

# Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito

*Delayed surgical recovery: a concept analysis*

*Recuperación quirúrgica retardada: análisis del concepto*

Adilson Edson Romanzini<sup>1</sup>, Emilia Campos de Carvalho<sup>1</sup>, Cristina Maria Galvão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

## Como citar este artigo:

Romanzini AE, Carvalho EC, Galvão CM. Delayed surgical recovery: a concept analysis. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):668-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680526i>

Submissão: 03-11-2014 Aprovação: 09-07-2015

## RESUMO

**Objetivo:** analisar o conceito de recuperação cirúrgica retardada. **Método:** o modelo de análise de conceito de Rodgers guiou os mecanismos processuais do estudo. Revisão integrativa foi conduzida para alcançar a segunda atividade do modelo adotado. As bases de dados PubMed, CINAHL, EMBASE e LILACS foram selecionadas para a busca dos estudos primários. **Resultados:** Foram incluídos 66 estudos primários e sua análise permitiu identificar seis atributos, os quais se inter-relacionam e subsidiam a definição do conceito investigado. Experiência prévia (relacionada à cirurgia, fatores fisiológicos, psíquicos ou ambientais), foi o antecedente identificado. Os consequentes foram expressos por manifestações clínicas, reintervenções, dependência de cuidados e redução na qualidade de vida. **Conclusão:** a definição do conceito foi construída e identificados os antecedentes e consequentes. O uso e significado do conceito recuperação cirúrgica retardada apontam para o uso do qualificador “prejudicada” em substituição ao termo “retardada”.

**Descritores:** Formação de Conceito; Enfermagem; Período Perioperatório.

## ABSTRACT

**Objective:** analyze the concept of delayed surgical recovery. **Method:** the Rodgers' concept analysis provided the procedural mechanisms to guide the study, and an integrative review was performed to achieve the second activity of the model adopted. The PubMed, CINAHL, EMBASE and LILACS databases were selected to search for primary studies. **Results:** sixty-six primary studies were included and served as basis to construct the use and meaning of delayed surgical recovery concept. In the analysis, six attributes were outlined, which are interrelated and underpin the research concept definition. Preliminary experience was identified as the antecedent. The consequences of the concept are expressed through clinical manifestations, re-interventions, dependence on care and reduced quality of life. **Conclusion:** the definition of the concept was constructed, and the antecedents and consequents were identified. The use and meaning of the delayed surgical recovery concept point to the use of the qualifier 'impaired' instead of 'delayed'.

**Keywords:** Concept Formation; Nursing; Perioperative Period.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar el concepto de recuperación quirúrgica retardada. **Método:** el modelo de análisis de concepto de Rodgers proporcionó los mecanismos del proceso para guiar el estudio. Una revisión integradora fue realizada para alcanzar la segunda actividad del modelo adoptado. Las bases de datos PubMed, CINAHL, EMBASE y LILACS fueron seleccionadas para la búsqueda de los estudios primarios. **Resultados:** el uso y el significado del concepto recuperación quirúrgica retardada fueron construidos utilizando datos extraídos de 66 estudios primarios incluidos. En el análisis, fueron definidos seis atributos, que están interrelacionados y subsidian la definición investigada. La experiencia previa fue el antecedente identificado. Los consequentes del concepto recuperación quirúrgica retardada son expresos por manifestaciones clínicas, re-intervenciones, dependencia de cuidados y reducción en la calidad de vida. La definición del concepto fue construida. **Conclusión:** los resultados nos permiten recomendar el uso del calificador deteriorado en lugar de retardada.

**Palabras clave:** Formación de Concepto; Enfermería; Periodo Perioperatorio.

AUTOR CORRESPONDENTE Adilson Edson Romanzini E-mail: [romanzini@usp.br](mailto:romanzini@usp.br)

## INTRODUÇÃO

A recuperação cirúrgica é complexa devido a sua natureza multidimensional; o retorno do paciente às atividades cotidianas nem sempre ocorre da forma esperada e com a mesma qualidade almejada. A vida habitual é interrompida pelo procedimento anestésico cirúrgico e processo de recuperação e, muitas vezes, as complicações retardam a evolução deste processo, afetando a qualidade de vida do paciente, aumentando o tempo de recuperação e a retomada das atividades habituais; além desses aspectos, ocorre o aumento de custos relativos à assistência médico-hospitalar<sup>(1-2)</sup>.

Os resultados de pesquisas sobre o processo de recuperação cirúrgica indicam que o paciente cirúrgico pode sofrer desconfortos, capazes de persistir por anos após a cirurgia, tais como: dor, fadiga, problemas com a ferida cirúrgica e mobilidade, dentre outros que afetam a retomada e desempenho de atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar e podem estar relacionados com tratamento incorreto/equivocado, tipo de cirurgia, baixa capacidade de enfrentamento do estresse pelo paciente e fornecimento insuficiente de informações adequadas pelos profissionais de saúde<sup>(1-4)</sup>.

A recuperação cirúrgica retardada é um conceito definido pela NANDA International, Inc (NANDA-I) 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”<sup>(5)</sup>. As terminologias de enfermagem desempenham papel importante para o cuidado de enfermagem, fornecendo os conceitos e definições de fenômenos, favorecendo a prática baseada em evidências e a tomada de decisão na área da saúde; entretanto, tais terminologias devem estar em constante atualização<sup>(6)</sup>.

A identificação e compreensão do uso de um conceito poderão gerar subsídios para o avanço do conhecimento e a construção de linguagem comum e válida para a prática da Enfermagem<sup>(7)</sup>. Especificamente, a condução do presente estudo fornece evidências que poderão promover o avanço do conhecimento relativo às experiências humanas sobre o processo de recuperação cirúrgica, bem como o planejamento e a implementação de cuidados de enfermagem que contribuirão para o alcance de resultados melhores para o paciente. Assim, o estudo teve como objetivo analisar o conceito recuperação cirúrgica retardada.

## MÉTODO

O método evolucionário para a análise de conceito de Rodgers<sup>(8)</sup> foi adotado para a condução do estudo. Tal método propõe um processo interativo em toda a investigação, que envolve seis atividades: identificar o conceito de interesse e as expressões associadas; identificar e selecionar o campo apropriado para a coleta de dados; coletar dados relevantes para a análise do conceito; analisar os dados e identificar as características do conceito; identificar um exemplo do conceito, se apropriado; identificar hipóteses e implicações para o desenvolvimento futuro do conceito. Após a seleção do conceito de interesse (recuperação cirúrgica retardada), para alcançar a segunda atividade do modelo, foi empregado, a

revisão integrativa; para identificar os estudos primários publicados nas disciplinas da área da saúde que utilizam o conceito investigado. As etapas percorridas na elaboração da revisão foram fundamentadas em estudos de métodos de revisão<sup>(9)</sup>.

A pergunta norteadora da revisão integrativa foi: Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre o conceito recuperação cirúrgica retardada? As bases de dados PubMed, CINAHL, EMBASE e LILACS foram selecionadas para a busca dos estudos primários. Para assegurar busca criteriosa delimitamos os descritores controlados (MeSH DATABASE, CINAHL Headings, EMBASE Entree, Descritores em Ciências da Saúde) e não controlados (palavras-chave) de acordo com cada base de dados. Os descritores controlados delimitados para busca na língua inglesa foram combinados de diferentes formas, por exemplo, *Postoperative Period AND Recovery of Function AND Signs and Symptoms; Scale OR Questionnaires AND Postoperative Period*. Os descritores *Scale* e *Questionnaire* foram empregados com a finalidade de identificar pesquisas que investigaram formas de medir o conceito estudado. Já os descritores não controlados foram combinados com o propósito de ampliar a busca de estudos primários, por exemplo, *Recovery Process OR Delayed Surgical Recovery OR Delayed Recovery AND Postoperative Period*. Na LILACS, os descritores controlados foram combinados de acordo com a base de dados, por exemplo, *Recuperação de função fisiológica AND Período pós-operatório AND Sinais e sintomas; Escalas OR Questionário AND Período pós-operatório*.

Os critérios de inclusão estabelecidos para os estudos primários foram: 1) artigos que abordavam o conceito recuperação cirúrgica retardada em diferentes áreas da saúde; 2) pesquisas desenvolvidas em seres humanos; 3) artigos em inglês, espanhol e português, não sendo estabelecido limite quanto ao ano de publicação. As revisões narrativas/revisões tradicionais de literatura; artigos que adotaram métodos de revisão, por exemplo, revisão sistemática; carta-resposta e editoriais foram excluídos. Para a extração de dados dos estudos primários elaboramos instrumento, submetido a validação aparente e de conteúdo que contempla os seguintes itens: 1) identificação do estudo; 2) objetivo e tipo de questão de pesquisa; 3) características metodológicas; 4) resultados; 5) análise do conceito e 6) conclusões. Para a validação aparente e de conteúdo do instrumento, três enfermeiros (docentes) foram convidados, com titulação de doutor e experiência em enfermagem perioperatória, diagnóstico de enfermagem, análise de conceito e validação de instrumentos. As sugestões apresentadas pelos juízes referentes à forma de apresentação do instrumento e a inclusão de itens para o alcance dos objetivos da pesquisa, as quais foram acatadas pelos pesquisadores.

A análise do delineamento de pesquisa dos estudos primários foi fundamentada nos conceitos apresentados por estudiosos de metodologia científica<sup>(10-11)</sup>. A força da evidência dos estudos foi analisada de acordo com a classificação de evidências para diferentes questões clínicas<sup>(12)</sup>. Essa classificação, dependendo da questão clínica do estudo primário, deve utilizar uma hierarquia de evidências. Por exemplo, uma questão clínica direcionada para o tratamento/intervenção na área de saúde, a força da evidência pode ser classificada em

sete níveis, sendo o nível 1 (mais forte) e o nível 7 (mais fraco). Entretanto, nas hierarquias de evidências de acordo com a questão clínica, os estudiosos não discutem pesquisa metodológica. Para a avaliação da qualidade metodológica dos ensaios clínicos controlados randomizados incluídos na amostra utilizou a escala de Jadad<sup>(13)</sup>. Essa escala avalia três aspectos do ensaio clínico: randomização, cegamento e perdas/exclusões de sujeitos. De acordo com a escala de Jadad<sup>(13)</sup> ensaio clínico com escores de 4 ou 5 é considerado com qualidade metodológica alta, o escore 3 indica qualidade moderada e os escores 2 ou 1 apontam qualidade baixa.

A condução da revisão integrativa permitiu buscar, avaliar e sintetizar os estudos primários selecionados, ou seja, completar a segunda atividade do método evolucionário para a análise de conceito de Rodgers<sup>(8)</sup>. Na terceira atividade do modelo, os dados foram organizados em ordem cronológica de acordo com o ano de publicação dos estudos primários e categorizados de acordo com as áreas da saúde: medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia. Na análise dos dados (quarta atividade do modelo de análise de conceito) deu enfoque na identificação de consenso concernente ao uso e significado dos elementos descritivos da recuperação cirúrgica retardada, como meio de estabelecer o estado atual do conhecimento sobre o conceito. Esta atividade compreendeu a busca e organização dos atributos (descritores ou expressões comuns sobre o conceito recuperação cirúrgica retardada) e de seus significados dentro do contexto de cada estudo primário.

A atividade de identificação de um exemplo do conceito; segundo o método evolucionário prevê que o exemplo deva ser identificado na literatura ou na prática e não construído pelo investigador. Contudo, não foi detectado na literatura investigada um exemplo prático capaz de representar os significados inerentes às experiências humanas complexas relacionadas à recuperação cirúrgica retardada. As implicações e hipóteses para o desenvolvimento futuro do conceito investigado serão apresentadas nos itens seguintes.

## RESULTADOS

A busca nas bases de dados indicou 1.155 estudos primários potencialmente elegíveis, desses, 103 eram estudos secundários, 836 não contemplaram os critérios de seleção delimitados e 150 eram duplicados. A amostra da revisão integrativa foi composta de 66 estudos primários destes; 41 estudos foram publicados pela medicina (primeiro autor), 14 estudos pela enfermagem, seis pela psicologia, três artigos da odontologia, um pela fonoaudiologia e um pela fisioterapia. Os tipos de estudos mais frequentes foram os descritivos (39), coorte (13) e caso-controle (1) com questões clínicas de prognóstico ou etiologia, sendo 14 estudos primários classificados com nível de evidência II e 39 com nível de evidência IV. Em relação aos seis estudos com questões clínicas de intervenção, um estudo foi classificado com nível de evidência III (ensaio clínico sem randomização) e cinco estudos com nível de evidência II; desses, um artigo obteve escore de Jadad<sup>(13)</sup> 1, dois artigos com escores 2, um artigo o escore foi 3 e um estudo com escore 5. Dentre os estudos primários incluídos na RI, apenas um foi conduzido na abordagem metodológica qualitativa

para avaliar significado e classificado com nível de evidência II. Ressaltamos que incluímos seis estudos (pesquisa metodológica) direcionados para a construção e validação de instrumentos de medida para mensurar a recuperação cirúrgica.

A partir da análise dos artigos os autores identificaram o conjunto de componentes do conceito (atributos, antecedentes, consequentes, termos substitutos) apresentados a seguir (Figura 1).

### Atributos do conceito recuperação cirúrgica retardada

Por meio do exame da literatura identificamos seis atributos centrais que compõem o conceito recuperação cirúrgica retardada.

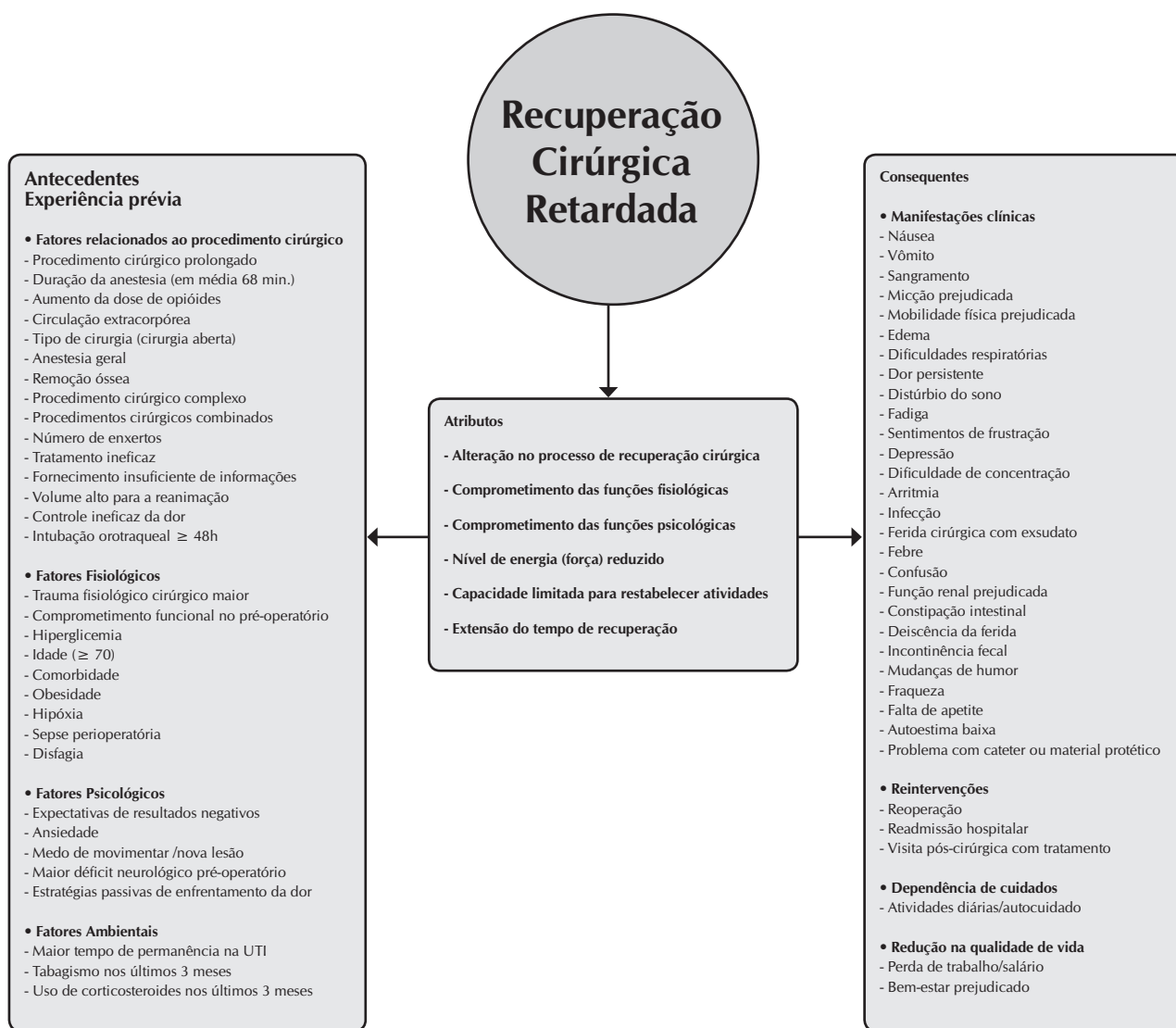
Atributo 1 - Alteração no processo de recuperação cirúrgica: está relacionada às complicações que alteram esse processo<sup>(1-2,14)</sup>. O processo de recuperação cirúrgica é complexo, dinâmico e inicia com o término do procedimento anestésico cirúrgico e continua por período variável. A recuperação cirúrgica envolve múltiplos domínios e finalizada com a restituição integral dos valores basais do paciente no período pré-operatório, atingindo grau de independência/dependência nas atividades habituais<sup>(2,15)</sup>.

Atributo 2 - Comprometimento das funções fisiológicas: engloba os domínios das funções fisiológicas: eliminação prejudicada, complicações cardiovasculares, integridade estrutural prejudicada (complicação relacionada com as fases de cicatrização da ferida cirúrgica), complicações respiratórias, disfunção digestiva e disfunção sexual. Esses domínios são manifestados por sinais e sintomas que desempenham impacto na vida dos pacientes, dificultando a recuperação para a mesma condição do período pré-operatório<sup>(16-18)</sup>. A integridade estrutural prejudicada foi domínio expressivo na literatura. As complicações relacionadas com as fases de cicatrização da ferida cirúrgica (inflamação, proliferação, maturação) acarretaram prejuízos na recuperação do paciente, tais como: deiscência da ferida, ferida cirúrgica com presença de exsudato, infecção, dor persistente, edema, sangramento e mobilidade física prejudicada<sup>(3,16,18-19)</sup>.

Atributo 3 - Comprometimento das funções psicológicas: representa os domínios das funções psicológicas: funcionamento psicossocial prejudicado, estado emocional pobre e comprometimento cognitivo-comportamental, que se manifestam por meio de sinais e sintomas e acarretam interferências na vida dos pacientes<sup>(1,15)</sup>. O comprometimento das funções psicológicas pode envolver manifestações de ansiedade, mudanças de humor, confusão, dificuldade de concentração, depressão, distúrbio do sono, preocupação e baixa estima<sup>(2-3,14,16)</sup>.

Atributo 4 - Nível de energia (força) reduzido: demanda alta frente à reserva de energia do paciente, condição que excede os seus recursos pessoais e dificulta a restauração da integridade, acarretando necessidade de descanso (dormir) durante o dia para repor as energias<sup>(3,20-21)</sup>. Em condições de demanda alta de energia (por exemplo, complicações do processo de recuperação cirúrgica), a reserva de energia do paciente pode se tornar cronicamente empobrecida. Assim, os pacientes vivenciaram manifestações que interferiram na função diária, tais como: falta de energia, fraqueza muscular, aumento da necessidade de sono, diminuição da capacidade de concentração, cansaço com exercício ou repouso e exaustão<sup>(2-3,14,20)</sup>.

Atributo 5 - Capacidade limitada para restabelecer atividades: envolve os domínios: atividade social comprometida, atividade



**Figura 1** - Componentes do conceito recuperação cirúrgica retardada

funcional comprometida e atividade de lazer comprometida<sup>(2,22)</sup>. Os pacientes que desenvolveram complicações no processo de recuperação cirúrgica apresentaram comprometimento maior das atividades funcionais<sup>(15)</sup>. As manifestações clínicas tais como, dor, fadiga depressão e problemas com a ferida cirúrgica, dentre outras, exercem influência importante no cotidiano do paciente e interferem na sua habilidade para participar de atividades sociais habituais. A incapacidade funcional é apontada como fator relevante para a incapacidade permanente para o trabalho, resultando em perda de emprego e salário<sup>(23-24)</sup>.

Atributo 6 - Extensão do tempo de recuperação: representa o prolongamento do tempo para o paciente recuperar as habilidades funcionais e atividades do cotidiano realizadas no período pré-operatório, devido ao desenvolvimento de complicações e a percepção do paciente de que necessita de tempo maior para recuperação, acarretando aumento do tempo de hospitalização e consequentemente postergando a alta do paciente após o procedimento cirúrgico<sup>(4,16-17)</sup>. As complicações fisiológica e psicológica/psicossocial podem acometer o

paciente durante o processo de recuperação cirúrgica. Alguns pacientes podem não recuperar para a mesma condição de saúde do período pré-operatório, ou mesmo, sofrer deterioração da sua condição física e/ou emocional, que pode persistir por anos após a intervenção<sup>(3-4)</sup>. Tal contexto implica que o período de recuperação cirúrgica é estendido para período variável devido à presença de complicações ou desconfortos (sinais e sintomas), que prolongam o tempo para o paciente retomar as atividades diárias normais executadas no período pré-operatório, além do esperado<sup>(3,15-16)</sup>.

Assim, por meio da análise dos atributos identificados, a recuperação cirúrgica retardada foi definida neste estudo como: alteração no processo de recuperação cirúrgica, que envolve comprometimento das funções fisiológicas e psicológicas, desencadeando demanda alta frente à reserva de energia do paciente que limita a capacidade de restabelecer e executar atividades da vida diária, estendendo o tempo de recuperação para o alcance de estado de saúde melhor ou equivalente ao período pré-operatório.



### Antecedente do conceito recuperação cirúrgica retardada

Os antecedentes representam os eventos precursores ou as circunstâncias da ocorrência do conceito<sup>(6)</sup>. Experiência prévia recente ou de um passado distante foi o antecedente identificado, e envolve aspectos relacionados à internação atual ou outras internações hospitalares, bem como, a outros fatores capazes de influenciar direta ou indiretamente o processo cirúrgico. Esse antecedente englobou 32 fatores que podem influenciar negativamente o processo de recuperação cirúrgica, os quais compreendem aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico (exemplos: tipo de cirurgia, duração da anestesia), fisiológicos (exemplos: comorbidade, hiperglicemia), psicológicos (exemplos: expectativas de resultados negativos, ansiedade) e ambientais (exemplos: maior tempo de permanência na unidade de terapia intensiva, tabagismo).

Durante o processo de recuperação cirúrgica, fatores múltiplos podem contribuir para o alcance de resultados positivos ou negativos. O tipo de cirurgia pode ser decisivo para o processo da recuperação. Os grupos de pacientes submetidos a cirurgias laparoscópicas apresentaram tempo menor de internação hospitalar e menos complicações como dor e fadiga em comparação com a cirurgia aberta<sup>(3)</sup>. O aumento da dose de opióides, no intraoperatório, pode causar efeitos indesejáveis como depressão respiratória e potencializar a frequência de náuseas e vômitos<sup>(25)</sup>. Os pacientes obesos ou aqueles com diabetes mellitus (controle glicêmico pobre) ou com idade avançada ( $\geq 70$  anos) apresentaram mais complicações e problemas no processo de recuperação cirúrgica<sup>(1,19)</sup>. Os fatores psicológicos no pré-operatório, como a expectativa de resultados negativos (comportamento pessimista), referentes ao procedimento cirúrgico e o processo de recuperação, bem como a ansiedade e o medo têm afetado negativamente as variáveis de recuperação no pós-operatório, comprometendo a recuperação após cirurgia<sup>(4)</sup>. Em relação aos fatores ambientais identificamos que o aumento no tempo total de permanência na unidade de terapia intensiva teve impacto negativo sobre o processo de recuperação cirúrgica. Os fatores como tabagismo e uso de corticosteroides, nos três meses anteriores a cirurgia, foram associados com o insucesso no processo de cicatrização cirúrgica<sup>(2)</sup>.

### Consequentes do conceito recuperação cirúrgica retardada

Os consequentes do conceito recuperação cirúrgica retardada identificados nesta análise foram; manifestações clínicas, reintervenções, dependência de cuidados e redução na qualidade de vida. A seguir, os autores descrevem breve explicação de cada consequente.

Consequente 1 - Manifestações clínicas: estas manifestações representam as evidências de complicações do processo de recuperação cirúrgica, que causam efeitos negativos físicos, psicossociais e econômicos, afetando a vida cotidiana e o bem-estar dos pacientes<sup>(2,17-18,25)</sup>. Tais manifestações clínicas descrevem os resultados que ocorrem quando a recuperação cirúrgica retardada está instalada. Ou seja, manifestações que podem estar presentes quando o paciente vivenciar a recuperação cirúrgica retardada. Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes no pós-operatório podem persistir por período variável, e influenciam na qualidade da recuperação cirúrgica, tais como: deiscência da ferida cirúrgica, ferida cirúrgica com presença de

exsudato, infecção, febre, edema, sangramento, náuseas, vômitos e dor, os quais impedem a realização das atividades diárias. A dor no pós-operatório está associada ao atraso na alta hospitalar e recuperação, na redução da satisfação dos pacientes e aumento de custos hospitalares. Apesar dos avanços no desenvolvimento de novos padrões de manejo da dor no pós-operatório, a dor ainda permanece como sintoma mais predominante após cirurgia. Os estudos indicaram que a dor, muitas vezes, é inadequadamente gerenciada; possibilitando que a dor aguda desenvolva para dor crônica e resulta em deficiência física, reduzindo a qualidade de vida do paciente cirúrgico<sup>(16,18,25)</sup>.

Consequente 2 - Necessidade de reintervenções: envolve as questões relacionadas à readmissão hospitalar, reoperação ou visita pós-cirúrgica inesperada no serviço de saúde, devido às complicações que requerem administração de novo regime terapêutico (curativo, reabertura da ferida, prescrição de antibiótico ou outro tratamento)<sup>(1,15,18)</sup>. Os resultados de estudo apontaram que 31% dos pacientes sofreram sintomas que atrasaram a alta hospitalar, 3% foram readmitidos no hospital após a alta, e 7% necessitaram repetir a cirurgia durante a internação inicial ou após a readmissão<sup>(16)</sup>.

Consequente 3 - Dependência de cuidado: engloba a necessidade de auxílio ao paciente para realizar o autocuidado no ambiente hospitalar ou, no lar, para a execução de atividades diárias, devido às incapacidades que requerem cuidados especiais após o procedimento anestésico cirúrgico. Os pacientes que apresentaram taxa maior de complicações necessitaram de reoperação e/ou de cuidados intensivos<sup>(1)</sup>. A admissão no período pós-operatório para cuidados críticos está associada ao tempo maior de recuperação e retomada de atividade ou trabalho, acarretando impacto econômico para os pacientes e serviços de saúde<sup>(1,23)</sup>. A literatura aponta que 32,9% dos participantes submetidos à cirurgia colorretal necessitaram dos serviços de cuidado domiciliar para o manejo de complicações e manifestações no período pós-operatório<sup>(20)</sup>. Pacientes submetidos a histerectomia ou miomectomia 69% relataram que precisaram de duas ou mais semanas de assistência por parte dos cuidadores. E ainda, aqueles empregados no momento da cirurgia relataram perda em média de 5,8 semanas de trabalho no período pós-operatório, e 43% dos cuidadores perderam em média 1,2 semanas de trabalho para cuidar do paciente<sup>(26)</sup>.

Consequente 4 - Redução na qualidade de vida: contempla os problemas fisiológicos e/ou psicológicos que interferem na condição de vida cotidiana e bem-estar (manifestações clínicas, dificuldades de reassumir atividades diárias normais, perda de trabalho e salário), reduzindo a qualidade de vida do paciente cirúrgico<sup>(1,14)</sup>. Estudo aponta que pacientes com alteração no processo de recuperação cirúrgica e limitações funcionais relataram níveis mais baixos de qualidade de vida no período de seis meses. As complicações no período pós-operatório (intensidade alta de dor, náuseas e fadiga) resultaram na diminuição da qualidade da recuperação e de vida<sup>(4)</sup>.

### Termos substitutos

Os termos substitutos são palavras ou expressões alternativas para o conceito<sup>(7)</sup>. Esses termos substitutos têm emergido na literatura com padrão de uso que apresenta tendência para

combinar o conceito recuperação cirúrgica, com descritores adicionais ou qualificadores que podem acrescentar ambiguidade ao conceito, tais como: recuperação cirúrgica prolongada, recuperação cirúrgica afetada, recuperação cirúrgica pobre, recuperação cirúrgica lenta, recuperação cirúrgica tardia, recuperação cirúrgica prejudicada e recuperação cirúrgica complicada<sup>(1,21)</sup>. Esses dados possibilitaram aos autores deste estudo analisar o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada (00100) apresentado na NANDA-I<sup>(5)</sup>.

## DISCUSSÃO

A produção do conhecimento, sobre o conceito estudado, envolveu diferentes áreas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia). Nessas áreas houve semelhanças no uso do conceito; portanto, a partir da análise dos componentes do conceito, uma definição de recuperação cirúrgica retardada foi construída neste estudo.

Na Enfermagem, o sistema de classificação de diagnósticos da NANDA-I é um dos mais conhecidos e contribui para padronizar a linguagem dos enfermeiros, com a finalidade de auxiliar no julgamento clínico e ampliar o desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e profissão. As categorias diagnósticas da taxonomia são derivadas de conceitos e apresentam modelos ou formulações teóricas para dar significado às observações<sup>(7,27)</sup>. Conforme já mencionado, a definição conceitual de Recuperação Cirúrgica Retardada (00100) padronizada pela NANDA-I é “extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar”<sup>(5)</sup>. Em um estudo<sup>(28)</sup> cujo objetivo foi analisar o conceito recuperação cirúrgica retardada, fundamentado no modelo de Walker e Avant, os autores não apontaram alteração na definição do conceito estudado, reforçando a maioria dos seus elementos conforme definido pela NANDA-I<sup>(5)</sup>.

O presente estudo identificou elementos do conceito já apontados por estudo embasado no modelo de Walker e Avant<sup>(28)</sup> e pela NANDA-I<sup>(5)</sup>, bem como novos elementos que compõem o conceito recuperação cirúrgica retardada (Figura 1). Entre os achados da literatura<sup>(28)</sup> e os do presente estudo, verificou diferenças em relação aos atributos do conceito e características temporais (antecedentes, consequentes) apontados, assim como diferenças quanto às relações de ideias referentes ao conceito recuperação cirúrgica retardada.

A “extensão do número de dias de pós-operatório” é o principal atributo apresentado pela NANDA-I<sup>(5)</sup> na definição do conceito. A seguir, o tempo necessário para desempenhar atividades é utilizado como padrão de recuperação cirúrgica. Entretanto, o sentido de “extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades” é vago, uma vez que não faz referência de qual é o limite ideal de pós-operatório para a recuperação cirúrgica, como pode ocorrer tal extensão do pós-operatório e qual é o tipo ou nível de atividade que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar, o que pode dificultar o julgamento preciso pelo enfermeiro.

Portanto, a definição do conceito, proposta no presente estudo, indica que a recuperação cirúrgica é um processo que se inicia com o término do procedimento anestésico cirúrgico e

continua por período variável, até que o paciente recupere o bem-estar em condição superior ou igual ao período pré-operatório<sup>(2,14)</sup>, por meio do restabelecimento de todos os domínios da recuperação: funções fisiológicas, funções psicológicas, nível de energia e atividades. Entretanto, quando ocorre alteração neste processo, ou seja, falhas de recuperação de domínios específicos que se inter-relacionam, tais como: comprometimento das funções fisiológicas, comprometimento das funções psicológicas, nível de energia (força) reduzido, capacidade limitada para restabelecer atividades e extensão do tempo de recuperação, a recuperação cirúrgica fica prejudicada.

O qualificador “retardado” sugere uma tendência reducionista, com abrangência insuficiente para descrever os significados inerentes à complexa experiência humana ao vivenciar alterações no processo de recuperação cirúrgica. Frente ao exposto, os dados sintetizados nesta pesquisa indicam que o qualificador ou julgamento “prejudicado”, representa melhor as falhas ou danos no processo de recuperação cirúrgica, uma vez que o qualificador “retardado” compreende exclusivamente a ideia relativa ao período de tempo da recuperação.

A recuperação cirúrgica deve ser compreendida em perspectiva ampla, pois se refere além da hospitalização e do tempo em torno da alta hospitalar<sup>(2)</sup>. Assim, implica que a qualidade de recuperação após cirurgia deve ser avaliada tendo como referência a condição de base do paciente. O investimento em esforços para melhorar a recuperação dos pacientes cirúrgicos exige a compreensão dos fatores preditores das manifestações e o impacto das complicações sobre o processo de recuperação, bem como, comunicação adequada entre a equipe multidisciplinar, paciente e família no oferecimento de informações apropriadas antes e após a cirurgia<sup>(3-4,7,14)</sup>.

## CONCLUSÃO

A análise do conceito de Recuperação cirúrgica retardada” permitiu a elaboração da definição do fenômeno, identificação de seis atributos, bem como dos antecedentes, consequentes e termos substitutos. Verificou-se que o conceito é multidimensional, com dimensões biológicas, psíquicas e ambientais; o qualificador ou julgamento “prejudicado” representa melhor as falhas ou danos no processo de recuperação cirúrgica, em substituição ao qualificador “retardado” que compreende exclusivamente a ideia relativa ao período de tempo da recuperação.

A aplicação do conceito recuperação cirúrgica prejudicada precisa ser avaliada continuamente para que o mesmo continue sendo útil e relevante para a prática da Enfermagem no perioperatório. Para tanto, a condução de pesquisas com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa, qualitativa ou mista) pode ser desenvolvida para explorar os resultados apresentados e promover esclarecimentos adicionais do conceito e sua aplicabilidade em situações práticas da Enfermagem.

O uso do conceito recuperação cirúrgica prejudicada pelo enfermeiro possibilitará caracterizar os fenômenos, descrever situações, estabelecer comunicação efetiva e identificar fatores que possam comprometer o processo de recuperação cirúrgica, permitindo assim, a implementação de intervenções efetivas e, alcance de resultados melhores e bem-estar do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Mayo NE, Feldman L, Scott S, Zavorsky G, Kim do J, Charlebois P, et al. Impact of preoperative change in physical function on postoperative recovery: argument supporting prehabilitation for colorectal surgery. *Surgery* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 04];150(3):505-14. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606011003965>
2. Arakelian E, Gunningberg L, Larsson J, Norlen K, Mahteme H. Factors influencing early postoperative recovery after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Eur J Surg Oncol* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 04];37(10):897-903. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0748798311003180>
3. Rosén HI, Bergh IH, Lundman BM, Martensson LB. Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. *BMC Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 04];9(16):1-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2988024/pdf/1472-6955-9-16.pdf>
4. Peters ML, Sommer M, Van Kleef M, Marcus MA. Predictors of physical and emotional recovery 6 and 12 months after surgery. *Br J Surg* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 04];97(10):1518-27. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.7152/abstract;jsessionid=1F49C69F58B9BD76B8838F001012D127.f02t03>
5. Herdman TH, Kamitsuru S. Editores. *NANDA International, Inc. nursing diagnoses: Definitions and classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015
6. Park H. Identifying core NANDA-I nursing diagnoses, NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 04];25(1):30-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24215515>
7. Von Krogh G. An examination of the NANDA International taxonomy for domain completeness, ontological homogeneity, and clinical functionality. *Int J Nurs Terminol Classif* [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 04];19(2):65-75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18476846>
8. Rodgers BL. Concept analysis: an evolutionary view. In: Rodgers, BH, Knafl, KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. 2nd ed. Philadelphia: W B Saunders Company; 2000. p. 77-102.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 04];17(4):758-764. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
10. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet* [Internet]. 2002 [cited 2014 Nov 04];359(9300):57-61. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)07283-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)07283-5.pdf)
11. Beck CT. Critiquing qualitative research. *AORN J* [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 04];90(4):543-54. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001209208008995>
12. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.p.25-39
13. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* [Internet]. 1996 [cited 2014 Nov 04];17(1):1-12. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0197245695001344>
14. Allvin R, Ehnfors M, Rawal N, Svensson E, Idvall E. Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: Content validity and intra-patient reliability. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 04];15(3):411-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2008.01027.x/abstract>
15. Feldman LS, Kaneva P, Demyttenaere S, Carli F, Fried GM, Mayo NE. Validation of a physical activity questionnaire (CHAMPS) as an indicator of postoperative recovery after laparoscopic cholecystectomy. *Surgery* [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 04];146(1):31-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606009002256>
16. Ramírez JM, Blasco JA, Roig JV, Maeso-Martinez S, Casal JE, Esteban F, et al. Enhanced recovery in colorectal surgery: a multicentre study. *BMC Surg* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 04];11(1):1-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/11/9>
17. Brown JR, Kramer RS, MacKenzie TA, Coca SG, Sint K, Parikh CR. Determinants of acute kidney injury duration after cardiac surgery: an externally validated tool. *Ann Thorac Surg* [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 04];93(2):570-6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003497511026270>
18. Majholm B, Engbaek J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik AMG, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 04];56(3):323-31. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.2011.02631.x/epdf>
19. Dowsey MM, Liew D, Stoney JD, Choong PF. The impact of pre-operative obesity on weight change and outcome in total knee replacement: a prospective study of 529 consecutive patients. *J Bone Joint Surg Br* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 04];92(4):513-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20357327>
20. Zalon ML. Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery. *Nurs Res* [Internet]. 2004 [cited 2014 Nov 04];53(2):99-106. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15084994>
21. Paddison JS, Sammour T, Kahokehr A, Zargar-Shoshtari K, Hill AG. Development and validation of the Surgical Recovery Scale (SRS). *J Surg Res* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 04];167(2):e85-91. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022480410019062>
22. Wong J, Tong D, DeSilva Y, Abrishami A, Chung F. Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and

- anesthesia. *Anesthesiology* [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 04];110(3):596-602. Available from: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1923934>
23. Puolakka K, Ylinen J, Neva MH, Kautiainen H, Hakkinen A. Risk factors for back pain-related loss of working time after surgery for lumbar disc herniation: A 5-year follow-up study. *Eur Spine J* [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 04];17(3):386-92. Available from: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00586-007-0552-2.pdf>
  24. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schulz P, Miller C, Hertzog M, et al. Relationships between fatigue and early postoperative recovery outcomes over time in elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 04];37(4):245-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2583060/pdf/nihms59654.pdf>
  25. Castro-Alves LJS, De Azevedo VLF, De Freitas Braga TF, Gonçalves AC, De Oliveira Jr GS. The effect of neuraxial versus general anesthesia techniques on postoperative quality of recovery and analgesia after abdominal hysterectomy: A prospective, randomized, controlled trial. *Anesth Analg* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 04];113(6):1480-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21926374>
  26. DeCherney AH, Bachmann G, Isaacson K, Gall S. Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 [cited 2014 Nov 04];99(1):51-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11777510>
  27. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribution of standardized languages for knowledge production, clinical reasoning and clinical nursing practice. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 04];66(esp):134-141. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>
  28. Appoloni AH, Herdman TH, Napoleao AA, Carvalho EC, Hortense P. Concept Analysis and Validation of the Nursing Diagnosis, Delayed Surgical Recovery. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 04];24(3):115-21. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2013.01241.x/full>
-