

## Diagnóstico de enfermagem risco de recuperação cirúrgica retardada: validação de conteúdo

Rosimere Ferreira Santana<sup>1</sup>,  
Dayana Medeiros do Amaral Passarellles<sup>2</sup>,  
Simone Martins Rembold<sup>3</sup>,  
Priscilla Alfradique de Souza<sup>4</sup>,  
Marcos Venícios de Oliveira Lopes<sup>5</sup>,  
Uyara Garcia Melo<sup>6</sup>

### RESUMO

O objetivo desse estudo foi validar o conteúdo da proposta do diagnóstico de enfermagem Risco de recuperação cirúrgica retardada. Pesquisa metodológica, de validação de conteúdo por especialistas, com amostra de 34 especialistas. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados contendo escala do tipo Likert de 1 a 5. A análise de dados foi a proporção estimada pelo teste binomial. Obteve-se 10 itens da proposta diagnóstica avaliada com proporção superior ou igual a 75%. Outros sete itens: Definição; Sentimentos expressos; Histórico de retardo da cicatrização; Procedimento cirúrgico prolongado; Idade avançada; Edema e trauma no local da cirurgia; Classificação ASA elevada (*American Society of Anesthesiologists*); foram avaliados com proporção inferior a 75%, revisados até consenso dos especialistas. Conclui-se que o diagnóstico de enfermagem foi validado em conteúdo. Sua identificação pode possibilitar prever a vulnerabilidade dos pacientes com Risco de recuperação cirúrgica retardada (00246), e o planejamento das intervenções perioperatórias de forma individualizada.

**Descritores:** Enfermagem Perioperatória; Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Estudos de Validação; Cuidados Pós-Operatórios.

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: [rosifesa@gmail.com](mailto:rosifesa@gmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: [dayanaamaral@id.uff.br](mailto:dayanaamaral@id.uff.br).

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde. Professora Associada da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: [srembold@gmail.com](mailto:srembold@gmail.com).

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: [priscillalfradique@gmail.com](mailto:priscillalfradique@gmail.com).

<sup>5</sup> Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: [marcos@ufc.br](mailto:marcos@ufc.br).

<sup>6</sup> Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: [uyara.gmelo@gmail.com](mailto:uyara.gmelo@gmail.com).

---

Artigo recebido: 21/09/2017.

Artigo aprovado: 25/06/2018.

Artigo publicado: 19/12/2018.

### Como citar esse artigo:

Santana RF, Passarellles DMA, Rembold SM, Souza PA, Lopes MVO, Melo UG. Diagnóstico de enfermagem risco de recuperação cirúrgica retardada: validação de conteúdo. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2018 [acesso em: \_\_\_\_\_];20:v20a34. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.49441>.

## INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem perioperatória constitui um desafio devido às alterações fisiológicas complexas que ocorrem para sua recuperação completa. A identificação do diagnóstico de enfermagem Risco de recuperação cirúrgica retardada pode auxiliar na detecção de complicações, auxiliar na recuperação pós-operatória, diminuir custos hospitalares, reinternações e morbimortalidade<sup>(1)</sup>.

Desse modo, é primordial identificar precocemente os fatores de risco que colaboram para o atraso/retardamento na recuperação cirúrgica, ou seja, um diagnóstico de risco, que avalia a vulnerabilidade dos indivíduos antes mesmo de o fenômeno ocorrer, estratificando os pacientes em mais ou menos vulneráveis, para orientar aqueles que necessitam de maior atenção da enfermeira, com intervenções preventivas, com vistas a promoção da segurança e da proteção do paciente cirúrgico.

A taxonomia da NANDA International (NANDA-I) estabelece o diagnóstico com foco no problema Recuperação Cirúrgica Retardada (00100). Entretanto, esse diagnóstico não contempla fatores de risco associados às possíveis complicações pós-operatórias que, se identificadas precocemente pelo enfermeiro, serviriam de base para um plano de intervenções visando à sua prevenção.

Desse modo, observou-se uma lacuna na proposição de um diagnóstico que agrupasse os fatores de risco, ou seja, em que determinasse os pacientes potenciais para uma Recuperação cirúrgica retardada. Portanto, os dados das pesquisas apontaram que seria mais interessante prevenir a Recuperação cirúrgica retardada do que detectá-la<sup>(2-5)</sup>.

Um estudo observacional seccional<sup>(3)</sup> realizado com 72 pacientes acompanhados após o quinto dia de pós-operatório evidenciou uma prevalência relativa do diagnóstico de enfermagem de Recuperação Cirúrgica Retardada nos idosos (77,1%), e adultos (75,7%). O estudo mostrou ainda que a característica definidora “dificuldade para se movimentar”, estava presente em 20 idosos e em 15 adultos, ou seja, a chance do indivíduo maior de 60 anos ter dificuldade de se movimentar foi de 2,1 vezes maior se comparado ao adulto<sup>(3)</sup>.

Em outro estudo<sup>(5)</sup> com amostra aleatória composta por 69 sujeitos acompanhados desde o primeiro dia de pré-operatório até a alta hospitalar, verificou-se que 33,4% dos sujeitos apresentaram o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada. Houve uma variação da média de idade de 52 anos e uma mediana de 55 anos. Porém, ao relacionar o diagnóstico por faixa etária, obteve-se que 14 (60,9%) sujeitos possuíam idade superior ou igual a 50 anos<sup>(5)</sup>.

Um estudo observacional seccional<sup>(4)</sup> realizado com 70 pacientes cirúrgicos, verificou medidas de sensibilidade, especificidade, valores preditivo positivo e negativo, razão de verossimilhança positiva e negativa, Odds Ratio Diagnostica e área sob a curva ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) e, identificaram sete características definidoras que apresentaram valores preditivos positivo elevados: evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica (VPP = 99,44), adiamento ao retorno das atividades de trabalho/emprego (VPP = 97,30), dificuldade para movimentar-se (VPP = 97,14), fadiga (VPP = 96,55), percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação (VPP = 96,30), precisa de ajuda para completar o autocuidado (VPP = 96,00), e relato de desconforto (VPP = 96,00). O único fator relacionado que mostrou associação com o diagnóstico em estudo foi infecção pós-operatória no local da incisão ( $p = 0,028$ ). A variável tempo de pós-operatório, elemento central na

definição diagnóstica apresentou relação estatística significativa com o diagnóstico Recuperação Cirúrgica Retardada ( $p = 0,012$ )<sup>(1)</sup>.

Nesses estudos sobre o diagnóstico com foco no problema de RCR já foram apontados fatores que podem interferir no prolongamento da recuperação cirúrgica como a dificuldade para se movimentar, idade avançada, dependência no autocuidado e a própria percepção de que é necessário mais tempo para se recuperar<sup>(1,3,5-7)</sup>.

Diante desses dados, o grupo de pesquisa elaborou uma proposta diagnóstica de Risco de recuperação cirúrgica retardada (00246), que foi submetida ao Comitê de Desenvolvimento Diagnóstico da NANDA-I e obteve aprovação em outubro de 2014, cuja publicação foi contemplada na edição de 2015-2017 dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I<sup>(8)</sup>. A proposta foi no intuito de delinear um diagnóstico de risco que auxiliasse no planejamento da assistência de enfermagem, de modo a determinar os fatores que possam impedir o prolongamento do tempo de internação e, conseqüentemente, futuras reinternações e aumento dos custos hospitalares.

As definições operacionais foram construídas em um estudo de análise de conceito<sup>(9)</sup> e foram submetidas a validade do conteúdo nesse estudo. O diagnóstico de enfermagem de Risco de recuperação cirúrgica retardada define-se como “vulnerabilidade à extensão do número de dias pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar, capaz de comprometer a saúde”<sup>(8)</sup>.

Os fatores de risco propostos para a composição do diagnóstico foram: agente farmacêutico, contaminação do sítio cirúrgico, diabetes mellitus, dor, edema no local da cirurgia, escore de classificação do estado físico da *American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 3*, extremos de idade, história de atraso em cicatrização de ferida, infecção perioperatória de sítio cirúrgico, mobilidade prejudicada, náusea persistente, obesidade, procedimento cirúrgico extenso, procedimento cirúrgico prolongado, reação emocional pós-operatória, subnutrição, transtorno psicológico no período pós-operatório, trauma no sítio cirúrgico e vômito persistente.

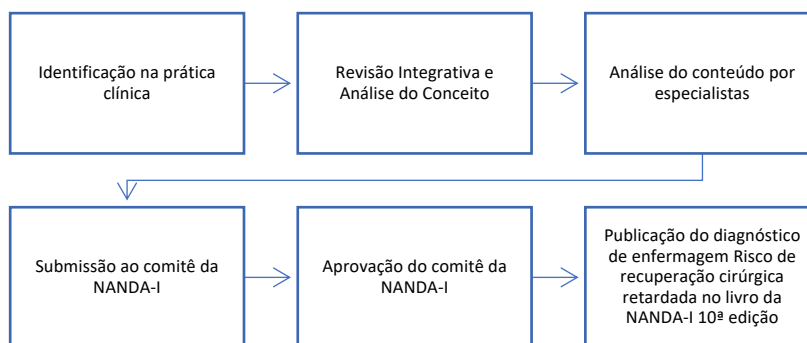
Conforme indicação da NANDA-I, são necessários estudos de validação dos diagnósticos de enfermagem para adequabilidade de seu conteúdo a prática clínica<sup>(8-9)</sup>. Espera-se que a validação dos fatores de risco e do conteúdo do diagnóstico Risco de recuperação cirúrgica retardada auxilie na identificação precoce dos indivíduos sujeitos às complicações pós-operatórias; possibilite ao enfermeiro o julgamento sobre o grau de vulnerabilidade de cada indivíduo e melhora na qualidade dos cuidados prestados em situações de risco. Desse modo, o objetivo do estudo foi validar o conteúdo da proposta do diagnóstico de enfermagem Risco de recuperação cirúrgica retardada.

## MÉTODOS

Pesquisa metodológica, de validação de conteúdo por especialistas<sup>(10)</sup>. A opinião por especialistas é considerada uma etapa relevante para a validação de um diagnóstico de enfermagem e inclusão na taxonomia da NANDA-I<sup>(11)</sup> por considerar o painel de especialista de modo abrangente.

A Figura 1 apresenta o processo realizado para a validação da proposta do diagnóstico de Risco de recuperação cirúrgica retardada, desde a identificação na prática clínica, a análise de conteúdo, e a subsequente aprovação pelo comitê da NANDA-I<sup>(8)</sup>.

**Figura 1:** Processo de validação da proposta do diagnóstico de enfermagem de Risco de recuperação cirúrgica retardada.



Nesse estudo, o objetivo da análise de conteúdo foi estimar a proporção de especialistas que concordassem com a inclusão dos fatores de risco, das definições operacionais construídas para cada fator e a definição construída para o diagnóstico de Risco de recuperação cirúrgica retardada (00246), classe e domínio<sup>(11)</sup>.

Para a seleção dos especialistas utilizou-se a estratégia de dois grupos com as seguintes características: um composto por enfermeiras especialistas em enfermagem cirúrgica, e o outro, constituído por especialistas em diagnóstico de enfermagem de acordo com a taxonomia internacional da NANDA-I; ambos com experiência mínima de cinco anos. Contudo, dois pontos foram considerados relevantes: a experiência clínica e o conhecimento teórico.

O cálculo amostral dos especialistas foi obtido através da fórmula:  $n = Z\alpha^2 * P * (1 - P)/e^2$ , em que  $Z\alpha$  é o intervalo de confiança de 95% que assume o valor tabulado de 1.96; “P” representa a proporção esperada de especialistas que indicam adequação de cada item, estipulada em 75%. A diferença proporcional aceitável foi determinada em 15%<sup>(9)</sup>. Portanto, de acordo com o cálculo estatístico, a amostra estimada foi de 32 especialistas, alocando a metade para cada grupo, sendo 16 especialistas em enfermagem cirúrgica, e 16 especialistas em diagnóstico de enfermagem.

A seleção dos especialistas ocorreu por meio do Currículo Lattes, disponibilizado na Plataforma Lattes pelo portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando para busca os termos: “diagnóstico de enfermagem”, “enfermagem cirúrgica”, “enfermagem perioperatória”.

Cada especialista selecionado recebeu uma carta convite por meio eletrônico com apresentação do remetente e orientações sobre o estudo. Os interessados deveriam manifestar-se também por meio eletrônico, sendo-lhes enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o instrumento de coleta de dados.

Foram selecionados e recrutados 106 especialistas pelo Currículo Lattes. De imediato 60 responderam aos e-mails, destes, 55 aceitaram participar do estudo e cinco negaram-se a participar. Dos 55 indivíduos que aceitaram participar do estudo, apenas 21 enviaram os instrumentos preenchidos. Logo, para alcançar o cálculo amostral pretendido, foram convidados 29 enfermeiros, indicados por outros especialistas, que também atendiam aos critérios de inclusão, e obteve-se resposta de 13 especialistas com os instrumentos preenchidos. Obteve-se ao final uma amostra de 34 participantes. Este processo ocorreu durante oito meses, entre fevereiro e outubro de 2014.

O instrumento utilizado na pesquisa divide-se em duas partes contendo: um questionário semiestruturado com os dados de caracterização do especialista, e o instrumento de validação propriamente dito, com os

componentes estruturais propostos para o diagnóstico de enfermagem de Risco de recuperação cirúrgica retardada: domínio, classe, enunciado diagnóstico, definição e fatores de risco com definições conceituais e operacionais, que foram avaliados de acordo com a escala de Likert composta de cinco níveis a adequação dessa inclusão, sendo: 1- Nada, 2- Pouco, 3- De alguma forma, 4- Muito, 5- Excelente<sup>(11)</sup>.

Esta avaliação codificada permitiu aos especialistas identificar o grau de adequação de cada critério com uma maior amplitude de julgamento. Os critérios de avaliação dos diagnósticos de enfermagem são definidos a seguir: Adequação: quando o conteúdo é apropriado, conveniente e ajustado ao diagnóstico de enfermagem; Pertinência: designa o conteúdo como oportuno; relativo e pertencente àquele diagnóstico; Clareza: expressa a facilidade de compreensão do conteúdo diagnóstico, reconhecido pelo avaliador como explícito, inteligível, transparente e evidente; Precisão: indica a exatidão do conteúdo, de forma categórica, distinguindo-o dos demais diagnósticos; e, Objetividade: quando a aplicação do conceito é prática, direta, expressando de forma objetiva o conteúdo do diagnóstico avaliado<sup>(10)</sup>.

Os itens pontuados através da Escala de Likert com 1, 2 ou 3 foram considerados inadequados, ou seja, com baixo nível de evidência, e reformulados de acordo com as sugestões dos especialistas. Os itens que obtiveram pontuação de 4 ou 5 foram considerados adequados<sup>(11)</sup>.

O banco de dados foi construído com o auxílio do programa Microsoft Excel 2010. Para análise estatística, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21 e software R versão 3.2. Inicialmente, aplicou-se o teste estatístico binomial, para determinar se a proporção da opinião dos especialistas era maior ou igual a 75%. Posteriormente, verificou-se a existência de sugestões de ajustes na definição dos componentes do diagnóstico<sup>(11)</sup>. Optou-se por usar a apresentação em proporções para facilitar a compreensão do leitor. Isto também foi para aplicar o teste binomial unilateral para a hipótese de nula de que a proporção era estatisticamente igual ou superior a 75%.

Esse estudo não possui conflitos de interesse como exige a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Possui aprovação pelo Comitê de Ética da instituição responsável pela pesquisa, no âmbito do Protocolo CAAE nº 36683714.9.0000.5243 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

## RESULTADOS

A amostra composta por 34 especialistas foi majoritariamente feminina 32 (94,1%), com média de idade de 39 anos e tempo de formação superior a 10 anos em 19 (55,9%) especialistas da amostra. Em relação ao grau de escolaridade, a maior parte, 15 (44,1%) possuíam mestrado e 15 (44,1%) possuíam doutorado, os demais possuíam como titulação máxima a especialização na área de enfermagem cirúrgica.

As áreas de atuação dos especialistas foram: 15 (44,1%) atuantes em Enfermagem Médico-Cirúrgica, três (8,8%) em Centro Cirúrgico, um (2,9%) em Central de Material e Esterilização, um (2,9%) em Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, um (2,9%) em Ensino em áreas afins e outros oito (23,5%) em cenários de prática. Cinco (14,7%) participantes atuavam em mais de uma área, ou seja, 30 especialistas possuíam experiência nas duas áreas.

Os especialistas avaliaram os componentes do diagnóstico, ou seja, domínio e a classe de localização do diagnóstico na classificação, sua definição e enunciado diagnóstico conforme a Tabela 1.

**Tabela 1:** Validação de conteúdo dos componentes do diagnóstico de enfermagem Risco para recuperação cirúrgica retardada (n =34). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Componentes diagnósticos	Adequação		Pertinência		Clareza		Precisão		Objetividade	
	f (%)	p-valor	f (%)	p-valor	f (%)	p-valor	f (%)	p-valor	f (%)	p-valor
Domínio	32 (94,1)	0,999	33 (97,1)	0,999	27 (79,4)	0,782	29 (85,3)	0,950	30 (88,2)	0,983
Classe	30 (88,2)	0,983	30 (88,2)	0,983	30 (88,2)	0,983	29 (88,2)	0,98	30 (88,2)	0,983
Enunciado diagnóstico	30 (88,2)	0,983	31 (91,2)	0,995	31 (91,2)	0,995	31 (91,2)	0,995	32 (94,1)	0,999
Definição	27 (79,4)	0,782	28 (82,4)	0,886	21 (61,8)	0,061	21 (61,8)	0,061	24 (70,6)	0,336

**Legenda:** f – frequência; % - proporção de especialistas; p-valor-se há diferença no julgamento de concordância dos especialistas.

As frequências se referem à proporção de concordância dos especialistas. De acordo com a Tabela 1, os componentes da elaboração do diagnóstico que alcançaram uma proporção superior de 75% de especialistas que os classificaram como adequado em todos os itens avaliados foram: Domínio, Classe, Enunciado Diagnóstico.

Os especialistas também avaliaram os fatores de risco do diagnóstico de acordo com a Tabela 2.

**Tabela 2:** Validação de conteúdo dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco para recuperação cirúrgica retardada (n =34). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Fatores de risco	Adequação		Pertinência		Clareza		Precisão		Objetividade	
	f (%)	p-valor	f (%)	p-valor	f (%)	p-valor	f (%)	p-valor	f (%)	p-valor
Dificuldade para movimentar-se	27 (79,4)	0,782	27 (79,4)	0,782	27 (79,4)	0,782	30 (88,2)	0,983	28 (82,4)	0,886
Sentimentos de preocupação expressos	26 (76,5)	0,643	26 (76,5)	0,643	24 (70,6)	0,336	22 (64,7)	0,119	21 (61,8)	0,061
Histórico de retardo na cicatrização da ferida	29 (85,3)	0,950	29 (85,3)	0,950	25 (73,5)	0,486	26 (76,5)	0,643	25 (73,5)	0,486
Obesidade	31 (91,2)	0,995	31 (91,2)	0,995	29 (85,3)	0,950	29 (85,3)	0,950	30 (88,2)	0,983
Procedimento cirúrgico extenso	30 (88,2)	0,983	30 (88,2)	0,983	26 (76,5)	0,643	28 (82,4)	0,886	30 (88,2)	0,983
Procedimento cirúrgico prolongado	29 (85,3)	0,950	27 (79,4)	0,782	24 (70,6)	0,336	28 (82,4)	0,886	26 (76,5)	0,643
Deficiência nutricional	34 (100)	1	33 (97,1)	0,999	28 (82,4)	0,886	30 (88,2)	0,983	31 (91,2)	0,995
Idade avançada	30 (88,2)	0,983	31 (91,2)	0,995	27 (79,4)	0,782	24 (70,6)	0,336	28 (82,4)	0,886
Edema ou trauma no local da cirurgia	27 (79,4)	0,782	27 (79,4)	0,782	24 (70,6)	0,336	24 (70,6)	0,336	24 (70,6)	0,336
Diabetes Mellitus	28 (82,4)	0,886	30 (88,2)	0,983	31 (91,2)	0,995	29 (85,3)	0,950	31 (91,2)	0,995
Uso de imunossupressores	29 (85,3)	0,950	29 (85,3)	0,950	31 (91,2)	0,995	30 (88,2)	0,983	32 (94,1)	0,999
Sujidades ou contaminação no local de cirurgia	30 (88,2)	0,983	29 (85,3)	0,950	28 (82,4)	0,886	28 (82,4)	0,886	26 (76,5)	0,643
Classificação ASA* elevada (II à VI)	28 (82,4)	0,886	29 (85,3)	0,950	22 (64,7)	0,119	24 (70,6)	0,336	23 (67,6)	0,210

**Legenda:** f – frequência; % - proporção de especialistas; p-valor-se há diferença no julgamento de concordância dos especialistas. \* *American Society of Anesthesiologists*.

De acordo com a Tabela 2, os componentes do diagnóstico que alcançaram uma proporção superior de 75% de especialistas que os classificaram como adequado em todos os itens avaliados foram: dificuldade para

movimentar-se, obesidade, procedimento cirúrgico extenso, deficiência nutricional, diabetes mellitus, uso de corticoides e/ou quimioterapia, sujidades ou contaminação no local de cirúrgica.

Todos os componentes do diagnóstico de enfermagem de Risco de recuperação cirúrgica retardada apresentaram Adequação e Pertinência, segundo a hipótese alternativa da proporção de concordância entre os especialistas ser superior a 75%. E, apesar de alguns componentes diagnósticos possuírem itens que se caracterizarem na hipótese nula, todos apresentaram significância estatística. Logo, todos os componentes foram validados.

O instrumento de avaliação possuía um espaço para que os especialistas pudessem dar sugestões quanto aos componentes avaliados. Conforme apresentado na Tabela 1, a Definição do Diagnóstico apresentou uma proporção de concordância entre os especialistas inferior a 75% quanto a Clareza, Precisão e Objetividade, portanto, 11 especialistas sugeriram novas definições, e essas foram categorizadas conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1:** Definição sugeridas pelos especialistas para o Risco de recuperação cirúrgica retardada (n= 11). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Definições sugeridas	Estrutura	n
Risco para extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e bem-estar.	Definição do diagnóstico com foco no problema Recuperação cirúrgica retardada da NANDA-I (2012) acrescido do termo “Risco para”.	1
Vulnerável a 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 do diagnóstico com foco no problema de Recuperação cirúrgica retardada da NANDA-I (2012) acrescido do termo vulnerabilidade.	2
Risco de aumento no número de dias de pós-operatório necessários para reinício das atividades regulares de manutenção da vida.	Uso da palavra “atraso” inadequado, sendo sugerido: prolongamento, aumento.	6
Risco para atraso na cicatrização da ferida cirúrgica.	Mudar o termo recuperação cirúrgica para cicatrização da ferida cirúrgica.	2

## DISCUSSÃO

Do total de 17 componentes estruturais, 10 foram aprovados e sete modificados. A definição foi avaliada como adequada e pertinente. Os critérios Clareza, Precisão e Objetividade atingiram menos de 75% de concordância entre os especialistas. Este dado aponta a necessidade de reformulação da definição proposta para um refinamento da sua compreensão, realizado de acordo com as sugestões dos especialistas. A opinião dos especialistas convergiu com as alterações pelo Comitê de Desenvolvimento Diagnóstico na edição 2015-2017 dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, em que a expressão “risco” foi substituída por “vulnerabilidade” nas definições dos diagnósticos de risco<sup>(8)</sup>.

Estudos salientam que pacientes com dificuldade de locomoção no período pré-operatório, assim como aqueles que não conseguem se movimentar nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia, apresentam maior tempo de internação quando comparados aos que não apresentam restrição<sup>(1,3,5)</sup>. As principais complicações decorrentes da dificuldade de mobilização são trombose venosa profunda, atelectasia e outras complicações pulmonares<sup>(12-13)</sup>, que podem retardar a recuperação cirúrgica. Logo, observa-se que houve consenso unânime entre os avaliadores para a inclusão do fator de risco “Dificuldade para movimentar-se”.

No período perioperatório, os sentimentos comumente apresentados são: ansiedade, estresse, medo da morte, rejeição social, rejeição do próprio corpo, insegurança, culpa, luto, depressão, diminuição da autoestima<sup>(14)</sup>. A experiência, a capacidade de avaliação clínica e o conhecimento do enfermeiro são componentes imprescindíveis para verificação correta deste fator na prática clínica<sup>(2,14)</sup>. Assim como, utilizar-se de escalas validadas para mensuração, como por exemplo de ansiedade e depressão, podem auxiliar na decisão diagnóstica<sup>(15)</sup>.

Os especialistas analisaram sentimentos de preocupação expressos pelo paciente durante o período perioperatório como fator potencial para atraso na recuperação cirúrgica. Entretanto, foi sugerido pelos especialistas sua reformulação para tornar-se claro, acrescentando os sentimentos comumente apresentados entre parênteses.

Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos extenso, podem ser classificados como de porte 3 e 4 segundo a classificação do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), esses são considerados propensos para Risco de recuperação cirúrgica retardada<sup>(16)</sup>. As cirurgias de maior porte demoram, o paciente permanece anestesiado por maior tempo, e maiores planos teciduais ou vasculares são lesionados<sup>(17-18)</sup>.

Embora “procedimento cirúrgico prolongado” tenha sido considerado pelos especialistas como adequado, no quesito Clareza, não se obteve concordância. Os especialistas sugeriram o estabelecimento do tempo médio de cada modalidade cirúrgica. De acordo com o sistema de vigilância do CDC é considerado como fator de risco um tempo de duração do procedimento maior que o percentil 75 para cada tipo de cirurgia<sup>(16)</sup>. Portanto, apontaram a necessidade de se estabelecer uma definição operacional de tempo para cada cirurgia.

No fator de risco Classificação ASA  $\geq 3$ , não houve concordância quanto à sua clareza, precisão e objetividade, apesar da literatura apontar que pacientes com classificação ASA  $\geq 3$  têm risco aumentado para complicações<sup>(19)</sup>. Talvez porque o índice Classe 5 trata de paciente moribundo sem expectativa de vida independente da cirurgia, e a “Classe 6” trata de pessoas com Morte cerebral do qual os órgãos serão removidos para doação, portanto, faria mais sentido a descrição do fator de risco como Classificação ASA 2 a 4.

“Histórico de retardo na cicatrização da ferida” foi considerado um fator de risco amplo e inespecífico por nove especialistas. Apesar da divergência encontrada pela opinião dos especialistas para este componente, não obteve-se significância estatística após a análise. E sugeriram que em caso de referir-se especificamente aos fatores genéticos, como por exemplo quelóide, especificar isso no título do fator de risco<sup>(4,17)</sup>.

O fator de risco “uso de corticóides e quimioterápicos” que retarda a cicatrização da ferida foi considerado consensual entre os especialistas. Estes medicamentos inibem a fase inflamatória da cicatrização, retardando a síntese tecidual e predispondo à deiscência de sutura bem como à infecção de sítio cirúrgico<sup>(4,17)</sup>.

Do mesmo modo, a “obesidade” foi considerada adequada em todos os aspectos, por sua interpretação ser objetiva (Índice de Massa Corporal  $>30$  Kg/m<sup>2</sup>). Este fator é amplamente associado a complicações intraoperatórias e ao retardo da recuperação pós-operatória<sup>(12,20)</sup>. Os obesos estão mais sujeitos à deiscência de sutura e infecção de sítio cirúrgico, trombose venosa profunda, apnéia do sono após sedação e padrão respiratório ineficaz<sup>(12)</sup>.

A “deficiência nutricional” foi consensual, isso porque há clareza que a deficiência protéica está associada ao retardo da cicatrização da ferida cirúrgica, considerando que as proteínas são necessárias para regeneração



tecidual. Possuem ainda, papel importante no restabelecimento do volume plasmático e do sangramento intraoperatório, assim como, na composição das imunoglobulinas ou anticorpos, responsáveis pela defesa contra infecção<sup>(2-4,13)</sup>.

A “Idade avançada” constitui outro fator importante de vulnerabilidade para complicações pós-operatórias, associado às alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento<sup>(19,21)</sup>. Tais complicações podem estar associadas a fatores de risco, como dificuldade para movimentar-se, deficiência nutricional, resposta emocional e diabetes mellitus, que podem interferir com o tempo de recuperação quando se faz necessário um procedimento cirúrgico<sup>(12-13,20)</sup>. Os especialistas avaliaram inadequada a precisão deste fator, pois não está determinada a faixa etária considerada como idade avançada. Estudos apontam maior vulnerabilidade em idosos com mais de 75 anos, porém essa faixa etária poderia ser especificada conforme a taxa de expectativa de vida de cada país<sup>(19,21)</sup>.

O fator de risco “edema ou trauma no local da cirurgia”, foi outro item com proporção de concordância menor que 75,0% em precisão, clareza e objetividade, indicando a necessidade de uma definição operacional que propicie sua detecção de modo uniforme na prática clínica. Edema e trauma estão associados a risco aumentado para infecção do sítio cirúrgico, uma vez que o excesso de fluidos nos tecidos age como obstáculo a angiogênese e aumenta o risco de isquemia<sup>(16-17)</sup>.

“Diabetes mellitus” também obteve concordância entre os especialistas, pois constitui um fator de risco importante para infecção, devido às alterações na fisiopatologia da cicatrização, às complicações vasculares, neuropáticas e aos efeitos inibitórios nos mecanismos de defesa, pela diminuição da função leucocitária<sup>(12,21)</sup>.

Como limitações, aponta-se a dificuldade para seleção dos especialistas, e a demora na respostas, o que amplia consideravelmente o tempo de coleta de dados. Embora os fatores de risco discutidos sejam validados, as mudanças sugeridas pelos especialistas foram pertinentes e auxiliaram no refinamento da proposta diagnóstica. Logo, espera-se ter contribuído para o desenvolvimento de uma linguagem útil à prática clínica dos enfermeiros perioperatórios, que possa contribuir para uma comunicação que garanta uma assistência segura e de qualidade<sup>(16)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

O conteúdo do diagnóstico de enfermagem de Risco de recuperação cirúrgica retardada (00246) da Taxonomia da NANDA-I foi validado em conteúdo por especialistas que o consideraram adequado, assim como a sua inserção no domínio e na classe da taxonomia. Sugestões realizadas pelos avaliadores foram incluídas e refinadas para submissão à Taxonomia. Com a conclusão desse estudo pelos especialistas e a validação das definições conceituais recomenda-se estudos de coorte prognóstica para validação clínica em pacientes cirúrgicos.

A identificação desse diagnóstico pelo enfermeiro na avaliação perioperatória possibilita prever a vulnerabilidade dos pacientes de forma individualizada, permitindo a diferenciação dos pacientes com Risco de recuperação cirúrgica retardada (00246), permitindo o planejamento de intervenções perioperatórias com o intuito de obter recuperação no tempo esperado, qualidade no atendimento, e satisfação do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Santana RF, Lopes MVO. Measures of clinical accuracy and indicators of the nursing diagnosis of delayed surgical recovery. *Collegian* [Internet]. 2015 [acesso em: 19 dez. 2018];22(3):275-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.02.001>.
2. Bouamrane M-M, Mair FS. A study of clinical and information management processes in the surgical pre-assessment clinic. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2014 [acesso em: 19 dez. 2018];14:22. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-22>.
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. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em: 19 dez. 2018];27(1):35-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400008>.
4. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *Lancet* [Internet]. 2015 [acesso em: 19 dez. 2018];385 supl. 2:S11. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60806-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60806-6).
5. Pereira SK, Santana RF, Santos I dos, Soares T da S, Amaral DM do, Silva DM. Analysis of nursing diagnosis: delayed surgical recovery of adult and elderly patients. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em: 19 dez. 2018];18(3):667-72. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140048>.
6. Apoloni AH, Herdman TH, Napoleão AA, Carvalho EC, Hortense P. Concept analysis and validation of the nursing diagnosis, delayed surgical recovery. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2013 [acesso em: 19 dez. 2018];24(3):115-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01241.x>
7. Delphino T, Santana R, Souza P. Concept clarification of «delayed surgical recovery» for clinical practice implementation. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2015 [acesso em: 19 dez. 2018];IV Série(No 6):131-9. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV14086>.
8. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
9. Rembold SM, Santana RF, Souza PA, Schwartz SMOX. Nursing Diagnosis Risk for Delayed Surgical Recovery (00246): Concept Clarification and Definition of Empirical Referents. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2017 [acesso em: 19 dez. 2018];29:263-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12176>.
10. Medeiros R, Júnior M, Pinto D, Vitor A, Santos V, Barichello E. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2015 [acesso em: 19 dez. 2018];IV Série(No 4):127-35. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>.
11. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2012 [acesso em: 19 dez. 2018];23(3):134-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>.
12. Aahlin EK, Tranø G, Johns N, Horn A, Sørreide JA, Fearon KC, et al. Risk factors, complications and survival after upper abdominal surgery: a prospective cohort study. *BMC Surg* [Internet]. 2015 D [acesso em: 19 dez. 2018];15(1):83. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12893-015-0069-2>.
13. Bohl DD, Shen MR, Kayupov E, Della Valle CJ. Hypoalbuminemia Independently Predicts Surgical Site Infection, Pneumonia, Length of Stay, and Readmission After Total Joint Arthroplasty. *J Arthroplasty* [Internet]. 2016 [acesso em: 19 dez. 2018];31(1):15-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2015.08.028>.
14. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Measure of anxiety and depression in postoperative patients undergoing elective surgeries. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2012 [acesso em: 19 dez. 2018];14(4):922-7. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v14i4.16987>.
15. Hines S, Munday J, Kynoch K. Effectiveness of nurse-led preoperative assessment services for elective surgery: a systematic review update. *JBI Database Syst Rev Implement Reports* [Internet]. 2015 [acesso em: 19 dez. 2018];13(6):279-317. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1996>.
16. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network (NHSN) [Internet]. Atlanta, US: U.S. Department of Health & Human Services; [atualizado em: 05 abr. 2017; acesso em: 19 dez. 2018]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nhsn/index.html>.
17. Aga E, Keinan-Boker L, Eithan A, Mais T, Rabinovich A, Nassar F. Surgical site infections after abdominal surgery: incidence and risk factors. A prospective cohort study. *Infect Dis (Auckl)* [Internet]. 2015 [acesso em: 19 dez. 2018];47(11):761-7. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/23744235.2015.1055587>.
18. Pereira HO, Rezende EM, Couto BRGM. Length of preoperative hospital stay: a risk factor for reducing surgical infection in femoral fracture cases. *Rev Bras Ortop (English Ed)* [Internet]. 2015 [acesso em: 19 dez. 2018];50(6):638-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2015.09.006>.
19. Visnjevac O, Lee J, Pourafkari L, Dosluoglu HH, Nader ND, Kritchevsky S. Functional Capacity as a Significant Independent Predictor of Postoperative Mortality for Octogenarian ASA-III Patients. *Journals Gerontol Ser A* [Internet]. 2014 [acesso em: 19 dez. 2018];69(10):1229-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glu062>.
20. Neil JA. Perioperative Nursing Care of the Patient Undergoing Bariatric Revision Surgery. *AORN J* [Internet]. 2013 [acesso em: 19 dez. 2018];97(2):210-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.11.013>.

Santana RF, Passareles DMA, Rembold SM, Souza PA, Lopes MVO, Melo UG.

21. Bashaw M, Scott DN. Surgical Risk Factors in Geriatric Perioperative Patients. AORN J [Internet]. 2012 [acesso em: 19 dez. 2018];96(1):58-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.05.025>.