a validação para o enunciado Recuperação Pós-operatória Retardada.

A proposta de substituição do termo “cirúrgica” por “pós-operatória” foi vista como adequada pela maioria dos peritos.

A substituição do julgamento “retardada” por “comprometida” foi considerada extremamente relevante e, 2 peritos identificaram o enunciado Recuperação pós-operatória comprometida como uma proposta para um novo diagnóstico de enfermagem devendo assim ser considerada e explorada em estudos posteriores.

A análise dos peritos para a proposta de alteração da definição do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada de “Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar” para “Alteração no processo de recuperação pós-operatória que pode levar a extensão do número de dias de pós-operatório para reiniciar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem estar”, obteve um escore de 0.80.

Diante das sugestões apresentadas pelos peritos a definição para o diagnóstico de enfermagem foi apresentada como “Extensão do número de dias de pós-operatório mediato (além de 7 dias após a cirurgia) e/ou tardio (além de 90 dias após a cirurgia) para reiniciar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem estar”. Devido a complexidade das sugestões apresentadas pelos peritos nesta fase do

estudo propõem-se novos estudos envolvendo tais sugestões e modificações e possivelmente validá-las.

Quanto à validação das características definidoras originais da NANDA-I 3 destas receberam escores iguais a 0,88, 0,86 e 0,81 respectivamente, portanto, foram validadas, sendo elas Evidências de interrupção na cicatrização na área cirúrgica (p. ex., vermelha, endurecida, imobilizada, drenada), Relato de desconforto e Relato de dor. As demais características definidoras receberam pontuação entre 0,62 e 0,78, sendo estas características de algum modo adequadas à situação, no entanto, é importante o desenvolvimento de novos estudos envolvendo-as para identificar a significância destas ao diagnóstico em estudo.

Das características definidoras com proposta de alteração da redação todas receberam escores inferiores a 0.80, ou seja, não foram validadas peritos, porém estes apontaram sugestões quanto à redação dessas CD de modo a torná-las mais claras. As sugestões foram analisadas pela pesquisadora e orientadora deste estudo, e então parcialmente acatadas, porém necessitam de novos estudos envolvendo-as para identificar a pertinência destas alterações.

Desta forma a CD Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudante, membro religioso, etc, ficou assim redigida: Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudo, religiosas, etc. Para a característica definidora Persistência de dor sugere-se a redação como Persistência de dor pós-operatória.

Para a sugestão de agrupamento das CD Perda de apetite sem náusea e Perda de apetite com náusea para Perda de apetite, os peritos (n = 45) não a consideraram válida recebendo um escore final de 0,78. Com base nas sugestões apresentadas pelos peritos que se faz necessário uma CD específica para Náusea, sugere-se a CD Persistência de náusea e vômito no pós-operatório. Porém, tais sugestões devem ser investigadas através de novos estudos.

Das CD propostas neste estudo para o DE Recuperação Cirúrgica Retardada pela NANDA-I, 3 delas foram validadas pelos peritos, pois receberam escores 0.81, 0.84 e 0.85 respectivamente, são elas, Necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária, Problemas cardiovasculares e Problemas pulmonares. As demais CD propostas não foram validadas.

A validação dos fatores relacionados propostos pela NANDA-I para o DE em estudo foram avaliadas pelos peritos em sua maioria como muito adequadas a

situação, isto é, foram validadas; com exceção do FR Expectativas pré-operatórias que obteve um escore de 0,64, portanto, não foi considerado válido ao diagnóstico em estudo pelos peritos. Considera-se pertinente a proposta de alteração do fator relacionado da NANDA-I de Expectativas pré-operatórias para Ansiedade pré-operatória, para isso, são necessários novos estudos.

Quanto aos FR propostos para inclusão pela NANDA-I, os fatores Problemas decorrentes da anestesia, Presença de comorbidades, Condições nutricionais comprometidas e Idade avançada receberem escores superiores a 0.80 e foram avaliados como muito adequados a situação, os demais fatores relacionados propostos neste estudo não foram validados.

Ocorreram sugestões dos peritos em substituir a palavra “suporte” por “apoio” no FR Falta de suporte social e a palavra “extenso” por “complexo” no FR Procedimento Cirúrgico Extenso, estas sugestões foram consideradas pertinentes, uma vez que torna-se mais clara ao contexto brasileiro. No entanto, novos estudos envolvendo-as devam realizados a fim de identificar a validade desta.

No Quadro 17 entram-se os elementos do diagnóstico validado pelos peritos.

<p>Enunciado Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Recuperação pós-operatória comprometida
<p>Definição do Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ “Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para reiniciar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem estar”.
<p>Características Definidoras</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Relato de dor ❖ Evidências de interrupção na cicatrização na área cirúrgica (p. ex., vermelha, endurecida, imobilizada, drenada) ❖ Relato de desconforto ❖ Necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária ❖ Problemas cardiovasculares ❖ Problemas pulmonares
<p>Fatores Relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dor ❖ Infecção pós-operatória no local da cirurgia

- ❖ Obesidade
- ❖ Procedimento cirúrgico extenso
- ❖ Procedimento cirúrgico prolongado
- ❖ Problemas decorrentes da anestesia
- ❖ Presença de comorbidades
- ❖ Condições nutricionais comprometidas
- ❖ Idade avançada

Quadro 17. Elementos do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada validados pelos peritos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar o conceito e validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada, para tanto foi realizada uma análise de conceito e a validação por peritos. O DE Recuperação Cirúrgica Retardada envolve um conceito complexo, composto por aspectos que se inter-relacionam envolvendo funções físicas, psicológicas e sociais que se encontram afetadas.

Identificou-se durante a análise de conceito, uma imprecisão ao se estabelecer um ponto exato para caracterizar um quadro de recuperação cirúrgica retardada, visto que, o período pós-operatório é acompanhado de uma série de manifestações físicas, psicológicas e sociais e, portanto, identificar o momento em que tais manifestações deixam de ser características do período pós-operatório e tornam-se características do quadro de recuperação cirúrgica retardada foi uma tarefa difícil.

Analisar o conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada permitiu a construção de uma estrutura teórica que embasou a condução deste estudo e também foi importante para identificar aspectos essenciais desta resposta humana, contribuindo para que a enfermagem possa identificar as necessidades específicas dos pacientes que vivenciam esse momento e que em estudos futuros ações de enfermagem dirigidas para estas necessidades sejam identificadas.

É importante reforçar que há uma necessidade de estudos brasileiros envolvendo a temática de recuperação pós-operatória no contexto do Brasil, visto que, a maioria dos estudos analisados neste trabalho durante a análise de conceito foi composta por publicações internacionais. Além disso, reforça-se a necessidade de condução de estudos envolvendo essa temática com delineamentos experimentais e quase-experimentais, pois embasado em evidências científicas fortes a assistência de enfermagem será fortalecida, bem como o julgamento dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes.

Em buscas na literatura esse parece ser o primeiro estudo brasileiro envolvendo a construção dessa estrutura teórica que visou compreender profundamente os elementos contemplados diante de uma recuperação pós-operatória retardada.

O conhecimento adquirido após a análise de conceito proporcionou ainda, a possibilidade de refinamento do DE Recuperação Cirúrgica Retardada relativas a todos os seus elementos, o que poderá contribuir com o enfermeiro para o emprego de um diagnóstico de enfermagem amplo e que possivelmente melhor represente

esta resposta humana. Tal hipótese também foi identificada após a validação por especialistas, visto que possibilitou uma reestruturação no diagnóstico estudado.

Os resultados obtidos neste estudo reforçaram a adequação de parte das características definidoras e fatores relacionados apresentados pela NANDA-I para o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada, além de possibilitar o desenvolvimento de uma nova redação para o enunciado e definição do diagnóstico de modo a melhor representar a situação vivenciada pelo paciente, bem como, a inserção de novas características definidoras e novos fatores relacionados.

Quanto à validação de conteúdo diagnóstico por peritos, identificou-se que embora a proposta metodológica de avaliação quanto à adequação do DE seja embasada por uma escala numérica e considerada em muitas vezes capaz de validar o que se propõe, foi inegável a importância das sugestões e comentários apresentados pelos peritos durante todo o processo de validação.

O modelo de validação de conteúdo diagnóstico embora amplamente utilizado entre estudos nacionais e internacionais permite o desenvolvimento de lacunas durante o processo de análise do conteúdo, pois a obtenção de consenso entre os especialistas é limitada, e identifica-se através deste estudo a necessidade de se realizar novas análises entre os peritos para atender a validação de conteúdo. Identifica-se que este limite do método adotado tenha sido uma das limitações deste estudo.

Diante disso, é importante destacar que inexistem métodos completamente precisos para garantir uma adequada cobertura do conteúdo validado, isto exige do pesquisador a utilização de métodos paralelos na análise dos resultados, bem como possíveis adaptações dos métodos existentes.

Embora tenha sido possível ampliar a possibilidade de utilização do atual DE, identifica-se a necessidade de novos estudos envolvendo tais elementos durante o período pós-operatório a fim de investigar a pertinência destes à situação.

Identifica-se ainda, a necessidade de realizar a validação clínica de todas essas propostas de alteração do diagnóstico, a fim de identificar sua aplicabilidade na prática clínica.

Foram encontradas limitações durante o desenvolvimento do estudo, entre elas a utilização de uma escala numérica para a análise dos peritos acerca do enunciado e definição do diagnóstico. Julga-se que seja melhor trabalhar com instrumento aberto neste caso.

Os resultados identificados oferecem a possibilidade de revisão do diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada pela NANDA-I e também pela CIPE, além de contribuir para a assistência de enfermagem ao paciente que se encontra com necessidades específicas durante o período pós-operatório decorrente do prolongamento da recuperação além de possibilitar a melhora da qualidade do cuidado de enfermagem junto aos pacientes cirúrgicos.

9. REFERÊNCIAS

ABBOT, A.A.; BERNASON, S.; ZIMMERMAN, L. Symptom burden clusters and their impact on psychosocial functioning following coronary artery bypass surgery. **J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 25, n. 4, p. 301-310, Jul., 2010.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. Tradução: Regina Garcez. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALLVIN, R.; et al. The postoperative recovery profile (PRP) – a multidimensional questionnaire for evaluation of recovery profiles. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 17, p. 236-243, 2011.

ALLVIN, R. Postoperative Recovery: **Development of a Multi-dimensional Questionnaire for Assessment of Recovery**. Örebro University, 2009, 73 f.

ALVIN R; KATARINA B.; IDVALL E, NILSON U. Postoperative recovery: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 57, n.5, p. 552-8, mar, 2007.

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.8, n. 2, p. 259-72, 2006. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm.

AWAD, I.T.; CHUNG, F. Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. **Can J Anesth**, v.53, n. 8, p. 858-872, 2006.

BARASH, P.G.; CULLEN, B.F.; STOELTING, R.K. **Anestesia clínica**. 4ª Ed., Barueri: Manole, 1577p., 2005.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceito. **Rev. Escola Enferm. USP**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 350-357, set., 2005.

CARVALHO, E.C.; KUSUMORA, L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta Paul. Enf.**, n.22, v. esp.1, p. 554-557, 2009.

CARVALHO, E.C.; MELLO, A.S; NAPOLEÃO, A.A.; BACHION, M.M.; DALRI, M.C.B.; CANINI, S.R.M.S. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**: Goiás. v. 10, n.1, p. 235-240, 2008. Disponível em: www.fen.ufg.br

CHAVES, E.C.L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual**. 2008. 255 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

COELHO, J.C.U. et al. **Manual de clínica cirúrgica: cirurgia geral e especialidades**. São Paulo: Atheneu, v.2, 2009.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: www.portalcofen.gov.br. Acesso em 14 de dezembro de 2009.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições brasileiras. Disponível em: www.portalcofen.gov.br. Acesso em 01 de outubro de 2011.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009 “Dispõe sobre a Sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.” Disponível em: www.portalcofen.gov.br. Acesso em 14 de dezembro de 2009.

Conselho Regional de Enfermagem-São Paulo (Coren-SP). Decisão Coren-SP-DIR/008/1999 “Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem –SAE- nas instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo” Disponível em : www.coren.sp.gov/internet/072005. Acesso em 04 de outubro de 2009.

Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). **CIPE Versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem**. São Paulo: Argol, 2007.

CRUZ, D.A.L.M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.p. 63-84.

CRUZ, DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R.R.; et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008, cap.1, p. 25 - 37.

FERREIRA, A.M.; ANDRADE, D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. **Arq. Ciências e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 27-33, jan.-mar., 2006.

FEHRING, R.J. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, ME; et al. **Classification of nursing diagnosis: procedins of the sixth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. St Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung: Journal of Critical Care**. St Louis, v. 16, n. 16, p. 625- 629, Nov. 1987.

FEHRING, R.J. The Fehring Model. In: CARROL -JOHNSON, RM; et al. **Calssification of nursing diagnosis: procedins of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

FRIEDLANDER, M.R.; LAGE, O.C. O acompanhamento do paciente pós-cirúrgico por meio da visita domiciliária. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.16, n.1, p. 49-55, jan – mar, 2003.

GALDEANO, L.E. **Validação do diagnóstico de enfermagem Conhecimento Deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 151p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan.-abr., 2006.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-am Enfermagem**: Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf>

GARCIA, T.R.. Modelos Metodológicos para Validação de Diagnóstico de Enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**: São Paulo, v11, n.3, p. 24-31, 1998. Disponível em <www.scielo.com.br>

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, apresentado na mesa redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

HENDERSON, A.; ZERNIKE, W. A study of the impact of discharge information for surgical patients. **Journal of Advanced Nursing**, v. 35, n. 3, p. 435-44, 2001.

HERRERA, F.J.; WONG, J.; CHUNG, F. A systematic review of postoperative recovery outcomes measurements after ambulatory surgery. **Anesth Analg.**, v. 105, p. 63-69, 2007.

HORTENSE, P.; EVANGELISTA, R.A.; SOUSA, F.A.E.F. Descritores de dor pós-hemorroidectomia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 203-207, março-abril, 2005.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. EDUSP, São Paulo, 1979, 99 p.

HOUAISS, A; VILLAR, MS. **Dicionário Houaiss de língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOSKINS, L. Taxonomy Committee Report. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 13., n. 2, p. 67-68, Jun., 2002.

HOSKINS, LM. Clinical Validation Methodologies for Nursing Diagnosis Research. In: CARROL- JOHNSON, RM; et al. **Classification of nursing diagnosis: procedins of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1989. cap. 19. p. 126-131.

International Association for the Study of Pain. **Proposed Taxonomy Changes**. Disponível em: <http://www.iasp->

pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=6633, Acessado em 10, novembro, 2011.

International Council of Nurses (ICN) [homepage na internet]. Geneva International Classification for Nursing Practice. Version 2. [actualized 2010 May; cited 2010 jul 13]. Disponível em: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/>

JESUS, C.A.C. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 6, n. 1 e 2, p. 37 – 40, jan-jun, 1995.

JOHNSON, M. As Linguagens. JOHNSON, M.; BELECHEK, G.; BUTCHER, H.; DEOCHTERMAN, J.M.; MOORHEAD S.; et al. In: **Ligações entre NANDA, NIC e NOC**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KAIN, Z.N. et al. Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, p. 650-659, Augst., 2006.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; NASCIMENTO, C.; ERDMANN, A.L. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 446-451, 2007.

LAGES, N. et al. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “Pequeno-Grande” problema. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 55, n. 5, p. 575-585, Out., 2005.

LIMA, A.L.M.; ZUMIOTTI, A.V.; UIP, D.E.; SILVA, J.S.. Fatores preditivos de infecção em pacientes com fraturas expostas nos membros inferiores. **Acta ortop. bras. [online]**, v.12, n.1, p. 32-39, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/aob/v12n1/20126.pdf. Acessado em: 07 de novembro de 2011.

LOPES, C.M.M.S. **Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem**. 2009. p. 156. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: _____. **Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001, 4ª ed., p. 186-199.

LUNNEY M. Diagnósticos de enfermagem e pesquisa. In: **North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008. parte 3, p.249-255.

MARSHALL, S.I.; CHUNG, F. Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery. **Anesth Analg.**, v. 88, p. 508-17, 1999.

MATA, L.R.F; NAPOLEÃO A.A. Intervenções de enfermagem para alta de pacientes prostatectomizados: revisão integrativa. **Acta Paulista Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 574-579, 2010.

MELO, AS. **Validação dos Diagnósticos de Enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes**. 2004. 197 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MENDES, M.N.; MONTEIRO, R.S.; MARTINS, F.A.N. Profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios em obesos mórbidos submetidos a gastroplastias por laparoscopias. Estudo comparativo entre três métodos. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 59, n. 5, p. 570-576, Set.- Out., 2009.

MENDONÇA, R.J.; COUTINHO-NETTO, J. Aspectos celulares da cicatrização. **Annais Bras. Dermatologia**, v. 84, n. 3, p. 257-262, 2009.

MIRANDA, A.F.A.; et al. Avaliação da intensidade da dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 327-333, 2011.

MOLINA, M.A.S.; GONZAGA, M.T.C.; OLIVEIRA, M.L.F. Cuidado e enfermagem: reflexões sobre essa parceria. **Arq. Apadec**, Maringá, n. 8, supl., mai., 2004.

MORAES, L.O.; PENICHE, A.C.G. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, n.37, v.4, p. 34-42, 2003.

MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Fadiga: uma análise de conceito. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 285-93, 2005.

MYLES, P.S.; JONES, W.K.; MELICK, J. HENSEN, S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. **British Journal of Anaesthesia**, v. 84, n. 1, p. 11-15, 2000.

MYLES, P.S.; et al. Development and Psychometric Testing of a Quality of Recovery Score After General Anesthesia and Surgery in Adults. **Anesth Analg.**, v. 88, p. 83-90, 1999.

NAPOLEÃO, A.A.; CALDATO, V.G.; PETRILLI FILHO, J.F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, V. 11, N. 2, p. 286-94. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>.

NÓBREGA; M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T.R.; NÓNREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa, Idéias, Série Didática: Enfermagem no SUS, 2000.

North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PATTI, C.A.M. et al. Incidência e profilaxia de náuseas e vômitos na recuperação pós-anestésica de um hospital-escola terciário. **Rev. Bras. Anestsiol.**, v. 58, n. 5, p. 462-469, Set.-Out., 2008.

PETTENGILL, M.A.M. **Vulnerabilidade na família: desenvolvimento do conceito**. 2003. 173 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

PILEGGI, S.O. **Validação Clínica do Diagnóstico de Enfermagem Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PIMENTA, C.A.M.; et al. Controle da dor no pós-operatório. **Rev. Escola Enferm. USP**, v. 35, n. 2, p. 180-183, jun., 2001.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, n.22,v.4; p. 434-438, 2009.

POMPEO, D.A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura**. 2007. 187p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

POVEDA, V.B; GALVÃO, C.M.; SANTOS, C.B. Factors associated to the development of hypothermia in the intraoperative period. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 228 – 233, mar. – abr., 2009.

NÓBRGA, M.M.L.,; GUTIÉRREZ, M.G.R. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa, Idéias, 2000, Série Didática: Enfermagem no SUS.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 660p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 950.

ROSSI, L.A.; CASAGRANDE, L.D.R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M., ANABUKI, M.H. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, p 41-61, 2001.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X Revisão narrativa. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 20, n. 2, V-VI, abr.- jun., 2007.

ROYSE, C.F.; NEWMAN, S.; CHUNG, F.; STYGALL, J.; MCKAY, R.E.; BOLDT, J.; SERVIN, F.S.; HURTADO, I.; HANNALLAH, R.; YU, B.; Wilkinson, D.J. Development and Feasibility of a Scale to Assess Postoperative Recovery. The Post-operative Quality Recovery Scale. **Anesthesiology**, v. 113, p.892–905, 2010.

SAJID, M.S., SHAKIR, A.J., KHATRI, K., BAIG, M.K. The role of perioperative warming in surgery: a systematic review. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 127, v. 4, p. 231-237, 2009.

SANTOS, A.C.P.; et al. Efeitos adversos no período pós-operatório de cirurgias ginecológicas e mamárias. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 4, p. 203-207, 2006.

SILVEIRA, R. C. C. P. **Filme transparente de poliuretano: evidências para a sua utilização no curativo de acesso venoso central de longa permanência**. 2008. 170p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SMELTEZER, S.C.; BARE, B.G. Conceitos Perioperatórios e Tratamento de Enfermagem. In:_____. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 422-43.

SPERANDIO, D.J.; ÉVORA, Y.D.M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 937 – 943, nov. – dez., 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA DOR. **Ano mundial contra “Dor Aguda”**. **Qual é o problema?** São Paulo, 2010, 4 p. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/1-porque_dor_aguda.pdf. Acessado em: 07 nov. 2011.

SOUZA, M.F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M., ANABUKI, M.H. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, p. 29 - 39, 2001.

THOMAZINI, J.O. **Incontinência urinária de esforço: análise de conceito**. 2011. 92 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

VADIVELU, M.; MITRA, S.; NARAYAN, D. Recent advances in postoperative pain management. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 83, p. 11-25, 2010.

WALKER, LO; AVANT, KC. Concept Analysis. In: _____. **Strategies for Theory Construction in Nursing**. New Jersey: Pearson, 2005. p. 63-84.

10. *REFERÊNCIAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS NA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA*

ABBASZADEH, M. et al. Fatores de risco que afetam as complicações da dissecação da veia safena na revascularização do miocárdio. **Rev. Bras. Cardiovascular**, v. 23, n. 3, p. 317-322, 2008.

AL SAMARAE, A. et al. Factors contributing to poor post-operative abdominal pain management in adult patients: a review. **The Surgeon**, v.8, p. 151-158, 2010.

ALLVIN, R. et al. Experiences of the postoperative recovery process: an interview study. **The Open Nursing Journal**, v. 2, p. 1-7, 2008.

ALLVIN, R. et al. Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 15, p. 411-419, 2009.

ANDERSON, D.J. et al. Poor functional status as a risk factor for surgical site infection due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 29, n. 9, p. 832-839, Sep., 2008.

BARKER, J. et al. Incidence and impact of dysphagia in patients receiving prolonged endotracheal intubation after cardiac surgery. **Canadian Journal of surgery**, v. 52, n. 2, p. 119-125, April, 2009.

BERG, K. et al. Psychometric evaluation of the post-discharge surgical recovery scale. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 16, n. 4, p. 794-801, 2010.

BERNASON, S. et al. Relationships between fatigue and early postoperative recovery outcomes over time in elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. **Heart & Lung**, v. 37, n4, p. 245-256, Jul.-Aug., 2008.

BHATTACHARYYA, M.; GERBER, B. Mini-invasive surgical repair of the Achilles tendon – does it reduce post-operative morbidity? **International Orthopaedics**, v. 33, p.151-156, 2009.

BROWNE, J.A. et al. Diabetes and early postoperative outcomes following lumbar fusion. **Spine**, v. 32, n. 20, p. 2214-2219, 2007.

BURGER, L.; FITZPATRICK, J. Prevention of inadvertent perioperative hypothermia. **British Journal of Nursing**, v. 18, n. 18, p. 1114-1119, 2009.

CELLOCCO, P. et al. Minimally invasive carpal tunnel release. **Orthop. Clin. N. Am.**, v.40, p. 441-448, 2009.

CIBULA, D. et al. Factors affecting spontaneous voiding recovery after radical hysterectomy. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 20, n. 4, p. 685-690, May., 2010.

Dunckley, M. et al. Coronary artery bypass grafting: patient's and health professional's views of recovery after hospital discharge. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 7, p. 36-42, Jul. 2008.

ERIKSEN, J.R. et al. Pain, quality of life and recovery after laparoscopic ventral hernia repair. **Hernia**, v. 13, p. 13-21, Aug. 2008.

EKLUND, A. et al. Short-term results of a randomized clinical trial comparing Lichtenstein open repair with totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair. **British Journal of Surgery**, v. 93, p. 1060-1068, Jul., 2006.

FOLDEN, S.; TAPPEN, R. Factors influencing functional and recovery following hip repair surgery. **Orthopaedic nursing**, v. 26, n. 4, p. 284-241, July-Aug., 2007.

GAO et al. Predictors of health care needs in discharged patients who have undergone coronary artery bypass graft surgery. **Heart & Lung**, v. 38, n. 3. p. 182-191, May-Jun., 2009.

GRANT, S.; ST JOHN, W.; PATTERSON, E. Recovery from total hip replacement surgery: "It's not just physical." **Qualitative Health Research**, v. 19, n. 11, p. 1612-1620, 2009.

GULLU, A. U. et al. Preserved pleural integrity provides better respiratory function and pain score after coronary surgery. **Journal of Cardiac Surgery**, v. 24, p. 374-378, 2009.

HAMEL, M.B. et al. Joint replacement surgery in elderly patients with severe osteoarthritis of the hip or knee. **Archives International of Medicine**, v. 168, n. 13, p. 1430-1440, Jul., 2008.

HARIDAS, M.; MALANGONI, M.A. Predictive factors for surgical site infection in general surgery. **Surgery**, v. 144n. 4, p. 496-503, 2008.

HOLLENBECK, B.K. et al. Development and validation of the convalescence and recovery evaluation (CARE) for measuring quality of life after surgery. **Quality of life research**, v. 17, n. 6, 915-926, Aug., 2008.

HOLLENBECK, B.K. et al. Measuring convalescence after laparoscopic surgery. **Urology**, v. 69, n. 6, p. 1025-1029, 2007.

JÄRVENPÄÄ, J. et al. Obesity may impair the early outcome of total knee arthroplasty. **Scandinavian Journal of Surgery**, v. 99, p. 45-49, 2010.

JENSEN, K.; KEHLET, H.; LUND, C.M. Post-operative recovery profile after laparoscopic cholecystectomy: a prospective, observational study of a multimodal anesthetic regime. **Acta Anaesthesiology Scandinavia**, v. 51, p. 464-471, 2007.

KAN, E.Z. Perceptions of recovery, physical health, personal meaning, role function, and social support after first-time coronary artery bypass graft surgery. **Dimens. Crit. Care Nurs.**, v. 28, n. 4, p. 189-195, Jul.-Aug., 2009.

KAYE, K.S. et al. The impact of surgical infection on older operative patients. **Journal. American Geriatric Society**, v. 57, n. 1, p. 46-54, Jan., 2009.

LEE, J.; HOGGINS, P.A. Predicting posthospital recovery of physical function among older adults after lower extremity surgery in a short-stay skilled nursing facility. **Rehabilitation Nursing**, v. 33, n. 4., p.170-176, Jul.-Aug., 2008.

LEHWALDT, D.; KINGSTON, M.; O'CONNOR, S. Postoperative hyperglycaemia of diabetic patients undergoing cardiac surgery – a clinical audit. **Nursing in Critical Care**, v. 14, n. 5, p. 241-252, 2009.

LOPEZ, V. et al. Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, p. 1304-1315, 2007.

LUCAS, B. Total hip and total knee replacement: postoperative nursing management. **British Journal of Nursing**, v. 17, n. 22, p. 1410-1415, 2008.

MENDOZA, I.Y.Q.; PENICHE, A.C.G. Complicações do paciente cirúrgico idoso no período de recuperação pós-anestésica: revisão da literatura. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-31, jan.-mar., 2008.

MITRE, A.I. et al. Comparative and prospective analysis of three different approaches for live-donor nephrectomy. **Clinics**, v. 64, n. 1, p. 23-28, 2009.

NEVIUS, K.S.; D'ARCY, Y. Decrease recovery time with proper pain agement. **Nursing Management**, p. 27-32, Nov., 2008.

NICHOLS, T.R.; RIEMER, M. The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients. **Journal of Wound Ostomy Continence Nursing**, v. 35, n. 3, p. 316-320, 2008.

NISHIMORI, M. et al. Long term outcomes following discharge from shouder surgery in an ambulatory setting. **Ambulatory Surgery**, v. 13, n. 3, Sep., 2007.

PAN, P.H.; LEE, C.S.; HARRIS, L.C. Antiemetic profhylaxis for postdischarge nausea and vomiting and impact on functional quality of living during recovery in patients with high emetic risks: a prospective, randomized, dublo-blind comparison of two prophylactic antiemetic regimens. **Anesth. Analg.**, v. 107, n. 2, p. 429-438, Aug., 2008.

PATEL, A.D.; ALBRIZIO, M. Relationship of body mass index to early complications in hip replacement surgery. **International Orthopaedics**, v. 31, p. 439-443, 2007.

PATEL, N. et al. Obesity and spine surgery: relation perioperative complications. **Journal Neurosurgery Spine**, v. 6, p. 291-297, April, 2007.

PARTENEN, J. et al. Impact of deep infection after hip fracture surgery on function and mortality. **Journal of hospital infection**, v. 62, p. 44-49, 2006.

PETERS, M.L. et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavoravle outcome after surgical intervention. **Annals of surgery**, v. 245, n. 3, p. 487-494, March, 2007.

RAMOS, M. et al. Relationship of perioperative nursing hyperglycemia and postoperative infections in patients who undergo general and vascular surgery. **Annals of Surgery**, v. 248, n. 4, p. 585-591, Oct., 2008.

RAMOS, M.I. et al. Influence of the grade of anxiety and level of cortisol on post-surgical recovery. **Actas Esp. Psiquiatr.**, v. 36, n. 3, p. 133-137, May-Jun., 2008.

ROUMBALAKI, M. et al. Surveillance of surgical site infections at a tertiary care hospital in Greece: incidence, risk factors, microbiology, and impact. **Am. Journal of Infect Control**, v. 36, n.10, p. 732-738, Dec., 2008.

SCOTT, E.M.; BUCKLAND, R. A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications. **AORN Journal**, v.83, n. 5, p. 1090-1113, May, 2006.

SINIKALLIO, S. et al. Depressive burden in the preoperative and early recovery phase predicts poorer surgery outcome among lumbar spinal stenosis patients. **Spine**, v. 34, n. 23, p. 2573-2578, 2009.

SIRVINKAS, E. et al. Cardiopulmonary bypass management and acute renal failure: risk factors and prognosis. **Perfusion**, v. 23, p. 323-327, 2008.

SLEPAVICIUS, A. et al. Focused versus conventional parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism: a prospective, randomized, blinded trial. **Langenbecks Arch. Surg.**, v. 393, p. 659-666, Ag., 2008.

SOHN, V.Y.; STEELE, S.R. Temperature control and the role of supplemental oxygen. **Clinics in colon and rectal surgery**, v. 22, n. 1, p. 21-26, 2009.

SUZUKI, A. et al. Recovery process following cervical laminoplasty in patients with cervical compression myelopathy. **Spine**, v. 34, n. 26, p. 2874-2879, 2009.

THEADOM, A.; CROPLEY, M. Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adults smokers: a systematic review. **Tobacco Control**, v. 15, p. 352-358, 2006.

THORDIS, T.; NETE, V.; MERETE, M.A. Interventions for preoperative smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, In: The Cochrane Library, v. 12; 2010.

VEERAVAGU, A. et al. Risk factors for postoperative spinal wound infections after spinal decompression and fusion surgeries. **Spine**, v. 34, n. 17, p. 1869-1872, 2009.

WAISBREN, E. et al. Percent body fat and prediction of surgical site infection. **Jornal American College of Surgeons**, v. 210, n. 4, p. 381-389, April, 2010.

WARNER, D.O. Perioperative abstinence from cigarettes. **Anesthesiology**, v. 104, n. 2, p. 356-364, Fed., 2006.

WATANABE, M. et al. Risk factors surgical site infection following spine surgery: efficacy of intraoperative saline irrigation. **Journal of Neurosurgical Spine**, v. 12, p. 540-546, May., 2010.

WONG, J. et al. Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. **Anesthesiology**, v. 110, n. 3, p. 596-602, Mar., 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Caracterização dos artigos selecionados para a Análise de Conceito

Nº	Autor e Ano	Título	Revista	Tipo de estudo
1	Kaye et al., 2009	The impact of surgical site infection on older operative patients	Journal American Geriatric Society	Descritivo (caso-controle)
2	Patel; Albrizio, 2006	Relationship of body mass index to early complications	International Orthopaedics	Descritivo (coorte)
3	Partanen et al., 2006	Impact of deep infection after hip fracture surgery on function and mortality	Journal of Hospital Infection	Descritivo (caso-controle)
4	Hoollenbeck et al., 2008	Development and validation of the convalescence and recovery evaluation (CARE) for measuring quality of life after surgery	Quality of Life Research	Estudos de validação de instrumentos
5	Wong et al., 2009	Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia	Anesthesiology	Estudos de validação de instrumentos
6	Allvin et al., 2008	Experience of the postoperative recovery process: an interview study	The Open Nursing Journal	Qualitativo
7	Berg et al., 2010	Psychometric evaluation of the post-discharge surgical recovery scale	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Estudos de validação de instrumentos
8	Allvin et al., 2009	Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Estudos de validação de instrumentos

		intra-patient reliability		
9	Jensen; Kehlet; Lund, 2007	Post-operative recovery profile after laparoscopic cholecystectomy: a prospective, observational study of a multimodal anaesthetic regime	Acta Anaesthesiologica Scandinavica	Descritivo (coorte)
10	Eriksen et al., 2009.	Pain, quality of life and recovery after laparoscopic ventral hernia repair	Hernia	Quase-experimental
11	Folden; Tappen, 2007.	Factor influencing function and recovery following hip repair surgery	Orthopaedic nursing	Descritivo (coorte)
12	Barker et al., 2009	Incidence and impact of dysphagia in patients receiving prolonged endotracheal intubation after cardiac surgery	Canadian Surgical Surgery	Descritivo
13	Lucas, 2008.	Total hip and total knee replacement: postoperative nursing management	British Journal of Nursing	Revisão Bibliográfica
14	Barnason et al., 2008	Relationships between fatigue and early postoperative recovery outcomes over time in elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery	Heart & Lung	Descritivo (caso-controlle)
15	Gao et al., 2009	Predictors of health care needs in discharged patients Who have undergone coronary artery bypass graft surgery	Heart & Lung	Descritivo (coorte)
16	Gullu et al.,	Preserved pleural integrity	Journal	Quase-

	2009	provides better respiratory function and pain score after coronary surgery	Cardiological Surgery	experimental
17	Mitre et al., 2009	Comparative and prospective analysis of three different approaches for live-donor nephrectomy	Clinics	Descritivo
18	Mendonza; Peniche, 2008	Complicações do paciente cirúrgico idoso no período de recuperação pós-anestésica: revisão da literatura	Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico	Revisão Bibliográfica
19	Cibula et al., 2010	Factors affecting spontaneous voiding recovery after radical hysterectomy	International Journal of gynecological cancer	Descritivo
20	Kan, 2009	Perceptions of recovery, physical health, personal meaning, role function, and social support after first-time coronary artery bypass graft surgery	Dimensions of critical care nursing	Descritivo
21	Grant; St John; Patterson, 2009	Recovery from total hip replacement surgery: "It's not just physical"	Qualitative Health Research	Estudo qualitativo
22	Hamel et al., 2008	Joint replacement surgery in elderly patients with severe osteoarthritis of the hip or knee	Archives International of Medicine	Descritivo (Coorte)
23	Theadom; Copley, 2006	Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of	Tabacco Control	Revisão Sistemática

		intraoperative and postoperative complications in adults smokers: a systematic review		
24	Browne et al., 2007	Diabetes and early postoperative outcomes following lumbar fusion	Spine	Descritivo
25	Abbaszadeh et al., 2008	Fatores de risco que afetam as complicações da dissecação da veia safena na revascularização cirúrgica do miocárdio	Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular	Descritivo
26	Thordis; Nete; Merete, 2010	Interventions for preoperative smoking cessation	The Cochrane Library	Revisão Sistemática
27	Eklund et al., 2006	Short-term results of a randomized clinical Trial comparing Lichtensein open repair with totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair	British Journal of Surgery	Estudo Experimental
28	Waisbren et al., 2010	Percent body fat and prediction of surgical site infection	American College of Surgeons	Descritivo
29	Watanabe et al., 2010	Risk factors for surgical site infection following spine surgery: efficacy of intraoperative saline irrigation	Journal of Neurosurgical: Spine	Descritivo
30	Lee; Higgins, 2008	Predicting posthospital recovery of physical function among older adults after lower extremity surgery in a short-stay skilled nursing facility	Rehabilitation Nursing	Descritivo (coorte)

31	Nishimori et al., 2007	Long term outcomes following discharge from shoulder surgery in an ambulatory setting	Ambulatory Surgery	Observacional
32	Peters et al., 2007	Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention	Annals of Surgery	Descritivo (coorte)
33	Pan; Lee; Harris, 2008	Antiemetic prophylaxis for postdischarge nausea and vomiting and impact on functional quality of living during recovery in patients with high emetic risks: a prospective, randomized, double-blind comparison of two prophylactic antiemetic regimens	Ambulatory Anesthesiology	Estudo Experimental
33	Sirvinkas et al., 2008	Cardiopulmonary bypass management and acute renal failure: risk factors and prognosis	Perfusion	Estudo Experimental
34	Nevius; D'Arcy, 2008	Decrease recovery time with proper pain management	Nursing Management	Revisão Bibliográfica
35	Al Samaraee et al., 2010	Factors contributing to poor post-operative abdominal pain Management in adults patients: a review	The Surgeon	Revisão Bibliográfica
36	Suzuki et al., 2009	Recovery process following cervical laminoplasty in patients with cervical compression myelopathy	Spine	Descritivo (coorte)
37	Sohn; Steele,	Temperature control and role	Clinics in	Revisão

	2009	of supplemental oxygen	colon and rectal surgery	Bibliográfica
38	Haridas; Malangoni, 2008	Predictive factors for surgical site infection in general surgery	Surgery	Descritivo (caso-control)
39	Warner, 2006	Perioperative abstinence from cigarettes	Anesthesiology	Revisão Bibliográfica
40	Järvenpää et al., 2010	Obesity may impair the early outcome of total knee arthroplasty	Scandinavian Journal of surgery	Descritivo (caso-control)
41	Patel et al., 2007	Obesity and spine surgery: relation to perioperative complications	Journal Neurosurgical Spine	Observacional
42	Battacharyya; Gerber, 2009	Mini-invasive surgical repair of the Achilles tendon – does it reduce post-operative morbidity?	International Orthopaedics	Quase-experimental
43	Dunckley et al., 2008	Coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of recovery after hospital discharge	European Journal of Cardiovascular Nursing	Estudo Qualitativo
44	Burger; Fitzpatrick, 2009	Prevention of inadvertent perioperative hypothermia	British Journal of Nursing	Revisão Bibliográfica
45	Sinikallio et al., 2009	Depressive burden in preoperative and early recovery phase predicts poorer surgery outcome among lumbar spinal stenosis patients	Spine	Observacional
46	Lehwaldt; Kingston;	Postoperative hyperglycaemia of diabetic	British Association of	Descritivo

	O'Connor, 2009	patients undergoing cardiac surgery – a clinical audit	Critical care Nurses	
47	Scott; Buckland, 2006	A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications	AORN Journal	Revisão sistemática
48	Celloco et al., 2009	Minimally invasive carpal tunnel release	Orthopedic clinical North American	Estudo experimental
49	Ramos et al., 2008	Relationship of perioperative hyperglycemia and postoperative infections in patients who undergo general and vascular surgery	Annals of Surgery	Descritivo
50	Slepavicius et al., 2008	Focused versus conventional parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism: a prospective, randomized, blinded trial	Langenbecks Archives of Surgery	Estudo experimental
51	Ramos et al., 2008	Influence of the grade of anxiety and level of cortisol on post-surgical recovery	Actas Espanhola de Psiquiatria	Quase-experimental
52	Anderson et al., 2008	Poor functional status as a risk factor for surgical site infection due to methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>	Infection Control and Hospital Epidemiology	Observacional (caso-control)
53	Roumbelaki et al., 2008	Surveillance of surgical site infections at a tertiary care hospital in Greece: incidence, risk factors, microbiology, and impact	American Journal Infection Control	Descritivo
54	Veeravagu et	Risk factors for postoperative	Spine	Descritivo

	al., 2009	spinal wound infections after spinal decompression and fusion surgeries		
55	Nichols; Riemer, 2008	The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients	Journal of Wound Ostomy Continence Nursing	Observacional
56	Lopez et al., 2007	Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey	International Journal of Nursing Studies	Observacional
57	Hollenbeck et al., 2007	Measuring convalescence after laparoscopic surgery	Urology	Observacional

Quadro 18. Caracterização dos artigos selecionados para a Análise de Conceito

APÊNDICE B – Carta Convite para participação em pesquisa como perito

Prezado Enfermeiro (a),

Sou aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) – Nível Mestrado – da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), e convido-o a participar, como perito da pesquisa intitulada “Validação do Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada”.

Esta pesquisa tem como objetivo geral realizar a análise de conceito e validação por peritos do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada proposto pela NANDA-I (2010) e pela CIPE 2.0.

Em uma etapa inicial deste estudo que se deu através da Análise de Conceito de Recuperação Cirúrgica Retardada identificou-se a possibilidade de sugestões de adequação da redação do rótulo, conceito, algumas características definidoras e alguns fatores relacionados, bem como a identificação de possíveis elementos para compor este diagnóstico.

Sua colaboração será durante a segunda etapa desta pesquisa referente a Validação de Conteúdo Diagnóstico conforme método de validação proposto por Fehring (1987)¹ e consistirá em responder ao instrumento de coleta de dados composto por:

- Instrumento relativo à caracterização dos peritos (com dados biográficos e profissionais)
- Instrumento de validação do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada.

Acompanhando os instrumentos de coleta de dados para esta pesquisa será fornecido um documento de orientação para preenchimento do mesmo.

Em relação aos aspectos éticos, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, solicito que assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permaneça com uma via e me reenvie a outra. Para tanto, solicito que me envie seu endereço, pois assim, lhe enviarei via correios um envelope devidamente selado para que você o poste para mim sem custo algum para você.

Solicito, se possível, obter com você, o instrumento preenchido no prazo de 30 dias (até o dia 20 de agosto de 2011).

Espero poder contar com a sua valiosa colaboração.

Atenciosamente,

Aline Helena Appoloni

Mestranda – PPGEnf – UFSCar

E-mail: aline-12@hotmail.com

Telefone: (16) 97235245

Prof^a. Dr^a. Anamaria Alves Napoleão

Professor Adjunto – PPGEnf – UFSCar

e-mail: ananapoleao@yahoo.com.br

Departamento de Enfermagem – UFSCar

1 FEHRING, RJ. Methods to validate nursing diagnosis. Heart & Lung: Journal of Critical Care. St Louis, v. 16, n. 16, p. 625- 629, Nov. 1987.

APÊNDICE C - Caracterização dos Peritos

Título da Pesquisa: “Validação do Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada”.

Pesquisadora: Aline Helena Appoloni – Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de São Carlos.

Com a finalidade de caracterizar a experiência dos peritos na área de interesse, solicitamos sua colaboração respondendo os itens abaixo:

1. Ano de conclusão da Graduação em Enfermagem: _____

2. Pós-graduação:

() Especialização

Título obtido no ano de _____

Área _____

() Mestrado em: () Enfermagem / () Outra área
(Especificar) _____

Título obtido no ano de _____

() Doutorado em: () Enfermagem / () Outra área
(Especificar) _____

Título obtido no ano de _____

3. Área de atuação (anterior e atual):

() Ensino de Enfermagem – graduação

Tempo: _____ anos

Disciplinas: _____

–

() Assistência de Enfermagem

Tempo: _____ anos

Setores de atuação: _____

() Outra –
Especificar _____
Tempo: _____ anos

4. Trabalha com diagnósticos de enfermagem?

() Não

() Sim – NANDA-I; CIPE; Outra- Especificar
Onde? () Ensino () Assistência () Outra –
Especificar _____

5. Possui trabalhos(s) ou atividade(s) científica que realizou abordando o tema Diagnóstico de Enfermagem?

() Não

() Sim () Dissertação de Mestrado
() Tese de Doutorado
() Publicação de artigos em periódicos/revistas
() Publicação de trabalhos de pesquisa
() Apresentação de trabalhos em eventos científicos
() Outros.

Especifique: _____

Na área de médico cirúrgica? () Sim () Não

Observações que gostaria de fazer:

APÊNDICE D - Orientações sobre o preenchimento do instrumento de validação de conteúdo diagnóstico

No instrumento de validação de conteúdo diagnóstico são apresentados os elementos do diagnóstico de enfermagem Recuperação cirúrgica retardada: enunciado diagnóstico, definição, características definidoras e fatores relacionados. .

De acordo com a NANDA-I (2010, p. 437) o enunciado diagnóstico “estabelece um nome ao diagnóstico. É um termo ou expressão concisa que representa um padrão de indícios relacionados”; a definição “oferece uma descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares”; as características definidoras (CD) são “indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestação de um diagnóstico de enfermagem real, de bem estar ou promoção da saúde e os fatores relacionados (FR) “parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem”.

Neste instrumento os elementos do diagnóstico são apresentados conforme apresentados pela NANDA-I (2010) para que sejam avaliados quanto a adequação e também sugestões de alteração de redação, e novas CD e FR que são sugeridos para inclusão. As CD e FR são apresentadas neste instrumento com as suas respectivas definições operacionais que possuem apenas a finalidade de auxiliá-lo na validação.

Ao final de cada análise dos elementos do diagnóstico haverá uma pergunta quanto a sua opinião a respeito da adequação deste elemento e das sugestões quanto a redação e inclusão, e também, um espaço para se justificar, comentar ou acrescentar sugestões.

Você encontrará para cada elemento do diagnóstico de enfermagem uma escala Likert com variações de 5 pontos. Os valores atribuídos por você indicam o quanto cada evidência caracteriza ou se relaciona ao diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada. Na escala você encontrará se o item é: muitíssimo adequado; muito adequado; de algum modo adequado; pouco adequado ou não é adequado.

Haverá um espaço para sugestões, comentários ou indicação de características definidoras e/ou fatores relacionados.

Agradeço sua valiosa colaboração.

APÊNDICE E - Instrumento de validação de conteúdo diagnóstico

1. Enunciado diagnóstico

Enunciado de acordo com a NANDA-I (2010): RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Enunciado sugerido : RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA COMPROMETIDA

Justificativa: A partir da análise de conceito identificou-se que o termo "cirúrgica" foi inúmeras vezes substituído por "pós-operatória". O termo Recuperação Cirúrgica em dicionários da área médica relaciona-se com o período em que o paciente recupera-se da anestesia enquanto que "recuperação pós-operatória" relaciona-se ao procedimento cirúrgico realizado. Diante disso considera-se que o conceito de Recuperação pós-operatória representa de maneira apropriada a resposta humana que embasa o diagnóstico que está sendo avaliado. O julgamento "retardado" é definido pela NANDA-I (2010, p. 405) como "adiado, lento, atrasado", assim como em dicionários da língua portuguesa. A partir das abordagens do conceito Recuperação Cirúrgica Retardada identificadas neste estudo, percebe-se que o termo "comprometido" possui um sentido mais amplo. Assim, Recuperação pós-operatória comprometida não compreende apenas o **tempo** de recuperação de uma cirurgia, mas os problemas enfrentados durante o processo de recuperação que podem comprometer a qualidade desta. Portanto julga-se que o termo "comprometido", que é definido pela NANDA-I (2010, p. 405) como "danificado, vulnerável", retrata melhor a resposta humana que está sendo estudada.

Você considera a sugestão de mudança

Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4	Muitíssimo adequado 5
Comentários:				

2. Definição do Diagnóstico - Você considera a sugestão de mudança

Definição de acordo com a NANDA-I (2010): "Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar".

Definição sugerida: "Alteração no processo de recuperação pós-operatória que pode levar a extensão do número de dias de pós-operatório para reiniciar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem estar".

Justificativa: A partir da definição apresentada pela NANDA-I (2010) entende-se que algum evento ocorreu durante o período de recuperação pós-operatória adiando o retorno do indivíduo a desempenhar atividades que habitualmente realizava antes do procedimento cirúrgico. Embasado por essa reflexão questiona-se se o indivíduo 'inicia e desempenha' atividades ou 'retoma' atividades que desempenhava previamente a cirurgia. A extensão do número de dias de pós-operatório é trazida pelos estudos como uma consequência de um evento, uma situação ou complicação resultante do procedimento cirúrgico, ou então, de uma condição de saúde que interfere na recuperação pós-operatória.

Você considera a sugestão de mudança

Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4	Muitíssimo adequado 5
Comentários:				

3. Características Definidoras originais da NANDA-I (2010)

Características definidoras e definição operacional	Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4	Muitíssimo adequado 5
<p>Adia o retorno das atividades de trabalho e emprego O retorno ao desempenho de atividades de trabalho e emprego que habitualmente exercia antes da cirurgia é adiada por um período de tempo devido a dificuldades físicas e psicológicas para realizá-las (BERG; et al, 2010; ERIKSEN, et al; 2009; GRANT; et al, 2009).</p>					
<p>Perda de apetite com náusea Perda da vontade de comer, ingerindo menos alimentos do que o habitual acompanhado de náusea (ALLVIN, et al; 2009).</p>					
<p>Perda de apetite sem náusea Perda da vontade de comer, ingerindo menos alimentos do que o habitual desacompanhado de náusea (ALLVIN, et al; 2009).</p>					
<p>Relato de dor Relato de uma sensação desagradável associada ao dano tecidual real decorrente do procedimento cirúrgico (Associação Internacional para estudos de Dor).</p>					
<p>Dificuldade para movimentar-se Problemas ao movimentar-se no leito, do leito para cadeira e vice-versa, deambulação desencadeados por fraqueza muscular ou atrofia muscular (ALLVIN, et al; 2009; LUCAS, 2008).</p>					
<p>Evidências de interrupção na cicatrização na área cirúrgica (p. ex., vermelha, endurecida, imobilizada, drenada) Presença de manifestações clínicas que sugerem e/ou evidenciam interrupção no processo de cicatrização na ferida operatória (WAISBREN; et al, 2010).</p>					
<p>Percepções de que é necessário mais tempo para a recuperação O paciente tem a percepção de que necessita de mais tempo para a reassumir suas funções físicas e sociais, ou seja, em um tempo maior do que o pré-</p>					

estabelecido (KAN, 2009).					
Precisa de ajuda para completar o autocuidado Após procedimentos cirúrgicos o paciente necessita de auxílio de outras pessoas (familiares, cuidadores, amigos) para desempenhar atividades relacionadas ao seu autocuidado como vestir-se, alimentar-se, higienizar-se (GRANT; et al, 2009; ALLVIN; et al, 2008).					
Fadiga Sentimento considerado desagradável de exaustão vital, falta de força e energia, caracterizada como uma síndrome que acompanha sintomas como cefaléia, dor muscular, dispnéia, fraqueza e perda do fôlego (BARNASON; et al, 2008; ALLVIN; et al, 2008).					
Relato de desconforto O paciente relata a presença de sintomas desconfortáveis no período pós-operatório como: fraqueza, fadiga, dor na ferida, dispnéia durante exercícios, insônia, entre outras manifestações desconfortáveis (GAO; et al, 2009).					
SUGESTÕES:					

4. Características Definidoras – Sugestão de Redação

Características definidoras originais da NANDA-I (2010)	Sugestão de redação para as características definidoras	Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4	Muitíssimo adequado 5
Adia o retorno às atividades de trabalho/emprego O retorno ao desempenho de atividades de trabalho e emprego que habitualmente exercia antes da cirurgia é adiada por um período de tempo devido a dificuldades físicas	Adia o retorno às atividades sociais de trabalho, emprego, familiares, estudante, membro religioso, etc O retorno ao desempenho de atividades que habitualmente exercia em sociedade (como no trabalho, entre os membros da família, ou em grupos específicos como:					

e psicológicas para realizá-las (BERG; et al, 2010; ERIKSEN, et al; 2009; GRANT; et al, 2009).	ambiente escolar, religioso, etc) antes da cirurgia é adiada por um período de tempo devido a dificuldades físicas e psicológicas para realizá-las (BERG; et al, 2010; ERIKSEN, et al; 2009; GRANT; et al, 2009).					
Fadiga Sentimento considerado desagradável de exaustão vital, falta de força e energia, caracterizada como uma síndrome que acompanha sintomas como cefaléia, dor muscular, dispnéia, fraqueza e perda do fôlego (BARNASON; et al, 2008; ALLVIN; et al, 2008).	Persistência de fadiga Manifestação que se inicia no pós-operatório e persiste por um período maior que quatro semanas após a cirurgia atribuída a perda de função e tecido muscular, diminuição do condicionamento cardiovascular ao exercício, aos níveis pré-operatórios de fadiga e diminuição dos níveis de cortisol (BARNASON; et al, 2008).					
Relato de dor Relato de uma sensação desagradável associada ao dano tecidual real decorrente do procedimento cirúrgico (Associação Internacional para estudos de Dor).	Persistência de dor Relato ou percepção de dor a longo prazo (média de 30 dias após cirurgia) no período pós-operatório que persiste mesmo com o tratamento medicamentoso (ERIKSEN, et al; 2009)					
SUGESTÕES:						

5. Características Definidoras – Sugestão de Agrupamento

Características definidoras originais da NANDA-I (2010)	Sugestão de agrupamento para as CD	Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4	Muitíssimo adequado 5
---	------------------------------------	--------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------------

<p>Perda de apetite sem náuseas Perda da vontade de comer, ingerindo menos alimentos do que o habitual acompanhado de náusea (ALLVIN, et al; 2009).</p> <p>Perda de apetite com náuseas Perda da vontade de comer, ingerindo menos alimentos do que o habitual desacompanhado de náusea (ALLVIN, et al; 2009).</p>	<p>Perda de apetite Perda da vontade de comer, ingerindo menos alimentos do que o habitual (ALLVIN, et al; 2009).</p>					
<p>SUGESTÕES:</p>						

6. Características Definidoras – Sugeridas para inclusão na NANDA-I

Características Definidoras e definição operacional	Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4	Muitíssimo adequado 5
<p>Necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária Dificuldade em desempenhar atividades diárias (caminhar, subir e descer escadas, pegar peso, praticar exercícios físicos, dirigir) precisando de auxílio de outras pessoas para completá-las (BERG; et al, 2010; ERIKSEN. et al, 2009; GRANT; et al, 2009).</p>					
<p>Alterações de eliminações fisiológicas Disfunção na eliminação intestinal e urinária devido a incontinência de urina e fezes ou retenção urinária ou constipação intestinal (ALLVIN, et al; 2009).</p>					
<p>Comprometimento cognitivo Distúrbios do processo mental relacionados com o pensamento, o raciocínio e o julgamento, evidenciados no período pós-operatórios como dificuldade de concentração (ALLVIN, et al; 2009; MeSH, 2011).</p>					
<p>Problemas cardiovasculares Alterações no funcionamento fisiológico do sistema cardiovascular decorrentes</p>					

do procedimento cirúrgico como: choque, arritmias cardíacas, eventos tromboembólicos, etc;					
Problemas pulmonares Alterações no funcionamento fisiológico do sistema pulmonar decorrentes do procedimento cirúrgico como: infecções pulmonares, espasmos, aspiração de secreções, etc.					
Problemas com sono e repouso Sono fragmentado ou reduzido, necessidade de dormir mais do que o habitual (ALLVIN, et al; 2009)					
SUGESTÕES:					

7. Fatores Relacionados originais da NANDA-I (2010)

Fatores relacionados e definição operacional	Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4	Muitíssimo adequado 5
Dor É um sintoma desencadeada por um procedimento cirúrgico podendo ser relacionado a ferida pós-operatória ou ao trauma tecidual (ERIKSEN; et al, 2009; ALLVIN, et al; 2009)					
Expectativas pré-operatórias Sentimentos prévios a respeito da cirurgia e/ou período pós-operatório.					
Infecção pós-operatória no local da cirurgia Infecção que ocorre na incisão cirúrgica ou em suas proximidades dentro de até trinta dias do procedimento cirúrgico (WAISBREN; et al, 2010).					
Obesidade Condição na qual o indivíduo encontra-se em excesso de gordura corporal na medida em que sua saúde e bem-estar são afetados (WAISBREN; et al, 2010).					
Procedimento cirúrgico extenso					

Procedimento cirúrgico que requer uma abordagem complexa da área a ser operada podendo ou não necessitar de uma manipulação mais invasiva (BRENT; et al, 2007; PETERS; et al, 2007).					
Procedimento cirúrgico prolongado Procedimento cirúrgico no qual o tempo operatório é prolongado em período igual ou superior a 3 horas (HARIDAS; et al, 2008; PETERS; et al, 2007).					
SUGESTÕES:					

8. Fatores Relacionados – Sugestão de inclusão na NANDA-I

Fatores relacionados e definição operacional	Nada adequado 1	Muito pouco adequado 2	De algum modo adequado 3	Muito adequado 4	Muitíssimo adequado 5
Problemas decorrentes da anestesia Complicações apresentadas pelo paciente após o procedimento anestésico influenciando a sua recuperação pós-operatória (Barker, J.; et al, 2009; Battacharyya, M.; Berber, B., 2009; Allvin R.; et al, 2008).					
Fadiga Sentimento considerado desagradável de exaustão vital, falta de força e energia, caracterizada como uma síndrome que acompanha sintomas como cefaléia, dor muscular, dispnéia, fraqueza e perda do fôlego (BARNASON; et al, 2008; ALLVIN; et al, 2008).					
Tabagismo Pessoas que possuem o hábito de fumar; ato de inalar e exalar a fumaça do tabaco, ou de algo semelhante do tabaco (MeSH).					
Presença de comorbidades O paciente é portador de condições pré-existentes ao procedimento cirúrgico podendo estas se relacionar ou não a causa da cirurgia tais como: hipertensão arterial, diabetes, problemas cardiovasculares, problemas respiratórios					

(GRANT; et al, 2009).					
Náuseas e Vômitos São sintomas inconvenientes após cirurgias (ALLVIN, et al; 2009).					
Hipotermia perioperatória Diminuição da temperatura corporal abaixo de 36°C no período perioperatório resultante da ação dos agentes anestésicos na termorregulação, de fatores associados com a cirurgia e fatores ambientais (BURGER; FITZPATRICK, 2009).					
Condições nutricionais comprometidas Condição nutricional insuficiente para satisfazer as necessidades do metabolismo (HARIDAS; MALANGONI, 2008).					
Falta de suporte social Ausência de assistência de familiares e/ou amigos durante atividades domésticas, compras, etc; profissionais e/ou serviços de saúde, serviços específicos de reabilitação durante o período pós-operatório (KAN, 2009; GRANT; et al, 2009; ALLVIN; et al, 2008).					
Idade avançada Idosos com idade superior a 60 anos (WAISBREN; et al, 2010).					
SUGESTÕES:					

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado Enfermeiro (a)

Sou aluna do curso de pós-graduação do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

Venho através deste pedir sua colaboração para responder o instrumento em anexo, para ser integrante do projeto de pesquisa intitulado “Validação do Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada”. Os objetivos deste estudo são: analisar e validar o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada proposto de NANDA (2010) e pela CIPE 2.0, buscando evidências disponíveis na literatura quanto à existência de fatores que contribuem para complicações de recuperação cirúrgica, bem como suas manifestações clínicas.

Esta etapa caracteriza-se pela validação por peritos e, portanto, sua participação neste estudo é de extrema importância.

Uma vez que aceite participar, peço que assine este termo de consentimento que está recebendo em duas cópias, uma delas ficará com você e a outra deverá ser enviada ao endereço de uma das pesquisadoras que é fornecido neste termo. Fica a seu critério a maneira para a devolução de tal termo assinado: via email através de cópia digitalizada ou através dos correios, se optar pela segunda maneira, peço que envie o seu endereço para que eu lhe envie um envelope selado para que você apenas coloque nos correios, não tendo nenhum custo para você.

Você foi selecionado a participar deste estudo pois possui experiência em diagnóstico de enfermagem e/ou enfermagem cirúrgica e possui os requisitos exigidos pelo método de validação de conteúdo diagnóstico adotado neste estudo (grau de mestre, publicações na área de enfermagem cirúrgica e/ou diagnóstico de enfermagem). Tais informações foram obtidas através da sua participação em grupos de estudos, associação em órgãos de classe e na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>.

Uma vez que na Resolução 196/96 é considerado que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, pode-se afirmar que o presente estudo oferece risco mínimo, uma vez que não se trata de medidas de diagnóstico ou intervenção entre os sujeitos, mas sim, um estudo de validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem.

Os benefícios esperados com este estudo envolvem a possibilidade de aplicar diagnósticos de enfermagem válidos consequentemente planos de cuidados que refletem a real necessidade de saúde de pacientes, familiares e coletividade.

Esclareço que o sigilo quanto a sua identidade será assegurada, bem como, a opção de deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e em qualquer momento da pesquisa. Os dados coletados serão confidenciais e utilizados somente para fins de trabalhos científicos e informamos que você não terá despesas com este estudo.

Anamaria Alves Napoleão

Professora Doutora – Departamento de Enfermagem da UFSCar
Via Washington Luís, Km 235 – Campus UFSCar – Departamento de
Enfermagem

Telefones: 16- 3351-9444 (sala); 16- 3351-8334 (recados - secretaria)

E-mails: anamaria@ufscar.br ou ananapoleao@yahoo.com.br

Aline Helena Appoloni

Mestranda da PPGEnf – UFSCar

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE G - Carta aos avaliadores do instrumento de coleta de dados de Validação de Conteúdo Diagnóstico

As questões a seguir foram elaboradas para nortear a sua avaliação, abaixo destas encontram-se espaços para as respectivas respostas:

1. O instrumento está construído e apresentado de forma organizada, clara e objetiva, de forma que os peritos possam compreender o que está sendo solicitado e preenchê-lo sem dúvidas?

2. O conteúdo do instrumento reflete de fato o que os autores se propõem a avaliar?

3. A forma como o instrumento deverá ser avaliado é capaz de levar ao alcance dos objetivos do estudo?

4. Existe algo que você alteraria no instrumento (considerar a caracterização dos peritos e o instrumento a ser validado propriamente dito)?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer nº104/2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br <http://www.propp.ufscar.br>

Parecer Nº. 104/2011

Título do projeto: Validação do Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada

Área de conhecimento: 4.00 - Ciências da Saúde / 4.04 - Enfermagem

Pesquisador Responsável: ALINE HELENA APPOLONI

Orientador: ANAMARIA ALVES NAPOLEAO

CAAE: 0170.0.135.000-10

Processo número: 23112.004810/2010-80

Grupo: III

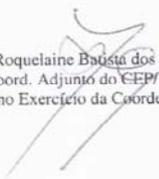
Conclusão

O projeto foi considerado pendente. Tempestivamente, os pesquisadores atenderam as exigências pertinentes nos termos da Resolução 196/96 e as suas complementares. Portanto, o projeto é considerado **APROVADO**.

Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta data e ao término do estudo.

São Carlos, 18 de fevereiro de 2011.


Roquelaine Bausta dos Santos
Coord. Adjunto do CEP/UFSCar
no Exercício da Coordenação