

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA EM IDOSOS: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

NURSING DIAGNOSIS ON DELAYED SURGICAL RECOVERY IN ELDERLY PEOPLE: MULTIPLE CASE STUDY

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA RETARDADA EN LOS ANCIANOS: UN ESTUDIO DE CASOS MÚLTIPLES

Paula Vanessa Peclat Flores¹, Déborah Marinho da Silva², Shimmenes Kamacael Pereira³, Ana Carla Dantas Cavalcanti⁴, Juliana de Melo Vellozo Pereira⁵, Rosimere Ferreira Santana⁴

RESUMO

Objetivo: Descrever as características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem na recuperação cirúrgica retardada em idosos pós-cirúrgicos de gastrectomia e colectomia. **Método:** Estudo descritivo de casos múltiplos, realizado em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil, de agosto/2014 a abril/2015. Os sujeitos do estudo foram 10 idosos, acompanhados por 60 dias, por meio de cinco entrevistas sobre variáveis do diagnóstico. A análise descritiva apresentou os cálculos de média, desvio padrão e percentual; e para análise e síntese dos dados diagnósticos adotou-se o modelo de Risner. **Resultados:** os pacientes foram, majoritariamente, do sexo masculino (70%); média de idade $70,1 \pm 6,8$; dias pós-operatório $63,8 \pm 42,8$. Os fatores relacionados aos casos foram: *procedimento cirúrgico extenso* (100%); *dor* (80%); e *infecção pós-operatória no local da incisão* (50%). Esses se ajustaram às características definidoras: *adiamento ao retorno às atividades de trabalho/emprego* (100%); *evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica* (70%); *dificuldade para movimentar-se* (50%); *ajuda no autocuidado* (50%), ratificado o retardo na recuperação cirúrgica. **Conclusão:** Recomenda-se investigação precoce em idosos com risco de desenvolver o diagnóstico para o estabelecimento de ações assertivas de enfermagem.

Descritores: Idoso; Enfermagem perioperatória; Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe the defining characteristics and factors related to nursing diagnosis on delayed surgical recovery in elderly people, post-surgical of gastrectomy and colectomy. **Method:** A descriptive study of multiple cases, carried out in two public hospitals in Rio de Janeiro, Brazil, from August/2014 to April/2015. The study subjects were 10 elderly people, followed up for 60 days, through five interviews on diagnostic variables. The descriptive analysis presented the mean, standard deviation and percentage calculations; and for the analysis and synthesis of the diagnostic data, the Risner's model was adopted. **Results:** Patients were predominantly males (70%), means age 70.1 ± 6.8 , postoperative 63.8 ± 42.8 days. The factors related to the cases were: *extensive surgical procedure* (100%), *pain* (80%), *postoperative infection at the incision site* (50%). These ones conformed to the defining characteristic: *postponed return at work/job activities* (100%), *evidence of interruption in the surgical area healing* (70%), *difficult to move* (50%), *help in self-care* (50%) ratified the retardment in surgical recovery. **Conclusion:** we recommend early research in elderly people with possibility/risk of developing diagnostic for establishing assertive nursing actions.

Descriptors: Elderly people; Perioperative nursing; Nursing diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Describir los factores relacionados y características que definen el diagnóstico de enfermería recuperación quirúrgica retardada en ancianos a lo largo post-quirúrgico de la gastrectomía y la colectomía. **Método:** Estudio descriptivo de múltiples casos, llevado a cabo en dos hospitales públicos del Rio de Janeiro, Brasil, de agosto/2014 hasta abril/2015. Los sujetos participantes del estudio fueron 10 ancianos, acompañados por 60 días, en cinco entrevistas sobre variables del diagnóstico. El análisis descriptivo mostró los cálculos de la media, desviación estándar y el porcentaje; y el análisis y síntesis de los datos de diagnóstico, adoptaron el modelo Risner. **Resultados:** Los pacientes eran varones (70%), edad $70,1 \pm 6,8$, postoperatorio $63,8 \pm 42,8$ días. Los factores relacionados: *procedimiento quirúrgico amplio* (100%); *dolor* (80%); *infección postoperatoria en el sitio de la incisión* (50%). Esos se ajustaron a las características definitorias: *aplazamiento al regreso al trabajo/empleo* (100%); *evidencia de interrupción de la curación de la zona quirúrgica* (70%); *dificultad de moverse* (50%); *ayuda en el autocuidado* (50%) confirman el retraso en la recuperación quirúrgica. **Conclusión:** se recomienda investigaciones precoces en ancianos con posibilidad/riesgo de desarrollar de diagnóstico para el establecimiento de acciones asertivas de enfermería.

Descritores: Anciano; Enfermería perioperatoria; Diagnóstico de enfermería.

¹Graduada em Enfermagem. Doutora em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense. Docente na Universidade Federal Fluminense. ²Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense. ³Graduada em Enfermagem. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense. ⁴Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente na Universidade Federal Fluminense. ⁵Graduada em Enfermagem. Mestre em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense.

Como citar este artigo:

Flores VP, Silva DM, Pereira SK, et al. Diagnóstico de Enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada em Idosos: Estudo de Casos Múltiplos. 2018;8:e2519. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2519>

INTRODUÇÃO

No Brasil, considera-se idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos⁽¹⁾. Atualmente, estima-se um crescimento de 2% ao ano da população idosa mundial e, em decorrência desse envelhecimento, agravamentos da saúde⁽¹⁻²⁾. No Brasil, no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015, 24% dessa população foi hospitalizada e, nesse mesmo período, foram registrados mais de sete milhões de procedimentos cirúrgicos entre os idosos, sendo 10% de cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal⁽¹⁾.

Sabe-se que a população idosa requer cuidados diferenciados que, se não disponibilizados, podem levá-la ao prolongamento do uso do leito ou mesmo, reinternações⁽³⁾. Essas reinternações podem ocorrer devido a complicações apresentadas no pós-operatório do idoso, sendo as principais: deiscência de ferida operatória, atelectasia e pneumonia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, queda da função renal e hipotermia⁽²⁻⁴⁾. As complicações cardiopulmonares são responsáveis por cerca de 60% da mortalidade após cirurgia de urgência⁽³⁻⁵⁾. Essas aumentam os custos com a saúde, tanto por ampliar o tempo de internação, quanto por postergar o retorno às atividades cotidianas⁽⁴⁻⁵⁾. O óbito é uma consequência da união dessas complicações, tendo como causa a falência de múltiplos órgãos⁽¹⁾.

O paciente com complicações no período pós-operatório permanece hospitalizado por tempo maior do que o esperado. Isto pode indicar que o mesmo apresenta o diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada (RCR), que pode ser definido pela *NANDA-Internacional (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. Este diagnóstico possui nove características definidoras e seis fatores relacionados⁽⁶⁾.

Em estudo observacional com 72 pacientes acompanhados após o quinto dia de pós-operatório, realizado num hospital universitário de grande porte no estado do Rio de Janeiro, foi proposto identificar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada entre adultos e idosos⁽³⁾. Verificou-se aumento relativo da taxa do diagnóstico nos idosos, que foi de 77,1%, em comparação a dos adultos (75,7%), porém, sem diferença significativa (0,421)⁽³⁾. As

características definidoras mais frequentes nos pacientes idosos foram: dificuldade para se movimentar (0,045), percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação e necessidade de ajuda para completar o autocuidado ($p < 0,0001$)⁽³⁾.

Em outro estudo similar, a incidência do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada entre adultos e idosos foi de 36,67%, com prevalência de complicações pós-operatórias relacionadas às cirurgias do aparelho digestivo em 30,6% dos casos⁽⁴⁾. Nesse contexto, questiona-se: Como os fatores relacionados e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada se relacionam em pacientes idosos submetidos às cirurgias de gastrectomia e colectomia?

Entender como o diagnóstico de enfermagem se apresenta em idosos em cirurgias de grande porte, com histórico de maior risco para complicações e ocorrência do diagnóstico, contribui para sua identificação pelos enfermeiros na prática clínica, facilitando, assim, o pensamento crítico e o raciocínio diagnóstico. A busca de sua identificação precoce contribui para diminuição dos casos de retardo na recuperação cirúrgica, por meio de ações preventivas de enfermagem. Além disso, ainda não se identificaram, na literatura, estudos que detalhem os casos de retardo na recuperação cirúrgica, como proposto nesta pesquisa.

Portanto, delineou-se como objetivo: Descrever as características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada em idosos pós-cirúrgicos de gastrectomia e colectomia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de casos múltiplos⁽⁷⁾ onde oito características definidoras e seis fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada foram descritas no pós-operatório de 10 (dez) participantes que apresentaram esta qualificação, durante a internação hospitalar, de um total de 83 sujeitos submetidos à gastrectomia ou colectomia, no período de agosto de 2014 a abril de 2015, em dois hospitais de ensino da rede pública federal no estado do Rio de Janeiro/Brasil. Ressalta-se que ambos os cenários apresentavam características semelhantes quanto ao processo de enfermagem utilizado. Os demais participantes resultaram de dez recusas a

participar do estudo, duas reinternações, quatro complicações antes de realizarem o procedimento cirúrgico, quatro que evoluíram a óbito, antes ou depois da cirurgia, e dez sujeitos estavam internados para investigação diagnóstica. Os outros 43 sujeitos apresentaram alta na data prevista, caracterizando a ausência do diagnóstico de recuperação cirúrgica retardada.

A coleta de dados ocorreu presencialmente, enquanto os pacientes encontravam-se internados nos respectivos hospitais. Após a alta, os dados foram coletados no ambulatório, juntamente com o retorno para revisão e acompanhamento da recuperação cirúrgica. A coleta compreendeu as seguintes fases:

Captação dos sujeitos, com identificação da amostra elegível: a busca ativa, realizada duas vezes por semana em cada cenário, momento no qual foram identificados no livro de registros dos referidos setores, os pacientes em pré-operatório para cirurgias de colectomia e gastrectomia que atendiam aos critérios de inclusão. Os prontuários foram utilizados para consulta aos dados de contato do paciente, assim como data de internação e data da cirurgia.

Convite à pesquisa: os aspectos envolvidos no seguimento deste estudo foram esclarecidos para os pacientes e familiares no momento pré-operatório (D0). Para aqueles que aceitaram participar do estudo, foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Instrumento A).

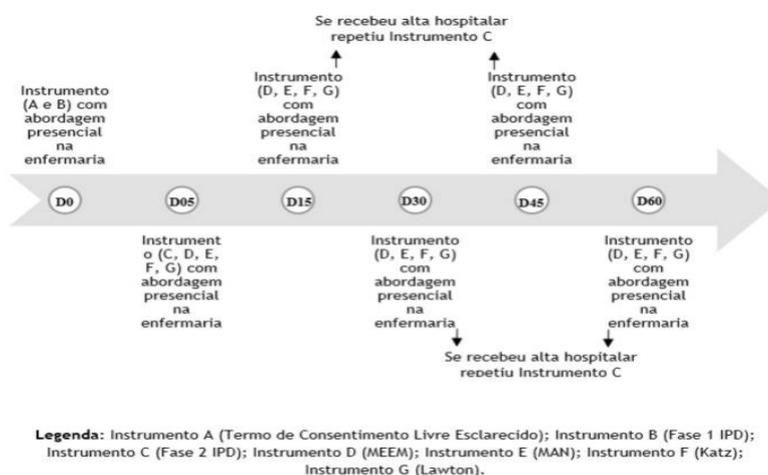
Aplicação dos instrumentos de coleta de dados: no momento D0, aplicou-se o Instrumento de Produção de Dados/IPD (Instrumento B), que possibilitou a caracterização dos participantes

quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas como: idade, sexo, procedimento cirúrgico realizado, data da internação, data do procedimento cirúrgico, data da alta hospitalar e presença de comorbidades (Diabetes, Dislipidemia, Neoplasia, Hipertensão Arterial Sistêmica e Anemia).

Os instrumentos listados a seguir foram aplicados nos momentos D05, D15, D30, D45, D60: 1) Instrumento C - extração de informações sobre as variáveis de análise do estudo, como presença ou ausência das características definidoras e de fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada; 2) Instrumento D - Escala de avaliação cognitiva pelo Mini Exame do Estado Mental – MEEM⁽⁸⁾, que teve sua avaliação psicométrica no Brasil em 2006, onde foi destacado pelos autores que a escolaridade deve ser considerada para a adoção do ponto de corte adequado⁽⁸⁾; 3) Instrumento E - Avaliação nutricional através da Mini Avaliação do Estado Nutricional - MAN⁽⁹⁾, validado em 1998 no Brasil⁽⁹⁾; 4) Instrumento F - Escala de avaliação das atividades de vida diária – KATZ⁽¹⁰⁾, adaptada transculturalmente no Brasil em 2008, provando equivalência com a versão original⁽¹⁰⁾; 5) Instrumento G - Escala de avaliação das atividades instrumentais de vida diária de LAWTON⁽¹¹⁾, cuja confiabilidade foi analisada no Brasil em 2008, e apresentou índices psicométricos satisfatórios⁽¹¹⁾.

Os dados das escalas possuem relevância, uma vez que podem auxiliar na avaliação das características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico em questão. O fluxograma de coleta de dados está indicado na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma de coleta de dados. Niterói, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

Os critérios de inclusão: participantes com idade superior a 60 anos, submetidos à gastrectomia ou colectomia, com retardo na recuperação cirúrgica durante o pós-operatório hospitalar. A escolha dessas cirurgias baseia-se no seu grau de complexidade, extenso e doloroso período de recuperação, principalmente, nos idosos⁽¹²⁾. Como critérios de exclusão: sujeitos que não completaram as cinco entrevistas em intervalos regulares de dias (D): D05, D15, D30, D45 e D60.

Para a análise das informações, construiu-se um banco de dados com as variáveis em estudo. Os fatores relacionados e características definidoras dos diagnósticos de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, bem como as escalas de MAN, KATZ e LAWTON foram avaliados no decorrer dos 60 dias, ou seja, longitudinalmente. As variáveis sexo, idade, tipo de cirurgia, dias de pós-operatório, dias de internação, comorbidades e escala MEEN foram avaliadas transversalmente. A análise descritiva

apresentou os cálculos de média, desvio padrão e percentual.

Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o processo de raciocínio clínico (análise, julgamento e síntese dos dados) de acordo com Risner⁽¹³⁾. Análise é entendida como a separação do material em partes e o exame crítico das mesmas, o qual define seus componentes essenciais e suas relações, sendo dividida em duas partes: categorização dos dados e identificação de dados divergentes ou lacunas.

A Síntese é a combinação das partes ou dos elementos numa entidade única, dividida em: Agrupamento das evidências em padrões; Comparação dos padrões com teorias, modelos, normas e conceitos; Identificação de possibilidades; e Proposição das causas etiológicas. O Estabelecimento dos diagnósticos propriamente ditos é a última fase desse processo, destinada a nomear as conclusões e validá-las⁽¹³⁾. A Figura 2 apresenta as variáveis coletadas e analisadas que auxiliaram na decisão diagnóstica⁽⁵⁾.

Figura 2- Evidências clínicas relacionadas às características definidoras e fatores relacionados. Niterói, 2015.

| Características definidoras | Evidência Clínica |
|---|---|
| CD1: Adia o retorno às atividades de trabalho / emprego | Dias de internação, tempo de recuperação pós-operatório maior que o preconizado para a cirurgia. |
| CD2: Dificuldade para movimentar-se | Necessita de ajuda para sentar-se, levantar-se da cama, deambular e ir ao banheiro. |
| CD3: Precisa de ajuda para completar o autocuidado | Índice de Lawton. |
| CD4: Fadiga | Períodos prolongados de repouso no leito e cansaço excessivo ao caminhar. |
| CD5: Percepção de que é necessário mais tempo para recuperação | Relato de sensação ou sentimento de o paciente de ter sua capacidade funcional diminuída e/ou apresentar alterações fisiológicas que dificultem a realização das atividades cotidianas conhecidas como atividades de vida diária (AVDs). |
| CD6: Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica | Deiscência da ferida operatória, sinais flogísticos (eritema, rubor, calor e edema), presença de exsudato e/ou drenagem 48/72 horas do pós-operatório. |
| CD7: Perda de apetite com náusea | Diminuição da aceitação da dieta, menor que 50%, relato de desconforto gástrico ou refluxo esofágico; uso de antiemético. |
| CD8: Perda de apetite sem náusea | Insatisfação com a alimentação hospitalar, aceitação da dieta menor que 50% e diminuição da sensação de fome ou vontade de comer. |
| Fatores relacionados | Evidência Clínica |
| FR1: Dor | Escala Visual Analógica (EVA). |
| FR2: Sentimento pós-operatório | Expectativas pós-operatórias como sentimentos de ansiedade, medo, preocupação, insegurança, culpa, perda, depressão, diminuição da autoestima, dentre outros que, se apresentados pelo paciente cirúrgico, podem contribuir para o atraso de sua recuperação. |
| FR3: Infecção pós-operatória no local da incisão | Infecção em sítio cirúrgico relatado no prontuário, exsudato ou drenagem purulenta, presença de eritema, separação de tecidos profundos, isolamento de bactérias, uso de antibiótico, febre e internação superior a 14 dias. |
| FR4: Obesidade | Índice de massa corporal (IMC = kg/m ²) > 30 kg/m ² |
| FR5: Procedimento cirúrgico extenso | Cirurgia de grande porte: abdominais, torácicas, vasculares, coluna vertebral torácica com instrumentação, artroplastia de quadril e cirurgias oncológicas. |
| FR6: Procedimento cirúrgico prolongado | Aumento do tempo do procedimento cirúrgico, ou seja, maior que a média descrita na literatura. |

Fonte: Santana et al.³

O estudo foi aprovado em 2013 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro (protocolo nº 221.674) e do Hospital Federal dos Servidores do Estado (protocolo nº 000.499), seguindo, desta forma, as Recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta as características clínicas dos pacientes idosos com diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada. As variáveis categóricas foram descritas por frequência absoluta e porcentagem e as variáveis contínuas por média e desvio padrão.

Tabela 1 - Apresentação das variáveis clínicas dos pacientes idosos com diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada (n = 10). Niterói-RJ, 2015.

| Variável | (n=10) | p-valor |
|---|---------------------|---------|
| Sexo masculino | 7,0 (70%) | |
| Idade | 70,1 ± 6,8 | 0,409 |
| Tempo de internação pré-operatória (dias) | 4,0 (2,0-11,7)* | 0,012 |
| Tempo de internação pós-operatória (dias) | 63,8 ± 42,8 | 0,198 |
| Tipo de cirurgia | | |
| Gastrectomia | 6,0 (60%) | |
| Colectomia | 3,0 (30%) | |
| Laparotomia | 1,0 (10%) | |
| Comorbidades | | |
| HAS | 8,0 (80%) | |
| Anemia | 5,0 (50%) | |
| Diabetes | 3,0 (30%) | |
| Dislipidemia | 3,0 (30%) | |
| Câncer | 2,0 (20%) | |
| Problemas respiratórios durante a recuperação | 2,0 (20%) | |
| Necessidade de internação em UTI | 3,0 (30%) | |
| Escalas (registro do 5º dia PO) | | |
| MEEN - Estado cognitivo | 20,0 (15,0 - 25,0)* | 0,035 |
| Lawton | 13,3 ± 4,1 | 0,979 |
| MAN - Estado Nutricional | 15,8 ± 1,5 | 0,101 |
| Katz - Grau de dependência par AVD's | | |
| G - Dependente para todas as atividades | 8,0 (80%) | |
| E - Independente para todas as atividades menos uma | 2,0 (20,0%) | |

* Variáveis sem distribuição normal que foram apresentadas por mediana e intervalo interquartil

Fonte: Dados da pesquisa.

Os pacientes foram majoritariamente do sexo masculino (70%), com média de idade de 70,1 ± 6,8. As doenças associadas mais prevalentes foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (80%); Dislipidemia (30%); e Diabetes Mellitus (30%). Apresentaram mediana de tempo de internação pré-operatória de 4,0 (2,0–11,7) dias, o que se mostrou significativamente diferente no grupo (p = 0,012). Houve também média de 63,8 ± 42,8 dias de pós-operatório, ou seja, uma internação prolongada.

Foi realizada uma análise preliminar das escalas de avaliação dos pacientes do estudo no 5º dia de pós-operatório. A escala MEEN apresentou mediana de escore de 20,0, com intervalos entre 15,0 e 25,0. Considerou-se, de acordo com esse escore, que os pacientes apresentaram, em sua maioria, uma perda cognitiva moderada. O grau de escolaridade foi considerado para pontuação no resultado do teste⁽⁸⁾, uma vez que o grau de instrução dos

participantes foi até o ensino fundamental. Cabe ressaltar que houve diferença significativa na pontuação do MEEM no grupo ($p = 0,035$).

A escala LAWTON apresentou média de escore de $13,3 \pm 4,1$, ou seja, em sua maioria, trata-se de idosos com limitações para executar atividades instrumentais de vida diária. As mais preservadas foram administrar finanças, atender telefone e fazer uso dos medicamentos.

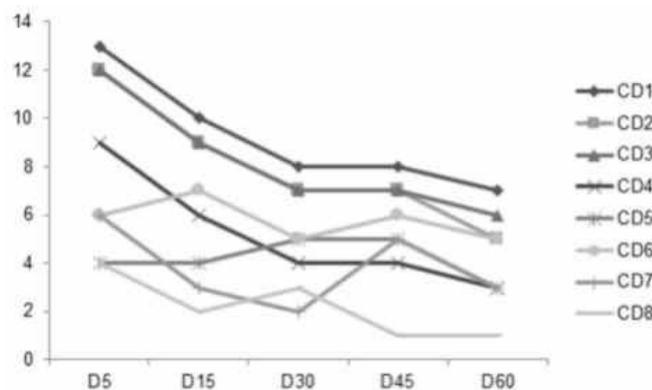
A avaliação da escala KATZ revelou que 80% dos pacientes apresentaram dependência para todas as atividades. Na escala KATZ, o índice G retrata que um indivíduo está altamente dependente em todas as atividades. Nesse estudo, este índice manteve-se elevado desde o D5 de pós-operatório em 100% dos idosos até o D60 na metade do universo do estudo (50%). O índice A, que representa independência em todas as atividades, aparece somente no D30 (20%),

sugerindo um retorno tardio às atividades que garantem sua autonomia.

Observou-se uma distribuição homogênea do risco de desnutrição em todo o seguimento do estudo (50% dos casos). A escala MAN obteve média de $15,8 \pm 1,5$. No entanto, foi considerável o número de pacientes que apresentaram desnutrição, principalmente nos primeiros 30 dias de internação (50%). O padrão normal de nutrição só foi identificado a partir do 45º dia de pós-operatório (40%).

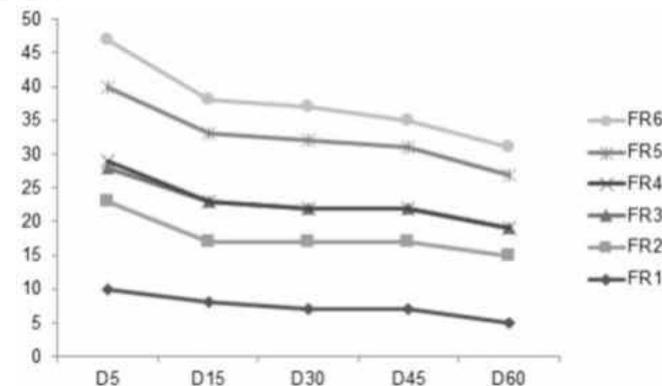
As Figuras 3 e 4 representam, respectivamente, a prevalência das características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico de recuperação cirúrgica retardada no decorrer de 60 dias. O eixo vertical mostra o número de vezes em que cada característica e fator aparece no decorrer dos dias de entrevista (eixo horizontal), representados pelo traçado interno do gráfico.

Figura 3 – Prevalência das características definidoras nos idosos com recuperação cirúrgica retardada (n = 10) no decorrer de 60 dias. Niterói, 2015.



Legenda: CD1 - Adia o retorno às a atividades de trabalho/emprego, CD 2 – Dificuldade para movimentar-se; CD 3 – Precisa de ajuda para completar o autocuidado; CD4 - Fadiga; CD5 – Percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação; CD6–Evidência de interrupção na cicatriz da área cirúrgica CD7–Relata perda de apetite com náusea e CD8 – Relata perda de apetite sem náuseas. Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 4 - Descrição dos fatores relacionados nos idosos com recuperação cirúrgica retardada (n = 10) no decorrer de 60 dias. Niterói, 2015.



Legenda: FR1- Dor, FR- 2 Sentimento pós-operatório, FR3 - Infecção pós-operatória no local da incisão, FR4-Obesidade, FR5- Procedimento cirúrgico extenso e FR6- Procedimento cirúrgico prolongado. Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2 foi elaborada como forma de realizar uma avaliação global, descritiva e combinada das características definidoras e

fatores relacionados nos idosos com recuperação cirúrgica retardada.

Tabela 2 – Prevalência da combinação das Características Definidoras e Fatores Relacionados do Diagnóstico de Recuperação Cirúrgica Retardada, (n = 10). Niterói, 2015.

| Fatores relacionados / Características Definidoras | Infecção pós-operatória no local da incisão | Procedimento cirúrgico extenso | Procedimento cirúrgico prolongado | Expectativa pós-operatória negativa | Dor |
|---|--|---------------------------------------|--|--|------------|
| Adia o retorno às atividades (n=10) | 5 | 10 | 6 | | 8 |
| Dificuldade para movimentar-se (n=10) | 5 | | | | 8 |
| Precisa de ajuda para completar o autocuidado (n=10) | 5 | | | | |
| Fadiga (n=08) | | | | 7 | 8 |
| Percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação (n=07) | 5 | | | | |
| Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica (n=07) | 5 | 7 | 6 | | |
| Perda de apetite sem náuseas (n=05) | 5 | | | | 5 |
| Perda de apetite com náusea (n= 4) | | | 4 | | |

Legenda: CD = Característica definidora; FR = Fator Relacionado.

Fonte: Dados da pesquisa.

As variáveis 'Adia o retorno às a atividades de trabalho/emprego', 'Dificuldade para movimentar-se', e 'Precisa de ajuda para completar o autocuidado' foram as mais frequentes no recorte temporal proposto. A primeira a surgir no pós-operatório é a 'dificuldade para movimentar-se', porém, o autocuidado pode ser executado mesmo com dificuldades motoras. No entanto, a permanência da dificuldade motora além do esperado adia o retorno às atividades. E essa é uma característica central no conceito do diagnóstico, que somente cessa com a recuperação da mobilidade, percebida no final do seguimento de 60 dias.

As características "Relato de perda de apetite com náusea" e "Relato de perda de apetite sem náuseas" aparecem em menor frequência. Observa-se também uma evolução

linear da frequência dos fatores relacionados: uns aumentam ou diminuem no decorrer do tempo. Os fatores relacionados "procedimento cirúrgico extenso" e "procedimento cirúrgico prolongado" aparecem como os mais presentes no segmento estudado. Já o fator relacionado "infecção pós-operatória" no local da incisão apresentou-se mais prevalente no D5. Houve também prevalência constante do D15 ao D45, que diminuiu conforme a recuperação, bem como o fator relacionado "dor" esteve presente no início e que diminuiu até o D60.

Dez pacientes apresentaram, ao mesmo tempo, o fator relacionado "procedimento cirúrgico extenso" e a característica definidora "adia o retorno às atividades" (n=10). Observa-se que esta última esteve prevalente com quase todos os fatores relacionados (dor, infecção pós-

operatória no local da incisão, procedimento cirúrgico extenso e procedimento cirúrgico prolongado) nos pacientes. O fator relacionado infecção pós-operatória no local da incisão foi prevalente junto a 6 características definidoras.

Este estudo descreveu as características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada em pacientes idosos em pós-operatório de gastrectomia e colectomia no decorrer de 60 dias. Em destaque, foi notável que, enquanto a frequência das características definidoras foi oscilante no decorrer dos seguimentos, os fatores relacionados tiveram uma apresentação decrescente desde o D5 até o D45.

Em relação às características definidoras, observou-se que aquelas relacionadas ao autocuidado e atividades de vida diárias do idoso: *“adia o retorno às atividades de trabalho/emprego”*, *“dificuldade de movimentar-se”* e *“precisa de ajuda para completar o autocuidado”* foram as mais prevalentes no pós-operatório de gastrectomia e colectomia de idosos. Ou seja, impactam na necessidade de cuidados de enfermagem e de acompanhamento familiar, reiterando a dependência e perda da autonomia na terceira idade⁽²⁾.

Destaca-se, ainda, que a característica definidora *“adia o retorno às atividades de trabalho/emprego”* esteve presente nos 10 casos estudados. Esse dado demonstrou que os sujeitos do estudo ainda exerciam atividades de emprego como fonte de renda, sendo assim, a presença do diagnóstico é uma importante causa de limitações individuais e sociais.

Em consonância com os resultados, um estudo evidenciou que o idoso possui maiores chances de desenvolver a característica definidora *“dificuldade para movimentar-se”*, corroborando com os resultados do presente estudo, o que identificou esta característica definidora em todos os idosos^(3,5).

Quanto às características definidoras referentes aos aspectos físicos, a *“fadiga”* esteve presente em oito pacientes (n = 8) no D5 de pós-operatório e sua alta prevalência pode estar relacionada à presença do diagnóstico médico de doenças oncológicas⁽¹⁵⁾, podendo contribuir para agravamento da sensação de desconforto, dificuldade para movimentar-se e falta de apetite.

A *“evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica”* é considerada característica chave do diagnóstico de recuperação cirúrgica

retardada. Como se observa na análise dos dados, foi mais prevalente no D15 de pós-operatório (n = 7), logo, sua presença caracteriza atraso na recuperação cirúrgica. E, ainda, sua presença pode relacionar-se com a alteração nutricional, presença de corpos estranhos, idade avançada e localização da ferida⁽⁹⁾.

A *“perda de apetite sem náusea”* foi evidenciada pela insatisfação com a alimentação hospitalar, diminuição da sensação de fome e aceitação da dieta inferior a 3 refeições. Sua prevalência oscilou no seguimento do estudo, porém foi mais evidente no período D5 e D45 de pós-operatório e se relaciona com o tipo de cirurgia realizado.

Em relação a este resultado, de acordo com a avaliação nutricional utilizada no estudo (MAN)⁽⁹⁾, observou-se que os pacientes idosos já apresentavam alterações nutricionais, com risco de desnutrição (n = 5) e desnutrição (n = 5) antes da cirurgia. Este dado, inclusive, pode ser considerado como um forte antecedente para o aparecimento do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada.

Houve uma discreta melhora do estado nutricional dos idosos apenas no D45 de pós-operatório, momento no qual quatro pacientes atingiram nível de eutrofia e, ainda assim, 4 idosos apresentavam-se sob risco de desnutrição e dois pacientes ainda se encontravam na faixa da desnutrição. Este resultado é preocupante, uma vez que a desnutrição pode contribuir para alterações no processo de cicatrização⁽⁹⁾. A *“perda de apetite com náusea”* teve uma prevalência esperada, com alta prevalência apenas no D5 de pós-operatório. É, neste momento, que se apresentam as alterações nutricionais devido aos efeitos anestésicos, fato este que contribui para a demora do retorno às funções normais⁽¹⁶⁾. No entanto, o enfermeiro que atua no período pós-operatório deve estar atento às complicações nutricionais pós-anestésicas, que podem apresentar um agravamento no estado nutricional⁽¹⁷⁾.

A característica definidora *“percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação”* apresentou baixa prevalência no quinto dia de pós-operatório (n = 4), porém aumentou nas avaliações sequenciais (D15, D30 e D45). O processo de prolongamento da hospitalização se apresenta como uma dificuldade de restabelecer a saúde física e mental, o que gera crises situacionais tanto de ordem pessoal, familiar, que acompanham esse idoso durante todo esse

período, quanto socioeconômica, pelos custos hospitalares diretos e indiretos aos familiares e ao próprio idoso⁽³⁻⁵⁾.

Os fatores “*procedimento cirúrgico extenso*”, “*sentimentos pós-operatório negativos*” e “*dor*” foram os mais evidentes no decorrer dos 60 dias de seguimento e decresceram no decorrer do tempo.

Quando avaliado o “*procedimento cirúrgico extenso*”, observa-se que o grande porte cirúrgico pode relacionar-se ao adiamento do retorno às atividades de trabalho/emprego por tempo de internação ou reinternação. Dentre os pacientes que apresentaram o diagnóstico de RCR, 20% mantiveram constante este fator relacionado, tendo em vista sua aparição desde o início do pós-operatório.

O fator “*dor*” pode se relacionar com a ausência ou retardo de recuperação. No entanto, após o procedimento cirúrgico, esta queixa é esperada por alterações funcionais e complexidade das cirurgias digestórias⁽¹⁸⁾.

Sobre o fator “*sentimento pós-operatório negativo*”, conforme se estendem os dias de pós-operatório, são comuns sentimentos de medo e preocupação, uma vez que muitos pacientes acreditam na alta hospitalar e receiam uma progressão da doença⁽⁵⁾.

Destaca-se também que, embora o fator “*infecção pós-operatória no local da cirurgia*” não tenha sido o mais prevalente, esteve presente em 60% nos idosos no D15 de pós-operatório. Políticas de prevenção de infecção hospitalar são importantes medidas de orientação do trabalho do enfermeiro de CCIH. Porém, essas ações não podem ser desarticuladas da assistência perioperatória. A integração da CCIH com o enfermeiro assistencial é de suma importância para prever pacientes em risco de complicações e, conseqüentemente, de retardo na recuperação cirúrgica.

Outro destaque cerne desse estudo foi o tempo prolongado de recuperação cirúrgica com internações superiores a 100 dias. Isso decorre prejuízos pessoais, institucionais, econômicos, e declara uma insuficiência da atual política de provisão de cuidados centrados no modelo hospitalar e biomédico^(3,5).

Cabe destacar sobre o perfil da amostra, uma maioria do sexo masculino. Alguns estudos relacionam que a demora em buscar assistência à saúde pode ser uma explicação; a outra é a maior demanda de dependência para o autocuidado envolvido em questões de gênero⁽¹⁹⁾.

Um alerta sobre a heterogeneidade na amostra foi o tempo de pré-operatório, tendo havido pacientes com período de 16 dias nessa fase. Há políticas de redução do tempo de hospitalização perioperatória denominada *fast-tracking*, instituída para diminuição das complicações de infecção hospitalar, dos custos hospitalares e maior satisfação do paciente com menor período afastado do convívio social⁽²⁰⁾. Com isso, políticas de educação do paciente à distância (acompanhamento pelo telefone, SMS, videoconferência), vistas de seguimento e ambulatorio pré e pós-cirúrgico têm sido alvo de investigações⁽²⁰⁾.

Sobre a variação nos resultados do MEEN é importante ressaltar que, quanto menor a pontuação, maior a perda cognitiva e maior a dependência para o autocuidado⁽⁸⁾. Portanto, existe a necessidade de cuidados de enfermagem especializados, como: a orientação para realidade; apoio e suporte ao cuidador; ensino: cuidados pós-operatórios; promoção do exercício; suporte nutricional; e cuidados com a pele⁽²¹⁻²²⁾.

Uma vez descrito os fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem RCR, foi possível observar um mapeamento que contribui para implementação de cuidados preventivos junto ao paciente logo no período pré-operatório e pós-operatório mediato, com o objetivo de promover a recuperação plena e evitar complicações. Assume-se como limitação do estudo, o número reduzido de pacientes investigados; no entanto, o aprofundamento das análises dos estudos de caso foram possíveis pela homogeneidade da amostra.

CONCLUSÃO

A descrição aprofundada das características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada em idosos pós-cirúrgicos de gastrectomia e colectomia ao longo de 60 dias indicou que a dor, a complexidade do procedimento cirúrgico e a infecção pós-operatória no local da cirurgia são fatores etiológicos para o adiamento do retorno às atividades, dificuldade na mobilidade e interrupção na cicatrização da ferida cirúrgica.

Os resultados apresentados contribuem para a caracterização dos idosos com chance/risco de desenvolver este diagnóstico, contribuindo para atuação clínica do enfermeiro. O estudo ainda beneficia o ensino de

enfermagem perioperatória ao sustentar, como um objetivo educacional dos alunos, determinar se o paciente se recupera ou não no tempo estimado. Também, a presença do diagnóstico pode ser um indicador de análise em gestão perioperatória. Com isso, recomenda-se investigação contínua desse diagnóstico para o planejamento de ações assertivas de prevenção e promoção da recuperação cirúrgica dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Departamento de Informática do SUS - Datasus. Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH. Brasília (DF): Datasus; 2016 [citado 20 fev 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>
2. Garcia SD, Garanhani ML, Tramontini CC, Vannuchi MTO. O significado do cuidado perioperatório para o idoso. Rev Enferm UFSM. 2014;4(1):55-66. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769210257>
3. Santana RF, Amaral DM, Pereira SK, Delphino TM, Cassiano KM. The occurrence of the delayed surgical recovery nursing diagnosis among adults and the elderly people. Acta Paul Enferm. 2014;27(1):35-9. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400008>
4. Beccaria LM, Cesarino CB, Werneck AL, Correio NCG, Correio KSS, Correio MNM. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de ensino. Arq Cienc Saúde. 2015;22(3):37-41. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.3.2015.216>
5. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. Nursing diagnoses: definitions & classification, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
6. Santana RF, Lopes MV. Measures of clinical accuracy and indicators of the nursing diagnosis of delayed surgical recovery. Collegian. 2015;22(3):275-82. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.02.001>
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
8. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):712-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
9. Vellas B, Garry PJ, Guigoz Y, editors. Mini Nutritional Assessment (MNA): research and practice in the elderly. Clinical & Performance Programme . 1999 [citado 8 fev 2017]. (Nestle nutrition workshop series. Clinical & performance programme, Vol. 1). Disponível em: <http://www.karger.com/Article/PDF/62970>
10. Wallace M, Shelkey M. Katz index of independence in activities of daily living (ADL). Urol Nurs. 2007;27(1):93-4. <https://doi.org/10.1097/00004045-200105000-00020>
11. Santos RL, Júnior JSV. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. Rev Bras Prom Saúde. 2008;21(4):290-6. <https://doi.org/10.5020/18061230.2008.p290>
12. Jangland E, Kitson A, Muntlin AA. Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: a multi-stage qualitative case study. J Adv Nurs. 2016;72(4):791-801. <https://doi.org/10.1111/jan.12880>
13. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Kenney JW, Christensen PJ. Nursing process: application of theories, frameworks, and models. 2a ed. St. Louis: Mosby; 1986.
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012 [citado 11 mar 2017]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html
15. Zilberstein B, Malheiros C, Lourenço LA, Kassab P, Jacob CE, Weston AC et al. Brazilian consensus in gastric cancer: guidelines for gastric cancer in Brazil. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2013;26(1):2-6. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000100002>
16. Gorini MIPC, Silva PO, Chaves PL, Ercole JP, Cardoso BC. Health records of the nursing diagnosis fatigue in cancer patients. Acta Paul Enferm. 2010;23(3):354-8. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300007>
17. Pompeo DA, Rossi LA, Paiva L. Content validation of the nursing diagnosis Nausea. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):48-53. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100006>
18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado 15 jul 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf

19. Delphino TM, Souza PA, Santana RF. Telemonitoramento como intervenção no pós-operatório de facectomia: revisão sistemática da literatura. Rev Min Enferm. 2016;20:e937. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160007>
20. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
21. Delphino TM, Santana RF, Souza PA. Clarificação do conceito «recuperação cirúrgica retardada» para uso na prática clínica. Rev Enf Ref. 2015;4(6):131-9. <https://doi.org/10.12707/RIV14086>
22. Maciel GMC, Santos RS, Santos TM, Menezes RMP, Vitor AF, Lira ALBC. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. R Enferm Cent O Min. 2016;6(3):2430-8. <https://doi.org/10.19175/recom.v6i3.1010>

Nota: Este estudo faz parte da monografia de fim de curso intitulada "Diagnóstico de enfermagem na recuperação cirúrgica retardada em idosos: estudo de casos múltiplos", defendida pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Recebido em: 29/09/2017

Aprovado em: 29/01/2018

Endereço de correspondência:

Paula Vanessa Peclat Flores

Street Drº Celestino - nº 74

CEP: 24020-091 - Niterói/RJ - Brasil

E-mail: paulapeclat@gmail.com