**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ADILSON EDSON ROMANZINI

Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito

**Ribeirão Preto
2013**

ADILSON EDSON ROMANZINI

Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Prof^aDr^a Cristina Maria Galvão

Ribeirão Preto
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ramanzini, Adilson Edson.

Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito /
Adilson Edson Ramazini; orientador Cristina Maria Galvão. -
Ribeirão Preto, 2013

251 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2013

1. Recuperação cirúrgica retardada. 2. Análise de Conceito.
3. Enfermagem Perioperatória. 4. Revisão Integrativa.

ROMANZINI, Adilson Edson

Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Prof^aDr^a Cristina Maria Galvão

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

***À minha mãe Emília Furtado Romanzini,**
meu suporte e referência de ser humano, quem me ensinou os valores da vida, a ler e escrever
as primeiras frases, sempre acreditou no meu potencial e me apoiou de forma incondicional.
Deixo registrados minha gratidão e amor, sabendo que jamais conseguirei retribuir a altura.*

***Ao meu pai Julio Romanzini Filho,**
por todos os valores transmitidos no decorrer de nossa convivência, companheiro que me
ampara e conforta com seu amor – saudades.*

***Aos meus irmãos Adriana, Alexandre e Anderson,**
pelo carinho, apoio e compreensão por minha ausência.*

***À Ana Paula,**
pela compreensão, dedicação, companheirismo e incentivos para realização de meus
objetivos.*

***A todos da minha família,**
pelo suporte e compreensão nos períodos de ausência.*

AGRADECIMENTO

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei, bem como as críticas, que me instigaram a refletir e buscar a energia interior necessária para mudar as expectativas de minha trajetória.

*Especialmente a **Dra. Cristina Maria Galvão**, por me acolher, confiar no meu potencial e não ter poupado esforços em enfrentar os desafios e de transmitir sua sabedoria, me proporcionando ensinamentos essenciais para a minha formação acadêmica, profissional e pessoal, que certamente me acompanhará, e serão cultivados, com o anseio da excelência e avanço da ciência de enfermagem.*

*A **Dra. Emília Campos de Carvalho**, que me acolheu sempre com muita dedicação e incentivo. Obrigado por disponibilizar seu tempo para me auxiliar, contribuindo com seu rico e criterioso conhecimento, o qual foi fundamental ao longo desta pesquisa.*

*A **Dra. Renata Cristina de Campos Pereira Silveira e Dra. Maria Célia Barcellos Dalri**, agradeço o apoio e importante contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa.*

*A **Dra. Valquiria Barco Damiano**, por me conduzir durante a graduação, para o caminho instigante e desafiador da pesquisa.*

*A **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, pelo financiamento desta pesquisa.*

*Aos amigos, **Patrícia, Ed Marcielo, Sandra, Gustavo e Mariana** agradeço a paciência, incentivo e amizade nas horas difíceis.*

*Agradeço a **todos**, que de alguma forma contribuíram com a concretização deste objetivo de vida.*

“Lembremo-nos de que o homem interior se renova sempre. A luta enriquece-o de experiência, a dor aprimora-lhe as emoções e o sacrifício tempera-lhe o caráter. Leve na sua memória, as coisas boas que surgiram no meio das dificuldades. Elas serão uma prova de sua capacidade em vencer os obstáculos e lhe darão confiança na presença divina, que nos auxilia em qualquer situação, em qualquer tempo, diante de qualquer obstáculo.”

Chico Xavier

RESUMO

ROMANZINI, A. E. **Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito.** 2013. 251 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

A segurança do cuidado cirúrgico tem emergido como problema global de saúde pública. O processo de recuperação cirúrgica é dinâmico e prolongado, pode ser influenciado por diferentes fatores, os quais afetam a recuperação do paciente em direção negativa ou positiva. Os eventos adversos no pós-operatório acometem cerca de 78 a 86% dos pacientes, sendo as alterações com a ferida cirúrgica uma das principais complicações. O objetivo geral do estudo foi realizar a análise do conceito recuperação cirúrgica retardada. Para tal, elegeu-se o modelo de análise de conceito de Rodgers para fundamentar a condução do estudo e a revisão integrativa para alcançar a segunda atividade do modelo adotado. Na condução da revisão integrativa, a busca dos estudos primários ocorreu nas bases de dados PubMed, CINAHL, EMBASE e LILACS com a utilização de descritores controlados e não controlados delimitados de acordo com a especificidade de cada base de dados. Na estratégia de busca adotada, os descritores controlados e não controlados foram combinados de diferentes formas para assegurar ampla busca. Assim, dos 1.155 estudos primários potencialmente elegíveis, desses, 103 eram estudos secundários, 836 não contemplavam os critérios de seleção delimitados e 150 referências eram duplicadas. Portanto, a amostra da revisão integrativa foi composta de 66 estudos primários. A extração de dados dos estudos primários incluídos foi realizada com auxílio de instrumento elaborado, o qual foi submetido à validação aparente e de conteúdo. A síntese dos resultados evidenciados foi realizada na forma descritiva, possibilitando a construção das outras atividades propostas no modelo de análise de conceito de Rodgers. Na análise do conceito recuperação cirúrgica retardada, o antecedente identificado foi experiências prévias, abrangendo aspectos fisiológicos, psicológicos, ambientais e os relacionados ao procedimento cirúrgico, capazes de influenciar o processo de recuperação. Os atributos da recuperação cirúrgica retardada foram definidos como: alteração no processo de recuperação cirúrgica, comprometimento das funções fisiológicas, comprometimento das funções psicológicas, nível de energia (força) reduzido, capacidade limitada para restabelecer atividades e extensão do tempo de recuperação. Os consequentes do conceito recuperação cirúrgica retardada são expressos por: manifestações clínicas, reintervenções, dependência de cuidados e redução na qualidade de vida. Assim, a recuperação cirúrgica retardada foi definida como alteração no processo de recuperação cirúrgica, envolvendo 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. A compreensão do conceito recuperação cirúrgica retardada possibilitará caracterizar os fenômenos, descrever situações e estabelecer comunicação efetiva, fornecendo competências para a realização da monitoração e avaliação do paciente cirúrgico, permitindo assim, a implementação de intervenções efetivas, e consequentemente o alcance de resultados melhores e bem-estar do paciente.

Palavras-chave: Recuperação cirúrgica retardada. Análise de Conceito. Enfermagem Perioperatória. Revisão Integrativa

ABSTRACT

ROMANZINI, A. E. **Delayed surgical recovery: concept analysis**. 2013. 251 p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

The safety of surgical care has emerged as a global public health problem. The surgical recovery process is dynamic and lengthy and can be influenced by different factors, which affect the patients' recovery in the negative or positive sense. Adverse postoperative events affect between 78 and 86% of patients, with surgical wound alterations as one of the main complications. The general objective in this study was to analyze the concept delayed surgical recovery. Therefore, Rodgers' concept analysis model was elected to support the research development and the integrative review to accomplish the second activity in the model adopted. In the course of the integrative review, the search for primary studies mainly covered the databases PubMed, CINAHL, EMBASE and LILACS, using controlled and non-controlled descriptors, selected according to the particularity of each database. In the adopted search strategy, the controlled and non-controlled descriptors were combined in different manners to guarantee a broad search. Hence, out of 1,155 potentially eligible primary studies, 103 were secondary studies, 836 did not comply with the established selection criteria and 150 were repeated references. Thus, the integrative review sample consisted of 66 primary studies. Data were extracted from the primary studies with the help of an instrument, which was submitted to face and content validation. The results were synthesized descriptively, permitting the construction of the other activities proposed in Rodgers' concept analysis model. In the analysis of the delayed surgical recovery concept, previous experiences were identified as the antecedent, including physiological, psychological, environmental and surgical procedure-related aspects, which can influence the recovery process. The attributes of delayed surgical recovery were defined as: alteration in the surgical recovery process, commitment of physiological functions, commitment of psychological functions, reduced energy (strength) level, limited ability to reestablish activities and extent of recovery time. The attributes consequent to the surgical recovery process are expressed as: clinical manifestations, re-interventions, dependence on care and reduced quality of life. Hence, delayed surgical recovery was defined as alteration in the surgical recovery process, involving the commitment of physiological and psychological functions, putting a high demand on the patient's energy reserves which limits the ability to reestablish and perform activities of daily living, extending the recovery time to reach a health condition that is better or equivalent to the preoperative period. The understanding of the delayed surgical recovery process permits characterizing the phenomena, describing situations and establishing effective communication, providing competences to monitor and assess surgical patients, thus permitting the implementation of effective interventions and, consequently, the achievement of better patient outcomes and well-being.

Key words: Delayed surgical recovery. Concept Analysis. Perioperative Nursing. Integrative Review.

RESUMEN

ROMANZINI, A. E. **Recuperación quirúrgica retardada: análisis del concepto.** 2013. 251 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

La seguridad del cuidado quirúrgico ha emergido como problema global de salud pública. El proceso de recuperación quirúrgica es dinámico y prolongado, puede ser influenciado por diferentes factores, que influyen la recuperación del paciente negativo o positivamente. Los eventos adversos durante el postoperatorio inciden en entre 78 y 86% de los pacientes, con las alteraciones con la herida quirúrgica como una de las principales complicaciones. La finalidad general del estudio fue analizar el concepto de la recuperación quirúrgica retardada. Para eso, se eligió el modelo de análisis de concepto de Rodgers para fundamentar el desarrollo del estudio y la revisión integradora para alcanzar la segunda actividad del modelo adoptado. En la realización de la revisión integradora, la búsqueda de los estudios primarios fue efectuada en las bases de datos PubMed, CINAHL, EMBASE y LILACS, con la utilización de descriptores controlados y no controlados delimitados según la especificidad de cada base de datos. En la estrategia de búsqueda adoptada, los descriptores controlados y no controlados fueron combinados de diferentes formas para garantizar una búsqueda amplia. Así, de los 1.155 estudios primarios potencialmente elegibles, 103 eran estudios secundarios, 836 no cumplieron con los criterios de selección delimitados y 150 referencias eran duplicadas. Por lo tanto, la muestra de la revisión integradora incluyó a 66 estudios primarios. La extracción de datos de los estudios primarios incluidos fue realizada mediante un instrumento elaborado, que fue sometido a la validación de faz y de contenido. Los resultados evidenciados fueron sintetizados de manera descriptiva, permitiendo la construcción de las otras actividades propuestas en el modelo de análisis de concepto de Rodgers. En el análisis del concepto recuperación quirúrgica retardada, el antecedente identificado fue experiencias previas, abarcando aspectos fisiológicos, psicológicos, ambientales y aquellos relacionadas al procedimiento quirúrgico, capaces de influenciar el proceso de recuperación. Los atributos de la recuperación quirúrgica retardada fueron definidos como: alteración en el proceso de recuperación quirúrgica, comprometimiento de las funciones fisiológicas, comprometimiento de las funciones psicológicas, nivel de energía (fuerza) reducido, capacidad limitada para restablecer actividades y extensión del tiempo de recuperación. Los consecuentes del concepto recuperación quirúrgica retardada son expresos por: manifestaciones clínicas, re-intervenciones, dependencia de cuidados y reducción en la calidad de vida. Así, la recuperación quirúrgica retardada fue definida como alteración en el proceso de recuperación quirúrgica, involucrando el comprometimiento de las funciones fisiológicas y psicológicas, desencadenando una demanda alta ante la reserva de energía del paciente que limita la capacidad de restablecer y ejecutar actividades de la vida diaria, extendiendo el tiempo de recuperación para el alcance de una condición de salud mejor o equivalente al período preoperatorio. La comprensión del concepto recuperación quirúrgica retardada posibilitará caracterizar los fenómenos, describir situaciones y establecer comunicación efectiva, forneciendo competencias para el monitoreo y la evaluación del paciente quirúrgico, permitiendo así la implementación de intervenciones efectivas, y consecuentemente el alcance de resultados mejores y bienestar del paciente.

Palabras-clave: Recuperación quirúrgica retardada. Análisis de Concepto. Enfermería Perioperatoria. Revisión Integradora.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama de operacionalização da recuperação pós-operatória	25
Figura 2	Ciclo de desenvolvimento do conceito.....	39
Figura 3	Escala de Jadad para avaliação metodológica de ensaio clínico controlado randomizado.....	53
Figura 4	Diagrama do fluxo de estudos identificados e selecionados para inclusão na revisão integrativa.....	61
Figura 5	Componentes do conceito recuperação cirúrgica retardada.....	133

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Produção científica sobre recuperação cirúrgica retardada segundo ano de publicação e categoria profissional na saúde	62
Gráfico 2	Distribuição dos estudos primários segundo área de atuação do autor principal.....	62
Gráfico 3	Distribuição dos estudos primários segundo o país de origem do autor principal e instituição de vinculação.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência de ocorrência de descritores identificados na amostra de 66 estudos primários da área da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia).....	110
Tabela 2	Descritores comuns ou principais identificados em $\geq 10\%$ da amostra de estudos primários investigados.....	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estrutura para análise de conceito de Wilson (1963).....	34
Quadro 2	Estrutura para análise de conceito de Walker e Avant (2005)....	36
Quadro 3	Estrutura para análise de conceito de Rodgers (2000).....	41
Quadro 4	Bases de dados selecionadas para a busca dos estudos primários, descritores controlados e não controlados empregados.....	48
Quadro 5	Estratégia de busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas.....	50
Quadro 6	Classificação da força de evidência para diferentes questões clínicas segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2011).....	53
Quadro 7	Distribuição dos estudos primários segundo tipo e nome dos periódicos, idioma, país de origem e fator de impacto.....	65
Quadro 8	Distribuição dos estudos primários segundo tipo de questão clínica, delineamento de pesquisa, nível de evidência e escore de Jadad.....	66
Quadro 9	Síntese do estudo primário de Chung (1995), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	67
Quadro 10	Síntese do estudo primário de Pavlin et al. (2002), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	67
Quadro 11	Síntese do estudo primário de Decherney et al. (2002), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	68
Quadro 12	Síntese do estudo primário de Hirose, Amano e Takahashi (2002), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	68
Quadro 13	Síntese do estudo primário de Pierson et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	69
Quadro 14	Síntese do estudo primário de Järvinen et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	70

Quadro 15	Síntese do estudo primário de Arko et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	70
Quadro 16	Síntese do estudo primário de Perry et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	71
Quadro 17	Síntese do estudo primário de Wang et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	72
Quadro 18	Síntese do estudo primário de Kabon et al. (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad.....	73
Quadro 19	Síntese do estudo primário de Prinssen et al. (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad.....	74
Quadro 20	Síntese do estudo primário de Lawrence et al. (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	75
Quadro 21	Síntese do estudo primário de Bisgaard, Rosenberg e Kehlet (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	75
Quadro 22	Síntese do estudo primário de Wu et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	76
Quadro 23	Síntese do estudo primário de Fleischmann et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	76
Quadro 24	Síntese do estudo primário de Celkan et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	77
Quadro 25	Síntese do estudo primário de Rotholtz et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	77
Quadro 26	Síntese do estudo primário de Sahakyan et al. (2006), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	78

Quadro 27	Síntese do estudo primário de Masiero et al. (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	78
Quadro 28	Síntese do estudo primário de Salvin et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	79
Quadro 29	Síntese do estudo primário de Kim et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	79
Quadro 30	Síntese do estudo primário de Puolakka et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	80
Quadro 31	Síntese do estudo primário de Abdelrazeq et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	81
Quadro 32	Síntese do estudo primário de Wong et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões	81
Quadro 33	Síntese do estudo primário de Andersen et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	82
Quadro 34	Síntese do estudo primário de Davidge et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	83
Quadro 35	Síntese do estudo primário de Suresh Attili et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	83
Quadro 36	Síntese do estudo primário de Feldman et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões	84
Quadro 37	Síntese do estudo primário de Puentes et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	84
Quadro 38	Síntese do estudo primário de Singh et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	85
Quadro 39	Síntese do estudo primário de El-Gazzaz et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	85

Quadro 40	Síntese do estudo primário de Royse et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões	86
Quadro 41	Síntese do estudo primário de Ramírez et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	87
Quadro 42	Síntese do estudo primário de Mayo et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad.....	87
Quadro 43	Síntese do estudo primário de Brattwall et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	88
Quadro 44	Síntese do estudo primário de Paddison et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões	88
Quadro 45	Síntese do estudo primário de Catro-Alves et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad.....	89
Quadro 46	Síntese do estudo primário de Kaltoft, Gogenur e Rosenberg (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad.	90
Quadro 47	Síntese do estudo primário de Khan et al. (2012), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	90
Quadro 48	Síntese do estudo primário de Brown et al. (2012), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	91
Quadro 49	Síntese do estudo primário de Majholm et al. (2012), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	91
Quadro 50	Síntese do estudo primário de Kleinbeck (2000), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões.....	92
Quadro 51	Síntese do estudo primário de Horvath (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	93
Quadro 52	Síntese do estudo primário de Zalon (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	94

Quadro 53	Síntese do estudo primário de Susilahti, Suominen e Leino-Kilpi (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	94
Quadro 54	Síntese do estudo primário de Folden e Tappen (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	95
Quadro 55	Síntese do estudo primário de Kagan e Bar-Tal (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	96
Quadro 56	Síntese do estudo primário de Barnason et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	96
Quadro 57	Síntese do estudo primário de Vohra et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	97
Quadro 58	Síntese do estudo primário de Allvin et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões.....	97
Quadro 59	Síntese do estudo primário de Rosén et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	98
Quadro 60	Síntese do estudo primário de Dowsey et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	98
Quadro 61	Síntese do estudo primário de Rosén et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	99
Quadro 62	Síntese do estudo primário de Allvin et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	99
Quadro 63	Síntese do estudo primário de Arakelian et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	100
Quadro 64	Síntese do estudo primário de Salmon, Hall e Peerbhoy (2001), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	101
Quadro 65	Síntese do estudo primário de Ille et al. (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	101

Quadro 66	Síntese do estudo primário de Gilmartin (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	102
Quadro 67	Síntese do estudo primário de Peters et al. (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	102
Quadro 68	Síntese do estudo primário de Peters et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	103
Quadro 69	Síntese do estudo primário de Sinikallio et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	103
Quadro 70	Síntese do estudo primário de Phillips et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	104
Quadro 71	Síntese do estudo primário de Chaushu et al. (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	104
Quadro 72	Síntese do estudo primário de Ruvo et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	105
Quadro 73	Síntese do estudo primário de Den Boer et al. (2006), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	106
Quadro 74	Síntese do estudo primário de Barker et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.....	106
Quadro 75	Temas derivados dos 11 descritores principais e de seus respectivos significados associados.....	112
Quadro 76	Tema: Experiências prévias que podem influenciar a recuperação cirúrgica.....	115
Quadro 77	Tema: Manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica.....	119
Quadro 78	Tema: Capacidade limitada para restabelecer atividades.....	121
Quadro 79	Tema: Comprometimento das funções fisiológicas.....	122
Quadro 80	Tema: Comprometimento das funções psicológicas.....	122

Quadro 81	Tema: Extensão do tempo de recuperação.....	123
Quadro 82	Tema: Necessidade de reintervenção.....	124
Quadro 83	Tema: Alteração no processo de recuperação cirúrgica.....	124
Quadro 84	Tema: Redução na qualidade de vida.....	124
Quadro 85	Tema: Dependência de cuidados para realizar atividades.....	125
Quadro 86	Tema: Nível de energia (força) reduzido.....	125
Quadro 87	Definição dos temas do conceito de recuperação cirúrgica retardada.....	127
Quadro 88	Característica temporal do conceito recuperação cirúrgica retardada.....	131
Quadro 89	Termos substitutos do conceito de recuperação cirúrgica retardada.....	137
Quadro 90	Conceitos relacionados à recuperação cirúrgica retardada.....	138
Quadro 91	Formas de mensuração ou referências da recuperação cirúrgica retardada.....	142

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3 OBJETIVO.....	42
3.1 Objetivo geral.....	43
3.2 Objetivos específicos.....	43
4 MÉTODO.....	44
4.1 Atividade 1: Identificação do conceito de interesse.....	46
4.2 Atividade 2: Seleção do campo e amostra.....	46
4.2.1 Questão norteadora da revisão integrativa.....	48
4.2.2 Busca dos estudos primários nas bases de dados.....	48
4.2.3 Extração de dados dos estudos primários.....	51
4.2.4 Avaliação dos estudos primários selecionados.....	52
4.2.5 Análise e síntese dos resultados da revisão integrativa.....	54
4.2.6 Apresentação da revisão integrativa.....	54
4.3 Atividade 3: Coleta e gerenciamento dos dados.....	55
4.4 Atividade 4: Análise dos dados.....	55
4.5 Atividade 5: Identificação de um exemplo do conceito.....	57
4.6 Atividade 6: Implicações para o desenvolvimento futuro do conceito.....	58
5 RESULTADOS.....	59
5.1 Resultados da Atividade 2: Seleção do campo e amostra.....	60
5.1.1 Descrição da amostra dos estudos primários incluídos na revisão integrativa.....	60
5.1.2 Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa.....	67
5.1.2.1 Síntese dos estudos primários conduzidos por médico (primeiro autor).....	67
5.1.2.2 Síntese dos estudos primários conduzidos por enfermeiro (primeiro autor).....	92
5.1.2.3 Síntese dos estudos primários conduzidos por psicólogo (primeiro autor).....	100
5.1.2.4 Síntese dos estudos primários conduzidos por dentista (primeiro autor).....	104
5.1.2.5 Síntese do estudo primário conduzido por fisioterapeuta (primeiro autor).....	105
5.1.2.6 Síntese do estudo primário conduzido por fonoaudiólogo (primeiro autor).....	106
5.2 Resultados da Atividade 3: Coleta e gerenciamento dos dados.....	107
5.3 Resultados da Atividade 4: Análise dos dados.....	107
5.3.1 Característica temporal dos temas de recuperação cirúrgica retardada.....	127
5.3.2 Componentes do conceito recuperação cirúrgica retardada.....	131
5.3.2.1 Antecedentes do conceito recuperação cirúrgica retardada.....	134
5.3.2.2 Atributos do conceito recuperação cirúrgica retardada.....	134

5.3.2.3 Consequentes do conceito recuperação cirúrgica retardada.....	135
5.3.3 Termos substitutos do conceito de recuperação cirúrgica retardada.....	136
5.3.4 Conceitos relacionados à recuperação cirúrgica retardada.....	138
5.3.5 Variação contextual do uso do conceito.....	139
5.3.6 Formas de mensuração ou referências da recuperação cirúrgica retardada	140
6 DISCUSSÃO.....	143
6.1 Categorias temáticas.....	145
6.1.1 Experiências prévias que podem influenciar a recuperação cirúrgica.....	145
6.1.2 Alteração no processo de recuperação cirúrgica.....	149
6.1.3 Comprometimento das funções fisiológicas.....	150
6.1.4 Comprometimento das funções psicológicas.....	152
6.1.5 Nível de energia (força) reduzido.....	153
6.1.6 Capacidade limitada para restabelecer atividades.....	154
6.1.7 Extensão do tempo de recuperação.....	155
6.1.8 Manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica.....	156
6.1.9 Necessidade de reintervenção.....	159
6.1.10 Dependência de cuidados para realizar atividades.....	159
6.1.11 Redução na qualidade de vida.....	160
6.2 Comparação do conceito recuperação cirúrgica retardada com a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2013) e estudo de Appoloni (2012).....	162
6.3 Implicações para o desenvolvimento futuro do conceito.....	165
7 CONCLUSÃO.....	168
REFERENCIAS.....	171
APENDICES.....	183

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico promove avanços no processo saúde-doença, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde, dentre esses o enfermeiro. Cada vez mais, os profissionais têm sentido a necessidade de aprofundar conhecimentos na medida em que o avanço tecnológico exige a criação de novos protocolos de cuidados. Atualmente na saúde, a preocupação com a assistência prestada ao paciente e família é um dos princípios básicos na busca pela qualidade dos serviços de saúde (PENHA, 2008; WONG et al., 2009).

Para tal, são necessários não só os recursos técnicos como também os recursos humanos capacitados que deem suporte para o planejamento e implementação da assistência. Com a preocupação em oferecer ao paciente cirúrgico cuidado humanizado e especializado, a prática da enfermagem perioperatória assume caráter diferenciado, ou seja, voltada para a segurança na evolução do paciente nos diferentes períodos que englobam o perioperatório (SILVA, 2008).

O perioperatório incorpora três períodos, a saber: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. O pós-operatório compreende desde o momento em que o paciente sai da sala de operação até o retorno para as atividades do cotidiano. A duração desse período é variável, pois depende do tipo de intervenção cirúrgica e das condições clínicas do paciente. Esse período pode ser didaticamente dividido em três etapas: imediata que corresponde as primeiras 12 ou 24 horas após o término da cirurgia; mediata que se inicia após as 24 horas e se desenvolve por um período variável até o dia da alta hospitalar e a tardia que sucede a anterior e se estende por um a dois meses até a completa cicatrização das lesões (MORAES; PENICHE, 2003).

O procedimento anestésico cirúrgico vem sofrendo mudanças significativas, principalmente direcionadas para a participação da instituição de saúde. No mundo, todo ano, milhões de pacientes são submetidos à cirurgia; devido ao avanço do conhecimento, técnicas anestésicas, abordagens cirúrgicas (cirurgias minimamente invasiva e ambulatorial) e as pressões econômicas para redução de gastos hospitalares houve a redução do tempo de hospitalização e consequentemente etapas do período pós-operatório ocorrem fora do contexto hospitalar. Como resultado dessa tendência, parte da responsabilidade do processo de recuperação está sendo transferida para o paciente e sua família (ROSÉN et al., 2010).

Um procedimento cirúrgico, por menor que seja, resulta em alterações emocionais e fisiológicas ao paciente, as quais podem acarretar mudanças no estilo de vida ou mesmo em risco de morte. O paciente cirúrgico necessita de cuidados individualizados de excelência, dirigidos não apenas para o problema fisiopatológico, mas também para as questões psicossociais, religiosa, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas ao problema físico, pois cada um apresenta diferenças quanto à evolução após o procedimento cirúrgico (SOUZA, 2007).

Logo após o procedimento cirúrgico inicia-se uma sequência de eventos biológicos, dinâmicos e complexos, que visam promover o processo de restauração da ferida cirúrgica. Esse processo é formado por três fases evolutivas sobrepostas: inflamatória, proliferativa e a fase de remodelação. Caso haja alterações no curso dessas fases (por exemplo, presença de diabetes mellitus), pode resultar em retardo da cicatrização da ferida cirúrgica prolongando o processo de reabilitação (FERREIRA; ANDRADE, 2006).

A recuperação pós-operatória é um processo dinâmico e prolongado, no qual o paciente esforça-se para recuperar o controle sobre as atividades físicas, funções fisiológicas, psicológicas e sociais, para conquistar a independência e restabelecer a vida habitual. Embora seja fácil especificar o início do processo de recuperação, é difícil determinar o alcance do seu final. Esse processo pode ser influenciado por diferentes fatores que afetam a recuperação em direção negativa ou positiva, dentre os fatores citam-se os antecedentes da recuperação; complicações durante a recuperação; tempo de recuperação; suporte, encorajamento e o fornecimento de informações adequadas regularmente por parte dos profissionais de saúde (ALLVIN et al., 2008).

O paciente está vulnerável e conseqüentemente podem surgir fatores que afetarão a recuperação pós-operatória de forma negativa, acarretando o acréscimo do número de dias de pós-operatório necessário para iniciar o regresso a vida habitual (ALLVIN et al., 2009).

Os eventos adversos no pós-operatório acometem cerca de 78% a 86% dos pacientes, sendo as alterações com a ferida cirúrgica uma das principais complicações. As pesquisas sobre infecção de sítio cirúrgico com seguimento do paciente no pós-alta, demonstraram aumento nos custos totais da assistência, que variavam de \$5.155,00 a \$6.200,00 comparado com \$1.773 por pessoa que se submeteu ao mesmo procedimento e não adquiriu infecção (MATTILA et al., 2005;

PIEPER et al., 2006).

Na literatura, estudos indicaram aumento na incidência de complicações relacionadas à cicatrização da ferida operatória após cirurgia de emergência. Os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência e/ou emergência apresentaram risco aumentado de eventos adversos de duas a quatro vezes maiores que os pacientes que realizaram o mesmo procedimento de forma eletiva. Nesse tipo de cirurgia os cuidados pré-operatórios não são realizados com o mesmo rigor, além do fato que geralmente os pacientes estão clinicamente mais graves (SORENSEN et al., 2005; BORGHI, 2007).

Na cirurgia de emergência, vários fatores estão envolvidos, os quais podem interferir no processo de recuperação cirúrgica como a deiscência da ferida, fator que pode anteceder o processo infeccioso e contribuir para as complicações pós-operatórias, resultando em retardo no processo de cicatrização e consequentemente aumento do tempo de recuperação, desconforto do paciente e acarretar o prolongamento do tratamento (SPILIOTIS et al., 2009).

Os estudos que acompanharam o processo de recuperação cirúrgica, por um período prolongado, evidenciaram que os pacientes podem sofrer de desconfortos, capazes de persistir por anos após a intervenção cirúrgica como, dor, fadiga, problemas com a ferida cirúrgica e mobilidade, dentre outros. Tais desconfortos 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 (ROSÉN et al., 2010; PETERS et al., 2010).

Conforme já apontado, a recuperação cirúrgica é um processo complexo e está relacionado a vários resultados; assim, um grupo multidisciplinar de peritos buscou na literatura as evidências disponíveis sobre os fatores que podem afetar a recuperação pós-operatória do paciente e propôs um diagrama que retrata o que envolve o processo de recuperação pós-operatória (ALLVIN et al., 2009) (figura 1).

Figura 1 - Diagrama de operacionalização da recuperação pós-operatória

Fonte: ALLVIN, R. **Postoperative recovery: development of a multi-dimensional questionnaire for assessment of recovery**. 2009. 73p. (Thesis) - Örebro Studies in Medicine, Örebro University, Örebro, 2009.

Devido à natureza multidimensional do processo de recuperação no pós-operatório, o regresso do paciente a vida cotidiana nem sempre tem a mesma qualidade almejada. A vida habitual é interrompida pelo procedimento cirúrgico e pelo processo de recuperação, e muitas vezes, eventos adversos afetam a qualidade de vida do paciente, resultando em sentimentos desagradáveis e dolorosos, os quais aumentam o tempo de recuperação e a retomada das atividades habituais, além desses aspectos há o aumento de custos relativos à assistência médico-hospitalar (ALLVIN et al., 2008).

Frente ao exposto, a atuação do enfermeiro no planejamento da assistência prestada ao paciente cirúrgico e família por meio do processo de enfermagem é fundamental. O uso do diagnóstico de enfermagem (DE) é relevante, permite ao enfermeiro o conhecimento das respostas humanas alteradas, contribuindo para a implementação de intervenções eficazes na prática, ou seja, ações direcionadas e individualizadas a cada paciente para a resolução dos problemas identificados (GALDEANO et al., 2006).

Os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA International Incorporation. (NANDA-I) são conhecidos e aplicados, porém os mesmos não são definitivos, uma vez que a condução de pesquisas em populações específicas pode

permitir o aprimoramento desses (PILEGGI, 2007).

A validação de DE é uma etapa importante para o desenvolvimento do conhecimento e da prática profissional. Para ampliar a confiabilidade do diagnóstico é necessário submetê-lo ao processo de validação, refinando o conjunto de indicadores clínicos e tornando confiável sua utilização, tanto na prática clínica como no ensino (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Para realizar um estudo de validação de DE é necessário executar primordialmente uma análise de conceito embasada por uma profunda revisão de literatura, com o objetivo de fornecer suporte teórico e esclarecimento do fenômeno investigado, para a execução das fases subsequentes do processo de validação, o que possibilitará ou não o refinamento do diagnóstico investigado (FEHRING, 1987; PARKER; LUNNEY, 1998; WHITLEY, 1999; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Neste contexto, a presente pesquisa tem como propósito organizar os dados de estudos disponíveis na literatura sobre a recuperação cirúrgica retardada e realizar uma análise de conceito, o que possibilitará identificar os atributos essenciais do conceito, seus antecedentes, consequentes, termos substitutos e relacionados, bem como descrever sua evolução e as formas de mensurações do fenômeno. Assim, a formulação de uma definição da recuperação cirúrgica retardada, promoverá compreensão de seu uso no período pós-operatório e os fatores que a influencia, o que poderá contribuir para a construção de uma linguagem comum, útil e válida para a prática da enfermagem perioperatória.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

As crescentes pressões econômicas e jurídicas têm exigido do enfermeiro, o fornecimento de assistência de qualidade alta e segura ao paciente. Para assegurar a relação custo-eficácia, qualidade alta dos serviços prestados e resultados adequados dos cuidados de enfermagem, faz-se necessário, a definição e padronização de termos, formando linguagem padronizada na enfermagem que permita a agregação e comparação de dados de saúde entre diversas instituições, para posterior avaliação da qualidade da assistência oferecida ao paciente (MÜLLER-STAU, 2009).

A evolução da enfermagem e sua consolidação enquanto ciência é caracterizada pela construção de corpo de conhecimento próprio. O desenvolvimento e a atualização de conhecimento científico são essenciais para a melhoria constante do cuidado de enfermagem humanizado e holístico. Para viabilizar a aplicação de tal conhecimento na prática clínica, a enfermagem adota instrumentos e recursos metodológicos, dentre eles o processo de enfermagem, método reconhecido como essencial à enfermagem, capaz de prover autonomia, independência e especificidade à profissão (LOPES et al., 2010; LEADEBAL; FONTES; SILVA, 2010).

O propósito do processo de enfermagem é registrar, ordenar e direcionar o trabalho do enfermeiro, uma vez que auxilia a tomada de decisão na prática clínica. É estruturado em cinco etapas independentes e complementares: coleta de dados, considerando as características psicossociais e culturais dos sujeitos; diagnósticos de enfermagem, ponderando as etapas de análise e síntese, os referenciais teóricos e as taxonomias existentes na literatura; planejamento da assistência (objetivos, metas, prescrição) e implementação e avaliação da assistência. Essas etapas devem ser realizadas concomitantemente mediante o pensamento crítico e raciocínio clínico do enfermeiro para assistir o paciente e família por meio de intervenções qualificadas e humanizadas (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007; CARVALHO; KUSUMOTA, 2009).

Embora o processo de enfermagem seja relevante à prática profissional, a sua implementação tem esbarrado em diversas dificuldades, prevalecendo na prática clínica, cuidado centralizado na doença, direcionado muitas vezes pelo senso comum e práticas empíricas. Na maioria das vezes, o processo de enfermagem não é aplicado adequadamente, os enfermeiros empregam esse método diferentemente do aprendido, havendo perda de continuidade na sua execução e, não implementam

de forma viável, sistemática e individualizada, para todos os pacientes sob sua responsabilidade (ALVES; LOPES; JORGE, 2008; LEDESMA-DELGADO; MENDES, 2009).

Tal situação representa desafio para o enfermeiro, o qual enfrenta vários fatores que podem interferir na implementação eficaz do processo de enfermagem, dentre eles, dificuldades operacionais envolvidas na prática clínica, tais como a falta de conhecimento de todos os passos envolvidos no processo, sobrecarga de tarefas para a equipe de enfermagem, má qualidade da educação profissional, carência de educação permanente e o fato de alguns profissionais ainda verem o processo de enfermagem como obstáculo (CARVALHO; MELO, 2008; POKORSKI et al., 2009).

Neste contexto, a formação de enfermeiros que cultivem espírito de investigação, desenvolvimento contínuo do pensamento crítico e habilidades para utilização no processo da etapa de diagnóstico é fundamental, porque o diagnóstico das respostas humanas é a base dos cuidados de enfermagem, no entanto, tais profissionais devem saber quais são os diagnósticos que beneficiarão o paciente por meio da implementação de ações ou intervenções de enfermagem. O processo de raciocínio para identificar o melhor diagnóstico ou o mais preciso é extremamente difícil e desafiador, pois os seres humanos são complexos e únicos, o que exige do enfermeiro árduo exercício cognitivo para interpretar diversas e complexas situações clínicas (LUNNEY, 2010; CERULLO; CRUZ, 2010).

O uso de um sistema de classificação contribui para uniformizar a linguagem dos enfermeiros, fornecer dados para a pesquisa, e desenvolver um corpo de conhecimento da profissão. Na enfermagem, sistemas de classificação têm sido desenvolvidos, onde fenômenos são identificados, definidos e sistematicamente ordenados. Esses permitem aos profissionais reconhecer e identificar com precisão os fenômenos apresentados pelos pacientes sob diferentes condições (VON KROGH, 2008).

Atualmente na enfermagem, os sistemas de classificação mais conhecidos são: classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA International Incorporation (NANDA-I); classificação de intervenções de enfermagem (Nursing Interventions Classification, NIC); classificação de resultados de enfermagem (Nursing Outcomes Classification, NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (MÜLLER-STAU, 2009). Já no Brasil o desdobramento do projeto para Classificação Internacional das Práticas de

Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESEC) (FURUYA et al., 2011).

A Taxonomia II da NANDA-I (2013) é um sistema de classificação dos fenômenos do paciente relevante para a enfermagem. Tal sistema possui formato multiaxial, o qual aumenta a flexibilidade da nomenclatura, permitindo realizar facilmente acréscimos e modificações. Essa taxonomia é composta por sete eixos, 13 domínios, 47 classes e 221 diagnósticos.

Uma taxonomia pode ter vários níveis, mas três são essenciais: os domínios, que são os níveis predominantes, dividindo os fenômenos em grandes grupos principais; as classes, que são níveis intermediários de concentração de fenômenos com características comuns dentro de um agrupamento; e os conceitos, que compreendem os níveis concretos, onde o fenômeno individual é encontrado, nomeado, definido e numerado. A marca do fenômeno é estabelecida com base em suas qualidades essenciais, moldadas na perspectiva da profissão e formulado com ajuda de princípios semânticos para assegurar que todos os conceitos na classificação apresentem definição que sejam compreendidas da mesma forma em qualquer idioma (VON KROGH, 2008).

Os diagnósticos de enfermagem são apresentados considerando-se seus tipos, (de risco, atual/real, promoção da saúde, síndrome e bem-estar) e os seus componentes; título, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados. O DE recuperação cirúrgica retardada é do tipo atual, e está definido como; "extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar". Os fatores relacionados desse diagnóstico são: "dor; expectativas pré-operatórias; infecção pós-operatória no local da cirurgia; obesidade; procedimento cirúrgico extenso e procedimento cirúrgico prolongado" (NANDA-I, 2013).

A lista de fatores relacionados é relativamente curta quando comparamos aos outros diagnósticos. Os fatores relacionados foram desenvolvidos e publicados na NANDA-I (2007), portanto, é premente uma avaliação desses, como também a busca de outros fatores que podem estar associados à presença do diagnóstico investigado.

As características definidoras (CDs) descritas na Taxonomia II da NANDA-I (2013) para o diagnóstico em estudo são: "adia o retorno às atividades de trabalho/emprego; dificuldade para movimentar-se; evidências de interrupção na cicatrização da área cirúrgica (por exemplo, vermelha, endurecida, imobilizada,

drenada); fadiga; percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação; perda do apetite com náusea; perda do apetite sem náusea; precisa de ajuda para completar o autocuidado; relato de desconforto e relato de dor".

Para sustentar a escolha de um DE adequado a cada situação clínica, é necessário que as bases para essa decisão estejam fortemente ligadas as causas do fenômeno e as suas evidências expressas nas CDs. Essas podem ser definidas como indícios/inferências observáveis (sinais e sintomas) que se agrupam como manifestações que asseguram um dado diagnóstico de enfermagem. Para o conhecimento se as características definidoras de um determinado diagnóstico representam de fato o problema do paciente, faz-se necessário identificar se essas definem, de forma autêntica, as manifestações encontradas na prática clínica, mediante um processo de validação (GALDEANO, 2007).

Os estudos de validação devem iniciar-se por uma análise de conceito, pois as categorias diagnósticas são derivadas de conceitos e apresentam modelos ou formulações teóricas para dar significado às observações, portanto o trabalho conceitual é necessário para a clarificação ou desenvolvimento de conceitos diagnósticos e reestruturação de suas categorias. Os dados gerados pela análise de conceito e seu subsequente uso na formulação de instrumentos fornecem uma sólida e apropriada base conceitual, para o desenvolvimento de futuras pesquisas (WHITLEY, 1999).

Na literatura há diferentes perspectivas sobre como se forma um conceito. Rodgers (2000) afirma que o conceito pode ser considerado uma abstração que se expressa de alguma forma, e são formados pela identificação de características comuns a uma classe de objetos ou fenômenos e pela abstração e agrupamento destas, junto com os significados explicitados em expressões e/ou palavras. Segundo Walker e Avant (2005), os conceitos são construções mentais; isto é, tentativas de organizar os estímulos ambientais, portanto, representam categorias de informação que contêm os atributos definidores. Já para Morse (1995), o conceito é uma abstrata "representação cognitiva" de uma realidade percebida, formada por experiência direta ou indireta, variando de observações empíricas observáveis a inferências mentais, relativamente abstratas e observáveis de modo indireto, com base em situações, acontecimentos ou comportamentos da realidade.

Um conceito pode expressar a mesma ideia com vários conjuntos de palavras. Portanto, a clarificação de conceitos é importante etapa no

desenvolvimento de conhecimentos úteis e utilizáveis na ciência enfermagem. Os avanços no esclarecimento de conceitos, suas classificações ou caracterizações permitem a avaliação da consistência e/ou fragilidade de um conceito, pois estão constantemente sob dinâmico desenvolvimento (RODGERS, 2000; TOFTHAGEN; FAGERSTROM, 2010).

O início do desenvolvimento de análise de conceito na literatura de enfermagem coincidiu com o incremento no aprofundamento das teorias de enfermagem, uma relação simbiótica que teve início em 1970. Embora atualmente haja amplo debate sobre a melhor estratégia para o desenvolvimento, avaliação e função dos conceitos, os estudiosos concordam e reconhecem que conceitos “válidos” são essenciais para a excelência da ciência enfermagem e conseqüentemente para a prática clínica (MORSE, 1995; RODGERS, 2000; WALKER; AVANT, 2005; DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007; TOFTHAGEN; FAGERSTROM, 2010).

Nos últimos anos, considerada atenção tem sido direcionada para o desenvolvimento e esclarecimento das bases de conhecimento da enfermagem, a preocupação com os conceitos e a resolução de problemas conceituais, ambas cada vez mais tem despontado como componente do processo de avanço intelectual. Essa ênfase sobre o conceito é necessária, já que representa importante papel no desenvolvimento do conhecimento e, até mesmo, na condução da existência cotidiana; os conceitos promovem a organização da experiência, facilitam a comunicação entre os indivíduos e permitem a recordação cognitiva de fenômenos que não podem estar presentes (RODGERS, 1989).

A análise de conceito é um método de investigação, usado para definir os conceitos existentes. Permite ao teorista, pesquisador ou clínico se deparar com várias possibilidades do conceito de interesse, possibilitando um mergulho nas estruturas conceituais para identificar as bases estruturais do conceito e verificar como se inter-relacionam em um contexto particular, resultando na identificação, e clarificação dos significados do conceito (WALKER; AVANT, 2005).

Nas últimas décadas houve a proliferação de artigos nas revistas de enfermagem que dão ênfase a análise de conceito. Atualmente, existem diferentes abordagens metodológicas utilizadas para análise de conceito, que podem ser encontradas na literatura de enfermagem. Beckwith, Dickinson e Kendall (2008) realizaram uma busca em periódicos de enfermagem, no período de 1993 a 2005, a

qual possibilitou identificar 13 métodos comumente utilizados para análise de conceito. Tais métodos enfatizam a compreensão do conceito a fim de facilitar a comunicação no contexto da prática de enfermagem e permitir sua articulação teórica (DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007).

Os métodos de análise de conceito podem se concentrar em técnicas quantitativas, qualitativas ou uma mistura dessas técnicas. É importante observar que os fins para usar tais técnicas são diferentes e que a natureza da descoberta que cada método produz contribuirá de forma distinta para o avanço de um conceito. Por exemplo, os métodos que utilizam de técnicas quantitativas para análise de conceito visam explorar associações derivadas, ou mensuração de atributos por meio de um corpo de literatura científica. Tais métodos podem ser adequadamente utilizados quando um conceito é desenvolvido de modo adequado, bem definido e operacionalizado. No entanto, se um conceito está em construção, ou pouco desenvolvido, os métodos de técnicas qualitativas ou mistas (qualitativa e quantitativa) são os mais indicados para a sua identificação e clarificação (PENROD; HUPCEY, 2005).

Os conceitos são fundamentais para a enfermagem tanto na graduação como pós-graduação e na prática clínica. Embora a literatura de enfermagem tenha informações de como realizar uma análise de conceito, e como utiliza-lo no cenário educacional e clínico, ainda encontra-se pouca informação sobre os fundamentos filosóficos dos conceitos, tanto em relação ao processo de análise quanto às implicações de uma perspectiva ontológica e epistemológica particular sobre o significado e utilidade de um conceito específico (DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007; BECKWITH; DICKINSON; KENDALL, 2008).

Na área da saúde e particularmente na enfermagem, as abordagens metodológicas para a análise de conceito emergiram, tendo como fundamentação ou sendo adaptações do trabalho proposto por Wilson (1963), educador do Reino Unido no final década de 1950 e início de 1960. O intuito deste estudioso das técnicas da filosofia linguística era instruir os alunos frente as suas necessidades de aprendizagem, utilizando habilidade sistemática e crítica de análise de conceito, para garantir uma comunicação eficaz, assim, delineou uma estrutura para análise de conceito, a ser trabalhada e pensada pelos estudantes. A intenção por trás do modelo era ajudar no esclarecimento de conceitos utilizados na fala comum ou coloquial. O argumento do estudioso é que os conceitos não são entidades “fixas”

com “verdadeiros significados”, mas sim, ferramentas de comunicação contextualmente vinculadas. Para Wilson o foco da análise não era criar um significado fixo para um conceito, mas criar um entendimento útil do significado compartilhado de um conceito dentro de um contexto específico (RODGERS, 2000; HUPCEY; PENROD, 2005; DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007; RISJORD, 2009).

Como ferramenta de comunicação, os conceitos devem ser analisados criticamente para esclarecimento de seu significado e, em seguida, com entendimento claro do mesmo possibilitará sua adequada utilização (DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007). Assim, Wilson (1963) construiu uma estrutura para análise de conceito contendo 11 passos que permite a identificação das características essenciais do conceito, por meio de um exame minucioso (Quadro 1).

PASSOS	PROCESSO
Isolar questões do conceito	Distinguir entre: Questões de fato - respondidas com o conhecimento; Questões de valores - respondidas com princípios morais; Questões de conceito - respondidas com significados.
Encontrar respostas corretas	Frequentemente a questão de um conceito pode não ter uma única resposta correta. Assim, é necessário examinar os múltiplos usos do conceito e determinar os elementos que são essenciais para o núcleo de um conceito.
Casos modelos	Descrever um claro exemplo de caso modelo da vida real que absolutamente ilustre o conceito.
Casos contrários	Identificar e descrever um claro exemplo da vida real que absolutamente não ilustra o conceito.
Casos relacionados	Identificar e descrever casos da vida real que são semelhantes ou ocorrem em ambiente similar, diferenciando os aspectos essenciais ou não do conceito.
Casos limítrofes (Borderline)	Identificar e descrever casos da vida real que são incertos e se são ou não um exemplo do conceito. Ao entender o que os torna difíceis de classificar, o investigador pode determinar quais são os elementos essenciais para o conceito e quais não são.
Caso inventado	Os casos já existentes são insuficientes para esclarecer os elementos essenciais do conceito. Então um caso é desenvolvido para usar o conceito fora da esfera da experiência do investigador para esclarecer os elementos essenciais do conceito.
Contexto social	Nesta fase o investigador identifica quem usa o conceito, de que forma e em qual ambiente, a fim de determinar o contexto em que o conceito é usado.
Examine ansiedade adjacente	O investigador explicita os sentimentos subjacentes e as discussões em torno da linguagem conceitual, identificando quaisquer controvérsias ou debates relacionados ao conceito.
Resultados práticos	Identificar os resultados de entendimento dos elementos essenciais do conceito, pois os mesmos devem ser úteis para a prática diária.
Resultado na linguagem	O investigador define o conceito e os seus elementos essenciais a fim de identificar o melhor significado do conceito, que funcione de forma mais eficiente em determinado contexto.

Quadro 1 - Estrutura para análise de conceito de Wilson (1963)

O modelo proposto por Wilson (1963) ofereceu subsídios para a elaboração de novas estruturas para a análise de conceito. Walker e Avant (2005), enfermeiras docentes da Escola de Enfermagem da Universidade do Texas (Estados Unidos da América), especialistas em filosofia da educação e desenvolvimento de teorias em enfermagem, foram as primeiras estudiosas que realizaram a adaptação do método de análise de conceito de Wilson (1963) e sua introdução na enfermagem. O processo de análise proposto por Walker e Avant (2005) é uma tentativa de modificação da estrutura de análise de conceito de Wilson, que visa transcender o contexto e, assim, acomodar a exigência de um produto útil para o trabalho empírico. O resultado dessa análise é uma verdade fixa, isto é, os conceitos são apresentados como variáveis mensuráveis que são idealmente conhecíveis fora do contexto, e funcional no mundo da pesquisa realista (DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007; RISJORD, 2009).

Para Walker e Avant (2005), os conceitos são categorias de informações que contêm os atributos definidores, e a análise de conceito é um exercício linguístico formal que permite a delineação dessas características ou atributos definidores. O processo de análise de conceito proposto pelos autores distingue entre os atributos definidores e os irrelevantes do conceito. Atualmente, o método proposto pelas autoras tem assumido posição importante no campo da enfermagem, pois é facilmente adaptado à sala de aula e muitos enfermeiros se familiarizaram ao método em seus trabalhos de pós-graduação. Como resultado, os estudantes estão concluindo seus estudos de análise de conceito como atribuições dos cursos, entretanto não estão expostos a diversidade de métodos de análise de conceito (FINFGELD-CONNETT, 2006).

Walker e Avant (2005) descrevem a análise de conceito como uma técnica de desenvolvimento de conceito que é usada quando o mesmo está desatualizado ou não está claro. O processo é rigoroso, mas o resultado é sempre provisório dado que o analista pode chegar a diferentes atributos ou o conceito pode evoluir ao longo do tempo e o que é verdade sobre um conceito agora, no futuro pode não ser. Essa abordagem envolve tanto métodos quantitativos, como qualitativos. Sua finalidade é descrita como, um passo fundamental para o desenvolvimento de teoria. O produto do processo inclui definições teóricas claras, precisas e operacionais para o uso em pesquisas, apoiando assim, o propósito de investigação (HUPCEY; PENROD, 2005; CRONIN; RYAN; COUGHLAN, 2010).

Frente à necessidade de clarificação de termos, para uma melhor comunicação, e promoção do entendimento sobre determinado fenômeno entre distintas pessoas e para o desenvolvimento de pesquisas e teorias, Walker e Avant (2005) modificaram e simplificaram o clássico método de análise de conceito de Wilson (1963) formulando uma estrutura que contém oito passos, acreditando que os mesmos são suficientes para capturar a essência do processo (Quadro 2).

PASSOS	PROCESSO
Seleção de um conceito	A seleção do conceito deve refletir o tema ou a área de maior interesse. Pode ser advindo da prática, de resultados de pesquisas ou ainda de teorias incompletas ou que tenham conceitos que não estão claros.
Definir os objetivos ou o propósito de análise	Este passo ajuda focar a atenção do investigador, exatamente sobre qual uso ele pretende fazer do resultado de seu esforço. Assim, a seleção dos atributos definidores é feita em relação ao quão específico o uso do conceito o investigador irá escolher, devendo refletir o objetivo da análise.
Identificar todos os usos do conceito	Realizar uma busca extenuante em diferentes recursos possíveis, dicionários, enciclopédias, colegas e literatura. Não limitar a pesquisa apenas a literatura médica ou de enfermagem, considerar o uso de todos os termos.
Determinar os atributos definidores	Ao examinar as diferentes instâncias de um conceito, tomando notas sobre as características que às vezes possam aparecer repetidas. Tais características tornam-se os atributos definidores ou críticos do conceito. Os conjuntos de atributos são os mais frequentemente associados com o conceito, permitindo uma visão mais ampla sobre o mesmo.
Construção de um caso modelo	Um exemplo real da utilização do conceito, que demonstre todos os atributos essenciais do conceito. O caso modelo pode vir primeiro, ou ser desenvolvido simultaneamente com os atributos, ou emergirem após os atributos serem tentativamente determinados.
Construção de casos adicionais	Casos limítrofes (borderline) - contém alguns dos atributos definidores, mas não todos, ou se diferem substancialmente entre eles. Casos relacionados – são pertinentes ao conceito em um estudo, mas, não contém todos os atributos definidores. Casos contrários - aqueles que são claros exemplos de não conceito. Casos inventados - são aqueles construídos que não existem na vida real, são formuladas situações hipotéticas fora do domínio do investigador. Casos ilegítimos - são caracterizados pelo exemplo de uso inadequado do conceito.
Identificar antecedentes e consequentes	Os antecedentes são aqueles eventos ou incidentes que precisam ocorrer a priori à ocorrência do conceito. As consequências são eventos ou incidentes que ocorrem como um resultado da ocorrência do conceito. Ambos são úteis para o refinamento dos atributos definidores do conceito.
Definir referências empíricas	Classe ou categoria de um fenômeno real que pela sua existência ou presença demonstra a ocorrência do conceito, podendo ser identificada por mensurações, por meio de instrumentos padronizados que permitam comparações futuras.

Quadro 2 - Estrutura para análise de conceito de Walker e Avant (2005)

Embora os passos do modelo de análise de conceito proposto por Walker e Avant (2005) impliquem que eles são sequenciais, os autores sugerem que devem ser interativos, permitindo ao analista rever ou retornar as etapas anteriores conforme os dados forem emergindo. Apesar do grande uso desse modelo, muitas críticas pairam sobre o mesmo. Tais julgamentos são concernentes a sua estrutura positivista, reducionista e estática, além de ser pobremente compreendida, pois os estudiosos de enfermagem que descrevem ou empregam o método raramente têm explorado os fundamentos filosóficos, e as implicações da realização da análise de um conceito, contribuindo pouco para a progressão intelectual. (RODGERS, 1989; MORSE et al, 1996; DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007; RISJORD, 2009).

Assim, Rodgers (1989), enfermeira docente da Escola de Enfermagem da Universidade de Wisconsin-Milwaukee (Estados Unidos da América), especialista em filosofia da ciência de enfermagem, métodos de pesquisa qualitativa e desenvolvimento de conceito, propôs um processo evolucionário para a análise de conceito, que supere as dificuldades encontradas nas abordagens com visão positivista, reducionista, um processo que valorize o dinamismo e a inter-relação.

Rodgers (2000) argumenta que, por meio do trabalho de filósofos notáveis incluindo Aristóteles, Descartes, Locke e Kant, os conceitos foram estabelecidos como parte integrante do desenvolvimento do conhecimento. Como já exposto, há uma diversidade de definições apresentadas pelos estudiosos sobre o que é um conceito na epistemologia, como na área de enfermagem. Assim, os conceitos têm estado no centro de debates e paralelamente há distintos pontos de vistas encontrados na literatura da filosofia. Estas discussões sobre os conceitos deram origem a duas escolas principais de pensamento, uma possui um ponto de vista do conceito como uma *entidade* e a outra como *disposicional*.

Os pontos de vista mencionados persistiram desde o início do período clássico até o presente momento. A visão de conceito como *entidade* reflete a abordagem tradicional de análise de conceito que pode ser evidenciada nas obras de filósofos como Aristóteles, Frege, Kant, Locke e os escritos iniciais de Wittgenstein dentre outros, que geralmente pertencem ao movimento filosófico do positivismo lógico (RODGERS, 2000).

Na escola de pensamento *entidade*, o conceito é visto como um tipo de entidade ou “coisa” específica que corresponde ou combina diretamente com os elementos atuais da realidade, como uma imagem mental, ideia ou uma palavra com

específica função gramatical. Além disso, tal escola sustenta que os conceitos nunca mudam e são universais, isto é, eles se aplicam a todos os casos e em todos os contextos. A era da filosofia analítica e, particularmente o movimento do positivismo lógico fornecem a base para as abordagens populares como a de Wilson (1963) e a de Walker e Avant (2005), pois tais abordagens seguem o ponto de vista de conceitos como *entidade*, refletindo um paradigma positivista ou reducionista (RODGERS, 1989; KNAFL; DEATRICK 2000; WEAVER; MITCHAM, 2008).

Em contraste, o ponto de vista *disposicional* dos conceitos assegura que eles são dinâmicos, e relacionados ao contexto, sempre sujeitos a mudanças. As teorias *disposicionais* surgiram a partir da tradição filosófica pós-modernista, incluindo os trabalhos de Gilbert Ryle e mais tarde pelos escritos de Wittgenstein. Deste modo, no ponto de vista *disposicional*, o foco está sobre a utilização do conceito. Assim, os conceitos são vistos como hábitos ou capacidade de realizar atividades físicas ou mentais que refletem o conceito. Por exemplo, de acordo com o ponto de vista *disposicional*, a compreensão do conceito de assepsia facilita a capacidade do enfermeiro para tomar as precauções necessárias e criar condições que permitam realizar o procedimento de forma asséptica. Da mesma forma, a atitude de um enfermeiro frente ao ambiente de trabalho depende da compreensão do conceito de profissionalismo, que sustenta as suas habilidades para atuar profissionalmente (RODGERS, 1989; 2000).

Por meio da socialização e interações repetidas com o público, torna-se um conceito associado a um conjunto particular de atributos que constituem a sua definição. O processo de desenvolvimento de conceito pode ser descrito e ilustrado como um ciclo que continuamente evolui através do tempo, dentro de um contexto particular. Três distintos aspectos do desenvolvimento cíclico do conceito são evidentes, tais como: “significado”, “uso”, e “aplicação” do conceito (RODGES, 2000) (Figura 2).

Figura 2 – Ciclo de desenvolvimento do conceito

Fonte: RODGERS, B. Concept analysis: an evolutionary view. In: RODGERS, B.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. United States, W. B. Saunders, 2000, cap. 6, p. 81.

Assim, o modelo de Rodgers é um método evolucionário para a análise de conceito por meio do qual o uso, significância e aplicação dos conceitos são compreendidos ao longo do tempo. Tal fundamento filosófico implica que não há começo e nem fim para o desenvolvimento de conceito, mas sim que é um processo contínuo que se forma ao longo do tempo e do contexto. Consequentemente, os conceitos são dependentes do contexto, sendo assim, dinâmicos e não estáticos na natureza. Nesta abordagem a ênfase está na investigação indutiva e na análise rigorosa, ao invés de começar a investigação com ideias preconcebidas do próprio pesquisador sobre o conceito (RODGERS, 2000; WELFORD, et al, 2010).

As orientações filosóficas são importantes, tendo profundo efeito sobre o foco da investigação e sobre a maneira que os resultados são interpretados e usados. Rodgers (2000) segue uma perspectiva mais relativista, pois para o autor, os relevantes conceitos de enfermagem são formados por meio da identificação do uso comum de fenômenos que evoluem ao longo do tempo e contexto (DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007).

No que diz respeito à natureza de um conceito, a ênfase no contexto,

incluindo tanto os contextos socioculturais e disciplinares, bem como o tempo, representam ruptura radical em relação a outras abordagens para análise de conceito. Os resultados dessa abordagem, não revelam exatamente o que o conceito é ou não é, ou o que é ou não uma estância do conceito, os resultados servem como uma heurística, fornecendo a necessária clareza para criar embasamentos para o desenvolvimento de futuras investigações (RODGERS, 2000).

Ao utilizar a abordagem proposta por Rodgers (2000), a intenção do investigador é produzir resultados que possam ser aplicados e testados como outra fase do ciclo contínuo de desenvolvimento do conceito, proporcionando analisar a esfera do conceito e sua contribuição para a expansão da disciplina. Com a clarificação e compreensão do conceito, possibilita a resolução de problemas e caracterização de fenômenos adequadamente, promovendo o progresso no desenvolvimento do conhecimento.

O método de Rodgers (2000), para análise de conceito, é composto por seis atividades que podem ser executadas simultaneamente e de forma interativa em toda a investigação (Quadro 3).

ATIVIDADES	PROCESSO
Identificar o conceito de interesse e as expressões associadas (inclusive termos substitutos)	O foco principal no início do estudo é determinar o conceito de interesse e terminologias apropriadas para orientar a análise. A familiaridade com a literatura é essencial e capacita o pesquisador a selecionar o conceito e a terminologia apropriada para focar o estudo.
Identificar e selecionar o campo apropriado para a coleta de dados (local/tempo e amostra)	Neste tipo de análise, cenário se refere ao período de tempo a ser examinado e às disciplinas ou tipos de literatura a serem incluídas. Quando os domínios específicos da literatura a serem incluídos no estudo forem identificados, a próxima atividade envolve a seleção da amostra a ser utilizada.
Coletar dados relevantes para a análise do conceito	Nesta fase, o pesquisador revisa a literatura para identificar dados relevantes sobre os atributos do conceito, base contextual, incluindo a interdisciplinaridade, variações temporal (eventos antecedentes e consequentes) e, socioculturais, termos substitutos e conceitos relacionados, junto com os dados pertinentes as aplicações do conceito (referências).
Analisar os dados e identificar as características do conceito	Cada categoria de dados (atributos, informações contextuais e referências) deve ser examinada, separadamente, para identificar os temas centrais presentes na literatura. Essa fase da análise é um processo de organização de pontos similares que ocorrem continuamente até que seja gerado um sistema relevante, compreensivo e coeso.
Identificar um exemplo do conceito	Devido o método evolucionário apresentar uma técnica indutiva, um exemplo do conceito deve ser identificado em vez de construído pelo investigador. Pois a finalidade dessa fase é proporcionar uma demonstração prática do conceito, em um contexto relevante.
Identificar hipóteses e implicações para o desenvolvimento futuro do conceito	A identificação de direções para questões futuras é outra contribuição da análise de conceito. De fato esta função heurística pode ser um dos mais significantes resultados dessa abordagem de análise.

Quadro 3 - Estrutura para análise de conceito de Rodgers (2000)

A clareza dos conceitos é necessária para caracterizar o fenômeno de interesse, descrever situações e estabelecer a comunicação efetiva. Analisar o conceito é uma maneira que o pesquisador tem para identificar o conjunto de atributos que o define e constitui. Pois, quando os atributos que compreendem o conceito não estão claros, a habilidade para comunicar e categorizar o fenômeno fica comprometida (RODGERS, 2000).

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

O presente estudo teve como objetivo geral realizar a análise do conceito recuperação cirúrgica retardada.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar os eventos antecedentes (fatores preditores) e consequentes (sinais e sintomas) do conceito de recuperação cirúrgica retardada;
- ✓ Identificar os atributos essenciais (definição) do conceito de recuperação cirúrgica retardada;
- ✓ Identificar os termos substitutos de recuperação cirúrgica retardada;
- ✓ Identificar os conceitos relacionados à recuperação cirúrgica retardada;
- ✓ Identificar as formas de mensuração ou referências da recuperação cirúrgica retardada.

4. MÉTODO

A ciência de enfermagem é julgada pela resolução de problemas disciplinares relevantes, e oferecer interpretações defensáveis de múltiplas realidades de interesse para a enfermagem, além de promover a formação de profissionais com adequada e holística base de conhecimento para a prática. Para os enfermeiros desenvolverem a prática de enfermagem fundamentada em evidências é necessário que sejam capazes de descrever os fenômenos de forma mensuráveis ou pelo menos transmissível (WALKER; AVANT, 2005).

A análise de conceito é relevante para o desenvolvimento de conhecimento na ciência de enfermagem, pois esse método fornece claras e sistemáticas fases para o processo de análise. Portanto, traz contribuições importantes para o esclarecimento, descrições e explicações de como os conceitos têm sido empregados na ciência de enfermagem e saúde, resultando em direcionamento para futuras pesquisas, ao gerar não apenas plausíveis definições para a elaboração de questões de pesquisa claras, como também levantamento de hipóteses para futuras investigações (RODGERS, 2000; WALKER; AVANT, 2005; TOFTHAGEN; FAGERSTROM, 2010).

Com a análise de conceito, hipóteses poderão ser geradas em relação aos diferentes fatores associados, e essas podem ser testadas usando distintos delineamentos de pesquisas. Portanto, este tipo de análise pode servir como base para subsidiar a condução de estudo particular, especialmente no que diz respeito às hipóteses e lacunas significantes do conhecimento que são identificados com o resultado da análise (RODGERS, 2000).

Frente ao exposto, o modelo evolucionário de análise de conceito de Rodgers (2000) será empregado para fundamentar a condução do presente estudo. O modelo permite que as suas atividades sejam desenvolvidas simultaneamente por meio da investigação, optou-se por apresentar essas atividades de forma separada com o objetivo de facilitar a compreensão e discussão, na busca da clarificação, caracterização e compreensão do conceito estudado, reconhecendo-o como dinâmico e vinculado ao contexto, para promover o conhecimento sobre o fenômeno.

4.1 Atividade 1: Identificação do conceito de interesse

Por ser um processo de análise de conceito interativo, permite ao pesquisador percorrer diferentes atividades envolvidas na investigação. Esta é uma fase crucial na análise de conceito, e nem sempre é tarefa simples, pois podem surgir conceitos de confusão que confrontam a escolha do pesquisador. O principal foco no início do estudo é determinar o conceito de interesse e terminologias apropriadas para orientar a análise, sendo a familiaridade com a literatura aspecto essencial. Neste ponto do processo, o pesquisador precisa ser claro sobre a direção particular que tomará na condução da análise (RODGERS, 2000).

Frente ao exposto, conforme justificado na introdução do estudo, o conceito de interesse consiste no fenômeno recuperação cirúrgica retardada.

4.2 Atividade 2: Seleção do campo e amostra

Em análise baseada na literatura, o campo se refere ao período de tempo a ser examinado e às disciplinas ou tipos de literatura a serem incluídas. Em muitos casos é apropriado tratar cada disciplina como uma população separada para possibilitar rigorosa comparação interdisciplinar do conceito de interesse. As decisões acerca de que campo incluir podem ser feitas de acordo com a familiaridade com a literatura, e a disciplina que frequentemente emprega o conceito. Tal como acontece com qualquer investigação, as decisões relacionadas a estes aspectos são tomadas com base na questão inicial elaborada pelo pesquisador e nos desfechos desejados (RODGERS, 2000).

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma abordagem de solução de problema para prestar o cuidado em saúde que integra a melhor evidência oriunda de estudos bem delineados e dados do cuidado do paciente e combina com as preferências e valores do paciente e a expertise clínica do profissional de saúde (MELNYK et al., 2010).

A quantidade e complexidade de informações na área da saúde e o tempo limitado dos profissionais têm determinado a necessidade do desenvolvimento de processos que proporcionem caminhos concisos até os

resultados de pesquisas; assim, os métodos de revisão são ferramentas relevantes da PBE, onde os resultados de estudos sobre um tópico são reunidos, avaliados e sintetizados (GALVÃO, 2002).

O método de revisão é conduzido fundamentado em uma questão de pesquisa construída de forma clara e guiado por métodos explícitos para identificar, organizar e sintetizar a literatura relevante, frequentemente com o propósito de contribuir para a PBE. Os métodos de revisão sustentados por padrões de rigor e replicabilidade e comumente classificados na literatura de enfermagem são: revisão sistemática, metanálise, revisão integrativa e revisão sistemática qualitativa (por exemplo, a metassíntese e a metasumário) (BIBB; WANZER, 2008).

Para a busca de estudos primários na literatura, a revisão integrativa (RI) foi selecionada, uma vez que permite resumir a literatura sobre um problema clínico ou fenômeno de interesse incorporando múltiplas perspectivas e tipos de literatura. Esse método pode combinar dados de literatura teórica, tanto quanto de literatura empírica. Assim, a elaboração de uma RI pode ter diferentes propósitos, a saber: para definir conceitos, para examinar teorias, para revisar evidências e para analisar assuntos metodológicos sobre um tópico particular (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Na elaboração de revisão integrativa, a inclusão de evidências oriundas de pesquisa qualitativa com evidências de pesquisa quantitativa promove uma amplitude maior na investigação do tópico de interesse. Os dados de pesquisa qualitativa possibilitam adicionar outra dimensão na revisão, uma vez que aumentam a compreensão de fatores que influenciam os resultados de intervenções implementadas (outcomes) e auxiliam no planejamento das recomendações para a prática. A melhor forma de incorporar evidências das duas abordagens metodológicas na revisão consiste em desafio e os métodos utilizados para alcançar essa síntese estão em estágio inicial de desenvolvimento (EVANS, 2007).

Para a condução de revisão integrativa bem delineada, o revisor deve percorrer diferentes etapas para fornecer uma síntese criteriosa do conhecimento científico já produzido sobre o tópico investigado. A elaboração da RI consiste em seis etapas, a saber: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura dos estudos primários; extração de dados dos estudos primários; avaliação dos estudos primários incluídos na revisão; análise e síntese dos resultados da revisão e apresentação da revisão integrativa (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

4.2.1 Questão norteadora da revisão integrativa

A pergunta norteadora desta revisão integrativa é “Quais são as evidências disponíveis sobre o conceito recuperação cirúrgica retardada”?

4.2.2 Busca dos estudos primários nas bases de dados

A busca dos estudos primários foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), US National Library of Medicine (PUBMED) e Excerpta Medica Database (EMBASE).

Para assegurar busca criteriosa delimitamos os descritores controlados (Medical Subject Headings, CINAHL Headings, Descritores em Ciências da Saúde e Entree) e não controlados (palavras-chave) de acordo com a base de dados (Quadro 4).

Bases de dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
PUBMED	Risk Factors Signs and Symptoms Nursing diagnosis Recovery of function Postoperative period Convalescence Scale Questionnaire	Recovery process Delayed recovery Delayed surgical recovery
CINAHL	Risk Factors Symptoms Nursing diagnosis Recovery Postoperative period Scales Questionnaires	Delayed recovery Recovery of function Delayed surgical recovery Signs Recovery process
EMBASE	Risk Factors Nursing diagnosis Postoperative period Convalescence Questionnaire	Signs Symptoms Delayed surgical recovery Delayed recovery Scale Recovery process Recovery of function
LILACS	Diagnóstico de enfermagem Convalescença Período pós-operatório Sinais e sintomas Fatores de risco Recuperação de função fisiológica Questionário Escala	Recuperação cirúrgica retardada Recuperação retardada Processo de recuperação

Quadro 4 - Bases de dados selecionadas para a busca dos estudos primários, descritores controlados e não controlados empregados

Os critérios de inclusão delimitados para os estudos primários foram: 1) artigos que abordem o conceito de recuperação cirúrgica retardada em diferentes disciplinas da saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia, dentre outras 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, estudos secundários (como revisão sistemática), carta-resposta e editoriais foram excluídos da amostra da RI.

A estratégia de busca dos estudos primários foi sistematizada, na qual os descritores controlados e não controlados delimitados foram empregados de acordo com a especificidade das bases de dados selecionadas. Tais descritores foram combinados de diferentes formas para garantir busca ampla dos estudos primários (Quadro 5).

PUBMED	EMBASE
#1 "Postoperative Period"[Mesh] #2 "Recovery of Function"[Mesh] #3 "Risk Factors"[Mesh] #4 "Signs and Symptoms"[Mesh] #5 "Convalescence"[Mesh] #6 Recovery Process #7 Delayed Surgical Recovery #8 Delayed Recovery #9 ((#6) OR #7) OR #8 #10 "Nursing Diagnosis"[Mesh] #11 scale[MeSH Terms] #12 "Questionnaires"[Mesh] #13 (#11) OR #12 #14 ((#1) AND #2) AND #3 #15 ((#1) AND #2) AND #4 #16 ((#5) AND #1) AND #3 #17 ((#5) AND #1) AND #4 #18 ((#9) AND #1) AND #3 #19 ((#9) AND #1) AND #4 #20 ((#10) AND #1) AND #2 #21 ((#1) AND #2) AND #13 #22 ((#5) AND #1) AND #13 #23 ((#9) AND #1) AND #13	#1 'postoperative period'/exp #2 'convalescence'/exp #3 'risk factor'/exp #4 signs AND symptoms #5 recovery AND process #6 delayed AND surgical AND recovery #7 delayed AND recovery #8 #5 OR #6 OR #7 #9 'nursing diagnosis'/exp #10 scale #11 'questionnaire'/exp #12 #10 OR #11 #13 #1 AND #2 AND #3 #14 #1 AND #2 AND #4 #15 #1 AND #3 AND #8 #16 #1 AND #4 AND #8 #17 #1 AND #2 AND #9 #18 #1 AND #2 AND #12 #19 #1 AND #8 AND #12
CINAHL	LILACS
S1 (MH "Postoperative Period") S2 Recovery of Function S3 (MH "Risk Factors+") S4 (MH "Symptoms") S5 Signs S6 (MH "Recovery") S7 Recovery Process S8 Delayed Surgical Recovery S9 Delayed Recovery S10 S7 or S8 or S9 S11 (MH "Nursing Diagnosis") S12 (MH "Scales") S13 (MH "Questionnaires+") S14 S12 or S13 S15 S1 and S2 and S3 S16 S1 and S2 and S4 and S5 S17 S1 and S3 and S6 S18 S1 and S4 and S5 and S6 S19 S1 and S3 and S10 S20 S1 and S4 and S5 and S10 S21 S1 and S2 and S11 S22 S1 and S2 and S14 S23 S1 and S6 and S14 S24 S1 and S10 and S14	#1 "período pos-operatório" [Descritor de assunto] AND "convalescença" [Descritor de assunto] AND "fatores de risco" [Descritor de assunto] #2 "período pos-operatório" [Descritor de assunto] AND "convalescença" [Descritor de assunto] AND "sinais e sintomas" [Descritor de assunto] #3 "recuperação de função fisiológica" [Descritor de assunto] AND "período pos-operatório" [Descritor de assunto] AND "fatores de risco" [Descritor de assunto] #4 "recuperação de função fisiológica" [Descritor de assunto] AND "período pos-operatório" [Descritor de assunto] AND "sinais e sintomas" [Descritor de assunto] #5 ("Processo de recuperação" OR "recuperação cirúrgica retardada" OR "recuperação retardada") [Palavras] AND "período pos-operatório" [Descritor de assunto] AND "fatores de risco" [Descritor de assunto] #6 ("Processo de recuperação" OR "recuperação cirúrgica retardada" OR "recuperação retardada") [Palavras] AND "período pos-operatório" [Descritor de assunto] AND "sinais e sintomas" [Descritor de assunto] #7 "diagnóstico de enfermagem" [Descritor de assunto] AND "período pos-operatório" [Descritor de assunto] AND "convalescença" [Descritor de assunto] #8 ("escalas" OR "questionário") [Descritor de assunto] AND "período pos-operatório" [Descritor de assunto] AND "convalescença" [Descritor de assunto] #9 ("escalas" OR "questionário") [Descritor de assunto] AND "recuperação de função fisiológica" [Descritor de assunto] AND "período pos-operatório" [Descritor de assunto] #10 ("processo de recuperação" OR "recuperação cirúrgica retardada" OR "recuperação retardada") [Palavras] AND "período pos-operatório" [Descritor de assunto] AND ("escalas" OR "questionário")

Quadro 5 – Estratégia de busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas

Assim, iniciou-se o processo de seleção dos estudos primários, o qual foi executado por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, sendo que os estudos potencialmente relevantes, e os que não tinham os resumos disponíveis foram obtidos na íntegra para posterior análise detalhada e delimitação da elegibilidade destes, frente à questão norteadora da revisão e os critérios de inclusão e exclusão delimitados.

4.2.3 Extração de dados dos estudos primários

Para a extração dos dados dos estudos que foram incluídos na RI utilizou-se um instrumento de coleta de dados (Apêndice A), o qual foi construído baseado nos instrumentos propostos por Ursi (2005) e na proposta de Dixon-Woods et al. (2004) para estudos qualitativos.

O instrumento contempla as seguintes partes: 1) identificação (título da publicação, título do periódico, base de dados indexada, autor principal, país, idioma, ano de publicação, e tipo de publicação); 2) objetivo e tipo de questão de pesquisa; 3) características metodológicas (delineamento do estudo, amostra, coleta de dados e análise dos dados); 4) resultados; 5) análise do conceito (atributos, eventos antecedentes, eventos consequentes, termos substitutos, conceitos relacionados, variação sociocultural e temporal e a referência do conceito); 6) conclusões (escore de Jadad e nível de evidência).

O instrumento foi submetido à validação aparente e de conteúdo, cujo objetivo consistiu na avaliação dos itens do instrumento elaborado (clareza e adequacidade) e se esses representavam o universo do conteúdo estudado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para tal, três enfermeiros/docentes foram convidados, os quais tinham titulação de doutor e experiência em enfermagem perioperatória, diagnóstico de enfermagem, análise de conceito e validação de instrumentos. As sugestões apresentadas pelos juízes foram referentes à forma de apresentação do instrumento e a inclusão de itens para o alcance dos objetivos da pesquisa, as quais foram todas acatadas pelo pesquisador.

4.2.4 Avaliação dos estudos primários selecionados

A análise do delineamento de pesquisa dos estudos primários da RI fundamentou-se nos conceitos descritos por Polit, Beck e Hungler (2004) e Grimes e Schulz (2002).

A força da evidência foi analisada de acordo com conceito recente introduzido pelos estudiosos da PBE que consiste na classificação de evidências para diferentes questões clínicas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011). Assim, dependendo da questão clínica uma determinada hierarquia de evidências deve ser adotada. 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) as evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos controlados randomizados e o nível 7 (mais fraco) evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (Quadro 6).

QUESTÃO CLÍNICA	NÍVEL	FORÇA DE EVIDÊNCIA
Intervenção ou Diagnóstico/ Teste diagnóstico	I	Evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados.
	II	Evidências derivadas de ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados.
	III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.
	IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
	V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
	VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.
	VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.
QUESTÃO CLÍNICA	NÍVEL	FORÇA DE EVIDÊNCIA
Prognóstico /Predição ou Etiologia	I	Evidências provenientes da síntese dos estudos de coorte ou caso-controle.
	II	Evidências derivadas de um único estudo de coorte ou caso-controle.
	III	Evidências decorrentes de metassíntese de estudos qualitativos ou descritivos.
	IV	Evidências procedentes de um único estudo descritivo ou qualitativo.
	V	Evidências resultantes de opinião de especialistas.

continua...

QUESTÃO CLÍNICA	NÍVEL	FORÇA DE EVIDÊNCIA
Significado	I	Evidências obtidas de metassínteses de estudos qualitativos.
	II	Evidências alcançadas a partir de um único estudo qualitativo.
	III	Evidências derivadas de sínteses de estudos descritivos.
	IV	Evidências provenientes de um único estudo descritivo
	V	Evidências oriundas de opinião de especialistas.

conclusão.

Quadro 6 – Classificação da força de evidência para diferentes questões clínicas segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2011)

Para os ensaios clínicos controlados randomizados incluídos na amostra da RI, a avaliação da qualidade metodológica do estudo foi realizada utilizando a escala de Jadad. Essa escala considera três questões referentes ao delineamento do estudo, a saber: randomização, cegamento e perdas/exclusões de sujeitos. Para cada resposta afirmativa às questões mencionadas, o avaliador atribui um ponto. Adicionalmente, mais um ponto pode ser somado ou subtraído de acordo com a descrição dos procedimentos metodológicos. A escala de Jadad possui pontuação máxima de cinco pontos (JADAD et al., 1996) (Figura 3).

Figura 3 - Escala de Jadad et al. (1996) para avaliação metodológica de ensaio clínico controlado randomizado

4.2.5 Análise e síntese dos resultados da revisão integrativa

Os estudos primários foram organizados em forma de fichário, sendo que cada disciplina que abordou o conceito de recuperação cirúrgica retardada foi representada por seu respectivo fichário, denominado por letras do alfabeto. Os estudos foram identificados pelo título da pesquisa e ano de publicação em ordem numérica crescente. Cada artigo e respectivo instrumento de coleta de dados receberam uma numeração no canto superior direito da primeira página.

A análise e síntese dos resultados da RI foi realizada na forma descritiva e apresentada em duas etapas. A primeira constitui na análise dos dados de identificação dos estudos que compõem a amostra da revisão. Para tal, adotou-se operações estatísticas simples de distribuição de frequência e porcentagem. Na segunda etapa, realizou-se a análise do conteúdo dos estudos incluídos na RI.

Para cada estudo primário incluído na RI realizou-se um resumo que fornece ao leitor uma visão sucinta do conhecimento produzido (objetivo, método, principais resultados e conclusão), as informações foram apresentadas na forma de quadros, o que possibilita ao leitor exame minucioso de todos os estudos incluídos na revisão.

A interpretação dos resultados evidenciados foi realizada de acordo com a literatura pertinente, comparando e organizando os dados conforme a linguagem apresentada na Taxonomia II da NANDA-I (2013).

4.2.6 Apresentação da revisão integrativa

A síntese do conhecimento científico sobre recuperação cirúrgica retardada proporciona análise do objeto de estudo sob a ótica de diferentes estudiosos, fornece subsídios para estabelecer o conhecimento atual sobre o fenômeno investigado, possibilita a identificação de lacunas que podem direcionar futuras pesquisas bem como, o estabelecimento de recomendações para organizar a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico fundamentada na PBE.

4.3 Atividade 3: Coleta e gerenciamento dos dados

No método evolucionário de análise de conceito, a ênfase está voltada para a descoberta por meio da abordagem indutiva, focada na identificação dos aspectos relevantes do conceito. Especificamente, o pesquisador revê a literatura para identificar dados relevantes para os atributos do conceito (uma real definição), sua característica contextual (antecedentes, consequentes, variação sociocultural e temporal), termos substitutos e conceitos relacionados, junto com os dados pertinentes as aplicações do conceito (referências).

Após a seleção da amostra, por meio da RI, cada estudo foi lido exhaustivamente para criar uma imersão na literatura, com o objetivo de buscar a identificação de dados relevantes para a análise, e obter um sentido para o uso do conceito de recuperação cirúrgica retardada. Assim, os dados foram extraídos por meio do instrumento elaborado (Apêndice A), com foco na busca do uso comum do conceito recuperação cirúrgica retardada representado por meio de palavras ou expressões e seus significados associados.

Tais dados foram organizados na forma de categorias temáticas, de acordo com cada disciplina. Os códigos (descritores) dos dados identificados foram dispostos de forma lógica e cronologicamente por ano de publicação dentro de sua categoria, conforme os mesmos foram gerados. Assim, possibilitou-se análise relevante de cada aspecto significante do conceito, permitindo uma condução separadamente da análise para cada disciplina, facilitando futuras comparações.

4.4 Atividade 4: Análise dos dados

Embora no método evolucionário de análise de conceito a coleta de dados e análise possa acontecer simultaneamente, recomenda-se que o investigador retarde a análise até próximo do final da coleta de dados. Isto pode ser útil na prevenção de encerramento prematuro e na elaboração de conclusões superficiais que não são corroboradas pelo restante dos dados. Assim, a análise de conceito deve buscar saturar as informações disponíveis na literatura, em busca das características do conceito, que devem emergir a partir dos dados, ao invés do olhar

do pesquisador para validar suas próprias ideias preconcebidas (RODGERS, 2000).

Frente ao exposto, a análise final foi realizada quando todos os dados foram coletados e organizados. Em primeiro momento realizou-se análise separadamente dos dados de cada disciplina da área da saúde que fazem uso do conceito investigado. A seguir, os dados e os resultados foram analisados para examinar as áreas de concordância e discordância entre as disciplinas, e avaliar o desenvolvimento conceitual.

Nesse estudo a análise foi realizada de forma indutiva temática, similar à análise de conteúdo. Portanto, o pesquisador executou um processo de organização e reorganização continuamente de pontos similares encontrados na literatura, até um sistema de descritores coesivo, compreensivo e relevante ser gerado. Ou seja, identificaram-se os descritores ou palavras e seus significados associados utilizados para articular ou descrever o conceito de recuperação cirúrgica retardada, em cada disciplina. A frequência de ocorrência de cada descritor e significado associado foram determinados para identificar os mais comumente utilizados para descrever o conceito e consequente semelhança e discrepância entre as informações encontradas em cada disciplina examinada.

Em seguida, categorias temáticas foram estabelecidas derivadas dos descritores principais e significados associados, por meio da avaliação, interpretação da relação de compatibilidade, similaridade entre o uso (frequência) e significado dos descritores principais, permitindo identificar os qualificadores de cada descritor chave.

Um mapeamento foi realizado dos subdescritores articulados nos estudos primários referentes aos temas, para gerar uma definição para cada tema, e fundamentar uma definição para o conceito e consequente identificação dos atributos da recuperação cirúrgica retardada, bem como para identificar os antecedentes e consequentes. Com a identificação dos componentes do conceito, a próxima ação foi a identificação dos termos substitutos, conceitos relacionados, variações contextuais e referências do conceito.

Essa forma possibilitou o entendimento e clareza necessários para adequada utilização do conceito, bem como definições, organizações, padronização e comparações de termos, visando à uniformização da comunicação em enfermagem, para que os profissionais reconheçam, identifiquem e compreendam com precisão o fenômeno apresentado pelos pacientes sob diferentes condições.

4.5 Atividade 5: Identificação de um exemplo do conceito

Essa abordagem de análise de conceito foca sobre a coleta e análise de dados brutos e não na construção de “casos”, como é defendido em outras abordagens como a de Walker e Avant (2005). Portanto, os exemplos devem ser identificados ao invés de construídos pelo investigador. A identificação de exemplos é uma parte comum e útil dessa abordagem, cujo propósito é fornecer uma ilustração prática das características do conceito em um determinado contexto, resultando em realce da clareza e efetiva aplicação do conceito. No entanto, em algumas situações, o analista pode precisar acessar literatura adicional ou realizar observações de campo ou entrevistas para identificar um exemplo claro do conceito (RODGERS, 2000).

A identificação de um exemplo da recuperação cirúrgica retardada que permita evidenciar suas instâncias, tais como os atributos essenciais, antecedentes, consequentes, termos substitutos, conceitos relacionados e variações contextuais, possibilita que o conceito seja corroborado por meio de um exemplo prático da sua existência no mundo real.

Rodgers (2000) ressalta que tal exemplo não é um exemplo ideal do conceito, mas ilustração da aplicação do conceito dentro de contexto específico. A identificação de um exemplo pode não ser possível, e isto, segundo o estudioso não é limitação do estudo, mas revela informações importantes sobre o estado de desenvolvimento e aplicação do conceito. Assim, o pesquisador deve ser cauteloso na apresentação de exemplo, para evitar o encerramento prematuro da investigação, dando a impressão de que o conceito é mais claro, melhor desenvolvido ou mais útil do que ele realmente é no estado atual.

Frente ao exposto, não foi detectado na literatura investigada, um exemplo prático capaz de englobar com profundidade os significados inerentes às complexas experiências humanas relacionadas à recuperação cirúrgica retardada. Assim, pode-se inferir a necessidade de conduzir pesquisas para explorar o conceito recuperação cirúrgica retardada em diferentes contextos, que poderá permitir a criação de exemplo apropriado e prático do conceito.

4.6 Atividade 6: Implicações para o desenvolvimento futuro do conceito

A atividade final do método evolucionário para a análise de conceito de Rodgers (2000) proporciona reflexão concernente às implicações dos resultados derivados da análise para o desenvolvimento futuro do conceito. Essa abordagem de análise de conceito não se destina a fornecer a "resposta definitiva" para as questões sobre a recuperação cirúrgica retardada, em contrapartida, busca clarificar o estado atual do conceito frente sua evolução por meio das mudanças no universo do conhecimento. Portanto, um dos resultados mais significativos deste modelo de análise é a capacidade de criar "quadro conceitual sólido" e direção para pesquisas futuras por meio de hipóteses que podem derivar da análise, e fomentar investigações com diferentes delineamentos de pesquisa em áreas do conhecimento que necessitam ser refinadas.

Portanto, a análise do conceito estudado contribui para o avanço do conhecimento de enfermagem por meio de rigoroso processo de investigação. Os resultados, ao invés de um fim, podem servir como ponto de partida, ao gerar não apenas definições plausíveis para a elaboração de questões de pesquisa claras, como também o levantamento de hipóteses para futuras investigações. Assim, os resultados são consistentes com a ideia de um ciclo de desenvolvimento que serve como uma heurística, fornecendo a necessária clareza que pode criar fundamentos que impulsionarão evoluções futuras, tanto na prática, teoria quanto na pesquisa.

5. RESULTADOS

5.1 Resultados da Atividade 2: Seleção do campo e amostra

5.1.1 Descrição da amostra dos estudos primários incluídos na revisão integrativa

A busca nas bases de dados (PUBMED, EMBASE, CINAHL e LILACS) indicou 1.155 estudos primários potencialmente elegíveis (figura 4). Destes, 103 eram estudos secundários, 809 não contemplavam os critérios de inclusão e exclusão delimitados na RI, 136 estudos duplicados dentro das bases e 14 entre as bases de dados, portanto, selecionou-se 93 estudos primários potencialmente relevantes, os quais foram lidos na íntegra. Destes estudos, 27 não contemplavam os critérios de inclusão estabelecidos previamente (estudos primários que abordavam o conceito de recuperação cirúrgica retardada em diferentes disciplinas da área da saúde; pesquisas desenvolvidas em seres humanos; artigos em inglês, espanhol e português), resultando assim, em amostra final de 66 estudos primários.

Figura 4 – Diagrama do fluxo de estudos primários identificados e selecionados para inclusão na revisão integrativa

Do total de 66 estudos primários que atenderam os critérios de inclusão e exclusão da RI, todos foram publicados em periódicos no período de 1995 a 2012. A produção científica sobre o processo de recuperação cirúrgica retardada é multidisciplinar, surge a partir de 1995 e cresce com o passar dos anos, especialmente na área médica, categoria profissional que mais publicou sobre a temática (41 artigos) e discretamente na enfermagem (14 artigos), seguida pela psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia, respectivamente (Gráfico 1). Tal crescimento na produção científica pode ter ocorrido devido à preocupação maior dos profissionais de saúde sobre a compreensão do processo de recuperação cirúrgica e as implicações para o paciente cirúrgico.

Gráfico 1 - Produção científica sobre recuperação cirúrgica retardada segundo ano de publicação e categoria profissional na saúde

Dentre os autores de estudos primários incluídos na amostra da RI, as áreas de atuação do autor principal (primeiro autor), que mais se destacaram foram os anestesistas que representam 18%, e cirurgiões com 15% dos estudos (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos estudos primários segundo área de atuação do autor principal

Em relação aos estudos primários (14 artigos) publicados por enfermeiros, as áreas de atuações predominantes foram em reabilitação (29%), seguida por geriatria (14%) e perioperatório (14%).

Com relação aos países de origem dos autores principais (primeiro autor) dos estudos, identificou-se 19 países de diferentes continentes, no entanto, houve predomínio dos Estados Unidos da América (EUA) (33%), seguido pela Suécia (9%). Dentre as instituições de atuação desses pesquisadores, 70% eram vinculados a universidades (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos estudos primários segundo o país de origem do autor principal e instituição de vinculação

Os 66 estudos primários incluídos na RI foram publicados em 53 periódicos, sendo que houve predomínio dos periódicos dos EUA (48%) e Inglaterra (18%). O inglês foi o idioma de publicação quase na totalidade dos estudos (98%). O *Circulation* foi o periódico com maior fator de impacto (14.739); entretanto, os periódicos *Anesthesia and Analgesia*, o *Anesthesiology* e o *The Journal of Bone and Joint Surgery* foram os que mais contribuíram com estudos primários para a presente RI (Quadro 7).

Periódico Médico	Idioma	País de origem	N	Fator de impacto
Acta Anaesthesiologica Scandinavica	Inglês	Inglaterra	2	2.188
Anaesthesia	Inglês	Inglaterra	1	2.958
Anesthesia and Analgesia	Inglês	EUA	3	3.286
Anesthesiology	Inglês	EUA	3	5.359
Annals of Surgery	Inglês	EUA	1	7.492
Annals of Vascular Surgery	Inglês	EUA	1	1.035
Asian Cardiovascular and Thoracic Annals	Inglês	EUA	1	-
BioMed Central Surgery	Inglês	Inglaterra	1	1.333
Canadian Journal of Surgery	Inglês	Canadá	1	1.054
Cardiovascular Revascularization Medicine	Inglês	EUA	1	-
Chest	Inglês	EUA	1	5.250
Circulation	Inglês	EUA	1	14.739
Colorectal Disease	Inglês	Inglaterra	1	2.580
Diseases of the Colon and Rectum	Inglês	EUA	1	3.132
European Journal of Cardio-thoracic Surgery	Inglês	Alemanha	1	2.550
European Journal of Surgical Oncology	Inglês	Inglaterra	1	2.499
European Spine Journal	Inglês	Alemanha	1	1.965
Gastrointestinal Cancer Research	Inglês	EUA	1	-
Heart and Vessels	Inglês	Japão	1	2.047
Iatreia	Espanhol	Colômbia	1	-
Journal of Behavioral Medicine	Inglês	EUA	1	-
Journal of Endovascular Therapy	Inglês	EUA	2	2.856
Journal of Evaluation in Clinical Practice	Inglês	Inglaterra	2	1.229
Journal of Gastrointestinal Surgery	Inglês	EUA	1	2.826
Journal of Surgical Oncology	Inglês	EUA	1	2.100
Journal of the American College of Surgeons	Inglês	EUA	1	4.549
Neurosurg Focus	Inglês	EUA	1	2.867
Nordic Journal of Psychiatry	Inglês	Inglaterra	1	0.983
Obesity Surgery	Inglês	EUA	1	3.286
Obstetrics and gynecology	Inglês	EUA	1	4.730
Pain	Inglês	Holanda	1	5.777
Pain Medicine	Inglês	EUA	1	2.346
Regional Anesthesia and Pain Medicine	Inglês	EUA	1	4.079
Scandinavian Journal of Gastroenterology	Inglês	Inglaterra	1	2.019
Surgery	Inglês	EUA	2	3.103
Techniques in Coloproctology	Inglês	Itália	1	1.288
The American Journal of Cardiology	Inglês	EUA	1	3.368
The Annals of Thoracic Surgery	Inglês	Holanda	1	3.741
The British Journal of Surgery	Inglês	Inglaterra	2	4.606
The Journal of Bone and Joint Surgery	Inglês	Inglaterra	3	2.832
The Journal of Surgical Research	Inglês	EUA	1	2.247
The Journal of Urology	Inglês	EUA	1	3.746
Periódico de Enfermagem	Idioma	País de origem	N	Fator de impacto
BioMed Central Nursing	Inglês	Inglaterra	1	-
Heart Lung	Inglês	EUA	1	1.318
Journal of Clinical Nursing	Inglês	Inglaterra	2	1.118
Journal of Perianesthesia Nursing	Inglês	EUA	1	0.714
Medsurg Nursing	Inglês	EUA	1	-
Nursing Research	Inglês	EUA	1	1.402
Orthopedic Nursing	Inglês	EUA	1	0.471
Research in Nursing and Health	Inglês	EUA	1	1.708
The Open Nursing Journal	Inglês	Holanda	1	-

continua...

Periódico de Odontologia	Idioma	País de origem	N	Fator de impacto
American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics	Inglês	EUA	1	1.381
Journal of Oral and Maxillofacial Surgery	Inglês	EUA	2	1.640

conclusão.

Quadro 7 – Distribuição dos estudos primários segundo tipo e nome dos periódicos, idioma, país de origem e fator de impacto

Na condução dos estudos primários, os autores adotaram diferentes delineamentos de pesquisa para investigar aspectos relacionados à recuperação cirúrgica. Para responder as questões clínicas direcionadas a Intervenção ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico, identificou-se seis estudos com delineamentos que investigaram as relações de causa e efeito. Já para as questões de Prognóstico/Predição ou Etiologia, 53 estudos estimaram o andamento clínico de pacientes cirúrgicos e a possibilidade de certo resultado ocorrer ou não. Apenas um estudo primário foi conduzido na abordagem metodológica qualitativa para investigar questão de significado (Quadro 8). Além disso, incluiu-se seis estudos do tipo pesquisa metodológica, ou seja, estudos para construção e validação de instrumento de medida direcionado para mensurar a recuperação cirúrgica.

QUESTÃO CLÍNICA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	N	Escore de Jada				
Intervenção ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico	I - Revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados.		1	2	3	4	5
	II - Ensaios clínicos randomizados controlados.	5	1	2	1		1
	III - Ensaios clínicos bem delineados sem randomização.	1					
	IV - Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.						
	V - Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.						
	VI - Estudo descritivo ou qualitativo.						
	VII - Opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.						
QUESTÃO CLÍNICA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA						N
Prognóstico/Predição ou Etiologia	I - Síntese dos estudos de coorte ou caso-controle.						
	II - Estudo de coorte ou caso-controle.						14
	III - Metassíntese de estudos qualitativos ou descritivos.						
	IV - Estudo descritivo ou qualitativo						39
	V - Opinião de especialistas						
QUESTÃO CLÍNICA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA						N
Significado	I - Síntese dos estudos de coorte ou caso-controle.						
	II - Estudo de coorte ou caso-controle.						
	III - Metassíntese de estudos qualitativos ou descritivos.						
	IV - Estudo descritivo ou qualitativo.						1
	V - Opinião de especialistas.						

Quadro 8 – Distribuição dos estudos primários segundo tipo de questão clínica, delineamento de pesquisa, nível de evidência e escore de Jada

A produção científica sobre o processo de recuperação cirúrgica retardada é multidisciplinar, portanto, a seguir apresenta-se em ordem cronológica, segundo as disciplinas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fonoaudiologia e fisioterapia) que fizeram uso do conceito, a síntese dos estudos primários incluídos na amostra da RI (Quadros 9-74), visando proporcionar ao leitor o escopo do conhecimento produzido sobre o tópico de interesse.

5.1.2 Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa

5.1.2.1 Síntese dos estudos primários conduzidos por médico (primeiro autor)

CHUNG, F. Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. Anesthesia and Analgesia , v. 80, n. 5, p. 896-902, 1995.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Identificar o modelo de prontidão para a alta hospitalar, os sintomas persistentes após a cirurgia, e os fatores que retardam a alta hospitalar.
Método	Estudo observacional descritivo com a participação de 500 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Os sujeitos foram avaliados pelo mesmo investigador usando o Post-anesthetic Discharge Scoring System (PADSS), a cada 30 minutos, com início 30 minutos após a cirurgia, até que o escore do PADSS fosse > 9. O mesmo investigador contatou cada paciente 24 h após a alta, e aplicou o instrumento padronizado para que as complicações e sintomas no pós-operatório fossem identificados.
Resultados	Os sintomas persistentes que postergaram a alta ocorreram em 4,4% dos pacientes. Estes consistiam principalmente de dor persistente, náuseas, vômitos, sangramento, hipotensão, marcha instável, e a micção retardada. O desenvolvimento destes sintomas foi associado com o tipo de cirurgia e a duração da anestesia (em média 68min). O tempo para a alta hospitalar foi 2,5 vezes maior e a frequência de sintomas no período de 24 horas de pós-operatório foi duas a oito vezes maior no grupo que apresentou sintomas persistentes na unidade de cirurgia ambulatorial.
Conclusões	O tempo para o paciente receber alta foi associado com o tipo de cirurgia e a duração da anestesia. Os pacientes com sintomas persistentes no ambulatório cirúrgico tiveram estadia prolongada na unidade, esse resultado foi relacionado significativamente com aumento dos sintomas por 24 h de pós-operatório.

Quadro 9 – Síntese do estudo primário de Chung (1995), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

PAVLIN, D. J. et al. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. Anesth Analg , v. 95, n. 3, p. 627-34, 2002.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Determinar a intensidade da dor, o uso de analgésicos e a relação da dor e terapia de analgésico sobre o tempo de recuperação antes da alta hospitalar.
Método	Estudo observacional descritivo prospectivo de pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial. A amostra foi composta por 175 pacientes submetidos aos seguintes tipos de cirurgia: artroscopia do joelho; correção de hérnia; laparoscopia pélvica; cirurgia uterina transvaginal; cirurgia de mama (biópsias, mastectomia parcial ou total) e cirurgia plástica. A análise de regressão multivariada foi utilizada para determinar as contribuições únicas de variáveis de predição para os resultados.
Resultados	Os fatores preditores do retardo da recuperação cirúrgica foram dor, náuseas, vômito e sonolência. A intensidade da dor foi influenciada pelo tipo de cirurgia. Já o aumento da dose de fentanil no período intraoperatório foi preditivo de aumento da frequência de náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) e recuperação cirúrgica mais prolongada.
Conclusões	Dor após a cirurgia (escore ≥ 7 em uma escala de 10 pontos) foi relatada por 24% dos pacientes. Melhorias na terapia da dor são necessárias para melhorar o conforto do paciente e para acelerar a recuperação.

Quadro 10 – Síntese do estudo primário de Pavlin et al. (2002), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.

DECHERNEY, A. H. et al. Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. Obstet Gynecol , v. 99, n. 1, p. 51-7, 2002.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Avaliar, do ponto de vista do paciente, a prevalência e o impacto da fadiga no pós-operatório de histerectomia e aumentar a compreensão da comunicação médico-paciente, antes e após a cirurgia em relação à recuperação e fadiga no pós-operatório.
Método	Pesquisa quantitativa descritiva, a amostra foi de 300 pacientes que realizaram procedimentos de histerectomia ou miomectomia nos últimos dois anos. Os pacientes foram entrevistados e questionados quanto à sua história médica, (por exemplo, sintomas prévios, a razão para histerectomia, tipo de histerectomia), bem como o perfil de recuperação global relativa ao tipo, gravidade e duração da fadiga.
Resultados	A fadiga moderada a grave foi experimentada por 74% dos pacientes durante as primeiras semanas, com duração média de 6 meses. A dor foi evidenciada em 63% dos pacientes. Tais sintomas afetaram a habilidade para completarem atividades diárias em 37% dos pacientes, o que contribuiu com mudanças no estado emocional e manifestação de sentimentos de depressão (37%), frustração (52%) e dificuldade de concentração (42%). Dentre os sujeitos empregados (n=220) no momento da cirurgia, 36% (n=79) relataram perda de salário, como resultado da extensão do tempo de recuperação cirúrgica, e perda em média de 5,8 semanas de trabalho no período pós-operatório. A assistência de cuidador foi requerida por 69% (n=286) dos pacientes por duas ou mais semanas.
Conclusões	A fadiga é um sintoma prevalente após cirurgia de histerectomia e miomectomia e, tem efeitos negativos relevantes (físicos, psicossociais e econômicos) sobre os pacientes durante a recuperação. Portanto, a fadiga está associada a período de recuperação cirúrgica mais prolongado e consequente impacto negativo sobre os resultados cirúrgicos.

Quadro 11 – Síntese do estudo primário de Decherney et al. (2002), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

HIROSE, H.; AMANO, A.; TAKAHASHI, A. On-pump versus off-pump coronary artery bypass using quadruple arterial grafts. Asian Cardiovascular and Thoracic Annals , v. 10, n. 2, p. 101-106, 2002.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Verificar a validade e eficácia da cirurgia de revascularização do miocárdio com quádrupla derivação arterial, sem circulação extracorpórea em comparação com a cirurgia convencional com circulação extracorpórea (CEC).
Método	Em estudo de coorte foram analisados retrospectivamente, 78 pacientes submetidos à revascularização do miocárdio com quatro derivações arteriais. Os pacientes foram divididos em dois grupos: o grupo submetido à cirurgia convencional com circulação extracorpórea (n=51) e o grupo sem circulação extracorpórea (n=27). Os dados foram coletados dos registros médicos.
Resultados	A recuperação cirúrgica foi significativamente mais rápida no grupo sem CEC em comparação com o grupo que utilizou a CEC (tempo de intubação: 6,4 horas versus 16 horas; permanência na unidade de terapia intensiva: 2 dias e 3 dias e internação pós-operatória: 12,3 dias versus 15,8 dias, respectivamente). Não houve eventos cardíacos tardios no grupo sem circulação extracorpórea, enquanto que ocorreram quatro no grupo que fez uso da circulação extracorpórea.
Conclusões	A cirurgia de revascularização do miocárdio com quatro derivações arteriais, sem circulação extracorpórea é segura e permite recuperação mais rápida.

Quadro 12 – Síntese do estudo primário de Hirose, Amano e Takahashi (2002), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

PIERSON, L. M. et al. Recovery of self-reported functional capacity after coronary artery bypass surgery. CHEST , v. 123, n. 5, p. 1367-1374, 2003.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/ Intervenção	Determinar os efeitos da idade, sexo, comorbidades e exercício na recuperação da capacidade funcional após cirurgia coronária, e identificar preditores de um ano de capacidade funcional.
Método	Estudo de coorte prospectivo que envolveu pacientes (n= 198) submetidos pela primeira vez à cirurgia de revascularização do miocárdio. Os pacientes foram classificados em grupos com base em sexo, idade, comorbidades e exercício pós-operatório. Os pacientes foram classificados em três categorias etárias: jovem (<60 anos, n= 74), meia-idade (60 a 69 anos, n=73) e idade avançada (≥70 anos, n=51). A capacidade funcional por auto-relato foi avaliada antes da cirurgia, três meses e um ano de pós-operatório usando o Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ). Os pacientes foram contatados por telefone no período de três meses e um ano de pós-operatório para recolher informações sobre as complicações ou eventos que influenciaram na convalescença.
Resultados	Os resultados evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre o tempo de recuperação cirúrgica e a idade do paciente, sendo a recuperação cirúrgica mais prolongada para os pacientes mais velhos (≥70) em comparação com pacientes mais jovens (<60 anos). Os pacientes com comorbidade também apresentaram capacidade física menor no processo de recuperação do que os sem comorbidade. A presença de complicação após a cirurgia ocorreu em 56% dos pacientes, tais como: reoperação, infecção profunda do esterno, acidente vascular cerebral permanente, ventilação mecânica >1 dia, falha renal exigindo diálise, arritmia com necessidade de tratamento (incluindo a fibrilação atrial), insuficiência de múltiplos órgãos e readmissão no hospital dentro de 30 dias. Os preditores da capacidade funcional dentro de um ano foram a pontuação VSAQ no ano anterior à cirurgia e o desempenho de exercícios aeróbicos regulares no período pós-operatório.
Conclusões	O estudo sugere que, o tempo de recuperação é mais prolongado para os pacientes mais velhos do que para os pacientes mais jovens. A capacidade funcional no ano anterior à cirurgia e exercício pós-operatório são preditores chave para o primeiro ano de capacidade funcional.

Quadro 13 – Síntese do estudo primário de Pierson et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

JÄRVINEN, O. et al. Changes in health-related quality of life and functional capacity following coronary artery bypass graft surgery. Eur J Cardiothorac Surg , v. 24, n. 5, p. 750-6, 2003.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Investigar as mudanças relacionadas à saúde, qualidade de vida, desempenho global e estado sintomático durante um ano após a cirurgia de revascularização do miocárdio (RM).
Método	Estudo de corte composto por 508 pacientes submetidos à RM, dados abrangentes sobre os pacientes, incluindo fatores de risco pré-operatórios e morbidade pós-operatória foram coletados. O RAND-36, Health Survey (RAND-36) foi utilizado como indicador da qualidade de vida (QV), e o escore de Karnofsky em relação à categoria de dependência para avaliar o estado de desempenho global e o estado sintomático foi estimado de acordo com a classe da New York Heart Association (NYHA). Todas as avaliações foram feitas no pré-operatório e repetida 12 meses após a cirurgia.
Resultados	No geral, os resultados mostraram melhoria significativa em todos os oito domínios de QV, bem como na capacidade funcional e classificação da NYHA durante o primeiro ano após a cirurgia de RM. Entretanto, os pacientes idosos com 75 anos ou mais apresentaram melhora na qualidade de vida e capacidade funcional significativamente menor em comparação com pacientes mais jovens.
Conclusões	Os pacientes idosos não só têm maior mortalidade e morbidade, mas também se beneficiam menos da revascularização do miocárdio sobre os aspectos da QV.

Quadro 14 – Síntese do estudo primário de Järvinen et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ARKO, F. R. et al. Early and late functional outcome assessments following endovascular and open aneurysm repair. Journal of Endovascular Therapy , v. 10, n. 1, p. 2-9, 2003.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Comparar os resultados funcionais precoces e tardios, bem como a sobrevida e recuperação, após correção cirúrgica endovascular ou aberta de aneurisma de aorta abdominal (AAA).
Método	Estudo de coorte com 294 pacientes submetidos à correção de AAA (141 procedimentos abertos e 153 endovascular); 57 pacientes de cada grupo foram acompanhados por 12 meses para avaliação do resultado funcional. A recuperação foi mensurada como tempo de permanência hospitalar, requisito de assistência de enfermagem especializada e reinternação hospitalar dentro de um ano, para determinar a utilização cumulativa do hospital. Resultado funcional precoce (<6 meses) foi mensurado pelo nível de atividade e dias de convalescença após a cirurgia.
Resultados	A mortalidade operatória para o reparo cirúrgico aberto foi de 3,5% em comparação com a mortalidade (0,6%), após procedimento endovascular. O grupo endovascular apresentou tempo médio de internação menor (2,8 dias versus 8,3 dias) e necessidade menor de cuidados de enfermagem especializada (0% versus 26%). A utilização hospitalar acumulada em 12 meses foi de 3,8 dias para os pacientes submetidos ao procedimento endovascular e 13,8 dias para o reparo aberto. O tempo de recuperação foi de 99,3 dias para o grupo tratado com cirurgia aberta, e 32,1 dias no grupo de enxerto de stent (cirurgia endovascular). O nível de atividade diminuiu em 13 pacientes (23%) submetidos à cirurgia aberta e três (5%) após a cirurgia endovascular.
Conclusões	A sobrevida periprocedimento após reparação de aneurisma melhorou com a cirurgia de enxerto endovascular em comparação com a cirurgia aberta, e a recuperação foi mais rápida, com redução de 78% nos dias hospitalares totais, com resultados funcionais melhores.

Quadro 15 – Síntese do estudo primário de Arko et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

PERRY, K. T. et al. Quality of life, pain and return to normal activities following laparoscopic donor nephrectomy versus open mini-incision donor nephrectomy. Journal of Urology , v. 169, n. 6, p. 2018-2021, 2003.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/ Intervenção	Avaliar a dor, a convalescença e a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes doadores submetidos à nefrectomia laparoscópica e mini-incisão aberta.
Método	Estudo de coorte cujos autores compararam os registros de pacientes doadores submetidos à nefrectomia laparoscópica (n=40) com os que submeteram a nefrectomia por mini-incisão aberta (n= 60). Os dados foram extraídos de uma base de dados, retrospectivamente e utilizando dois instrumentos. O primeiro avaliou a dor pós-operatória, tempo de retorno as funções da vida diária e satisfação. O segundo aplicado foi o RAND 36-Item Health Survey (qualidade de vida).
Resultados	No grupo de pacientes submetidos à cirurgia por via laparoscópica a dor foi significativamente inferior do que no grupo de pacientes por mini-incisão aberta. A cirurgia por laparoscopia proporcionou de forma significativa a recuperação mais rápida em certas categorias, incluindo caminhada, interrupção de analgésicos orais prescritos, retornar a dirigir, ao trabalho normal e atividades domésticas diárias. Os resultados referentes a aplicação do RAND 36-Item Health Survey evidenciaram que a qualidade de vida relacionada à saúde foi maior no grupo de pacientes submetidos à cirurgia por via laparoscópica em três domínios, a saber: dor corporal, funcionamento físico e o funcionamento emocional.
Conclusões	O grupo de pacientes submetidos à cirurgia por via laparoscópica teve menos dor no pós-operatório e necessitou de tempo menor para retornar as atividades funcionais normais, quando comparado ao grupo de pacientes por mini-incisão aberta. Além disso, o grupo de cirurgia por laparoscópica apresentou significativamente escore maior de qualidade de vida em três domínios quando comparado ao grupo de cirurgia por mini-incisão aberta.

Quadro 16 – Síntese do estudo primário de Perry et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

WANG, M. Y. et al. Complications associated with lumbar stenosis surgery in patients older than 75 years of age. Neurosurgical focus , v. 14, n. 2, p. 1-4, 2003.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Objetivo/Intervenção	Avaliar os fatores que podem ser preditivos de complicações sistêmicas e da ferida cirúrgica decorrente da cirurgia de estenose espinal no subgrupo de pacientes idosos.
Método	Estudo observacional descritivo, no qual os autores analisaram retrospectivamente os registros de pacientes com idade ≥ 75 anos submetidos à cirurgia de estenose lombar. No total, 88 casos foram identificados no período de oito anos (1994 a 2001). As doenças pré-existentes foram analisadas com o uso do Charlson Weighted Comorbidity Index, e a função ambulatorial foi avaliada por meio de escala de quatro pontos (4 independente ambulatorial; 3 necessita de bengala; 2 necessita de andador; e 1 requer auxílio de cadeira de rodas).
Resultados	O período de acompanhamento foi em média 21 meses. As complicações na ferida operatória foram constatadas em 24 pacientes e as complicações sistêmicas (infarto do miocárdio, confusão transitória, aparecimento de arritmia, trombose venosa profunda, cegueira por embolia carótida, hiponatremia, hipotensão grave, insuficiência renal transitória, exacerbação da insuficiência cardíaca congestiva, hiperglicemia grave por diabetes mellitus descontrolada, atelectasia grave necessitando reintubação, reação do antibiótico) em 16 pacientes. O tempo de cirurgia e o número de comorbidades foram associados de forma significativa as complicações tanto sistêmicas, quanto da ferida operatória.
Conclusões	A cirurgia de estenose lombar em pacientes com idade ≥ 75 anos pode ser realizada com segurança e com taxas de desfechos semelhantes quando realizada em pacientes mais jovens. A pontuação do Charlson Weighted Comorbidity Index e o tempo de cirurgia foram preditivos de risco de complicações.

Quadro 17 – Síntese do estudo primário de Wang et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

KABON, B. et al. Obesity decreases perioperative tissue oxygenation. <i>Anesthesiology</i> , v. 100, n. 2, p. 274-280, 2004.		
Estudo de Intervenção		Nível de evidência = II
		Escore de Jadad = 2
Objetivo/ Intervenção	Verificar se a pressão parcial de oxigênio tecidual perioperatório é reduzida em pacientes cirúrgicos obesos, e comparar o efeito da administração de oxigênio suplementar sobre a oxigenação tecidual em obesos e não obesos.	
Método	Ensaio clínico controlado randomizado com a participação de 46 pacientes submetidos à cirurgia abdominal de grande porte (cirurgia de derivação gástrica, cirurgia colorretal e gastrectomia), os quais foram alocados em um dos dois grupos, de acordo com seu índice de massa corporal (IMC): IMC <30 kg/m ² (não obesos) e IMC ≥ 30 kg / m ² (obesidade). No período intraoperatório, a administração de oxigênio foi ajustada para as pressões parciais de oxigênio arterial de cerca de 150 mm Hg e de 300 mmHg. A pressão parcial de oxigênio do tecido subcutâneo foi medida com um eletrodo polarográfico, posicionado dentro de um tonômetro subcutâneo na face lateral do membro superior esquerdo, durante a cirurgia, na sala de recuperação e, no primeiro dia pós-operatório.	
Resultados	No período intraoperatório, a pressão parcial de oxigênio no tecido subcutâneo foi significativamente menor nos pacientes obesos no início do estudo (36 mmHg vs. 57 mmHg), e com a administração de oxigênio suplementar (47 mmHg vs. 76 mmHg). No pós-operatório imediato, a pressão parcial de oxigênio também foi significativamente menor no tecido subcutâneo do membro superior esquerdo (43 mmHg vs. 54 mmHg), bem como próximo da incisão (42 mmHg vs. 62 mmHg) em pacientes obesos. Tais níveis de hipóxia apresentados pelos pacientes obesos se associaram ao aumento substancial no risco de infecção.	
Conclusões	A hipóxia tecidual e da ferida operatória foram comuns em pacientes obesos no período perioperatório e mais pronunciada durante a cirurgia. Mesmo com o fornecimento de oxigênio suplementar ao tecido, a pressão parcial de oxigênio em pacientes obesos foi reduzida para níveis que estão associados com o aumento substancial no risco de infecção.	

Quadro 18 – Síntese do estudo primário de Kabon et al. (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad

PRINSSSEN, M. et al. Sexual dysfunction after conventional and endovascular AAA repair: results of the DREAM Trial. Journal of Endovascular Therapy , v. 11, n. 6, p. 613-620, 2004.		
Estudo de Intervenção		Nível de evidência = II
		Escore de Jadad = 1
Objetivo/Intervenção	Avaliar a função sexual no primeiro ano pós-operatório de cirurgia de aneurisma endovascular eletiva (EVAR) e reparo aberto (OR) de aneurisma de aorta abdominal (AAA).	
Método	Ensaio clínico randomizado controlado com amostra de 153 pacientes alocados aleatoriamente para EVAR (n= 77) ou (OR) (n= 76). O funcionamento sexual foi avaliado no pré-operatório e pelo menos cinco vezes durante o primeiro ano pós-operatório (3, 6, 13, 26, e 52 semanas), utilizando um questionário derivado do Medical Outcomes Study. A proporção de pacientes que relataram disfunção sexual para qualquer um dos cinco aspectos (interesse, prazer, engajamento, orgasmo, ereção) e qualquer aumento na magnitude da disfunção foi comparado entre os procedimentos cirúrgicos.	
Resultados	No pré-operatório, a porcentagem de pacientes que relataram disfunção sexual em pelo menos um aspecto foi de 66% no grupo OR e 74% no grupo EVAR. A disfunção sexual em pelo menos um aspecto aumentou para 79% no grupo OR e 82% no grupo EVAR, após a cirurgia. A magnitude da disfunção sexual aumentou em ambos os grupos, em todos os cinco aspectos em 3 semanas após a cirurgia, mas foi mais pronunciada no grupo OR. Em 6 semanas, o grupo OR ainda relatou aumento significativo de disfunção em três aspectos (prazer, engajamento e orgasmo), enquanto o grupo EVAR não apresentou diferença estatisticamente significativa.	
Conclusões	A cirurgia de aneurisma endovascular eletiva (EVAR) e reparo aberto (OR) de aneurisma de aorta abdominal (AAA), ambas têm impacto sobre a função sexual no início do período pós-operatório. A recuperação da função sexual para níveis pré-operatórios foi mais rápida para os pacientes do grupo EVAR do que para os pacientes submetidos ao reparo aberto.	

Quadro 19 – Síntese do estudo primário de Prinssen et al. (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad

LAWRENCE, V. A. et al. Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. Journal of the American College of Surgeons , v. 199, n. 5, p. 762-772, 2004.		
Estudo de Prognóstico/Predição		Nível de evidência = IV
Objetivo/Intervenção	Descrever o curso clínico e preditores de recuperação a longo prazo para os níveis pré-operatórios de independência funcional em pacientes idosos após cirurgias abdominais eletivas de grande porte, usando tanto o autorrelato como o desempenho baseado em instrumentos.	
Método	Estudo observacional descritivo com 372 pacientes (≥60 anos de idade) submetidos à cirurgia abdominal de grande porte. Os sujeitos foram avaliados no pré-operatório, 1, 3 e 6 semanas, e 3 e 6 meses de pós-operatório. Na coleta de dados utilizou-se instrumentos de autorrelato e mensurações baseadas em desempenho (Activities of Daily Living [ADL], Instrumental Activities of Daily Living [IADL], Medical Outcomes Study Short Form 36, Physical Component and Mental Component Scales [PCS, MCS], Geriatric Depression Scale [GDS], Folstein Mini-Mental State Exam [MMSE] tempo de caminhada, alcance funcional, força de aperto de mão).	

continua...

Resultados	A força média de preensão na mão dos participantes da pesquisa não voltou ao estado pré-operatório durante o período de 6 meses. A frequência de incapacidade persistente em 6 meses, em comparação com o estado pré-operatório, foi: ADL- 9%; IADL-19%; PCS-16%; escala componente mental-17%; tempo de caminhada- 39%; alcance funcional-58% e força de preensão na mão-52%. Os preditores independentes potencialmente modificáveis de recuperação da ADL e IADL foram: condicionamento físico pré-operatório, depressão e graves complicações pós-operatórias (incluído infarto do miocárdio, arritmia que exige intervenção, pneumonia, insuficiência respiratória, delírio pós-operatório, sangramento exigindo transfusão, tromboembolismo venoso, septicemia, infecção da ferida com uso de antibióticos, abscesso na ferida, deiscência da ferida, e segunda operação por complicações cirúrgica).
Conclusões	O curso clínico da recuperação funcional variou entre as diferentes medidas. A deficiência na recuperação cirúrgica em 6 meses após a cirurgia foi substancial. Vários fatores potencialmente modificáveis foram consistentemente preditores do prolongamento do período de recuperação cirúrgica.

conclusão.

Quadro 20 – Síntese do estudo primário de Lawrence et al. (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. From acute to chronic pain after laparoscopic cholecystectomy: a prospective follow-up analysis. Scand J Gastroenterol , v. 40, n. 11, p. 1358-64, 2005.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Investigar a relação entre as características pré-operatórias, incluindo a resposta a estímulo nociceptivo, a intensidade da dor aguda pós-operatória e o desenvolvimento de dor crônica um ano após a colecistectomia laparoscópica.
Método	Estudo observacional descritivo com 150 pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica, no qual os dados clínicos pré-operatórios, estado de neuroticismo e intensidade da dor pós-operatória foram avaliados. Os questionários foram enviados aos pacientes para avaliar as características pré-operatórias, sendo acompanhados por período de um ano. Após um ano, os pacientes com moderada/severa dor crônica foram entrevistados e convidados a participarem de programa estruturado de investigação.
Resultados	A dor crônica moderada ou severa foi relatada por 20 pacientes (pacientes com dor crônica sem patologia demonstrável, ou seja, não apresentavam propósito biológico). Os pacientes com dor crônica sofreram significativamente mais dor aguda (relacionada temporalmente à lesão causadora, variando entre 3 a 6 meses) no pós-operatório, em comparação com aqueles sem dor crônica ($p < 0,05$).
Conclusões	O risco significativo de dor crônica após colecistectomia laparoscópica para colecistolitíase sintomática é baixo, mas foi significativamente associado com a intensidade da dor aguda no pós-operatório. Os pacientes devem ser cuidadosamente examinados para excluir causas somáticas de dor crônica após colecistectomia laparoscópica.

Quadro 21 – Síntese do estudo primário de Bisgaard, Rosenberg e Kehlet (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência.

WU, C. L. et al. Correlation of postoperative pain to quality of recovery in the immediate postoperative period. Reg Anesth Pain Med , v. 30, n. 6, p. 516-22, 2005.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Verificar se a intensidade da dor pós-operatória pode afetar a qualidade de recuperação de pacientes no pós-operatório imediato (período de duas semanas após a cirurgia).
Método	Estudo observacional descritivo cuja amostra foi composta de 100 pacientes submetidos à prostatectomia radical retropúbica eletiva. No período intraoperatório, todos os pacientes foram submetidos à anestesia geral ou espinal padronizadas. Os escores da escala visual analógica para dor em repouso, dor em atividade, e náuseas, juntamente com o Quality of Recovery Score (QoR), instrumento validado para avaliar a qualidade de recuperação no pós-operatório, e o Inventário Breve de Fadiga (BFI) foram avaliados nos dias de pós-operatório 1 a 3, 7 e 30. A Escala de Sonolência de Epworth foi avaliada nos dias 7 e 30 de pós-operatório.
Resultados	A dor intensa tanto em repouso quanto em atividade estava associada com a diminuição na qualidade de recuperação, tal como avaliado pelo QoR. Os resultados relativos ao aumento da dor, em repouso ou em atividade, e náuseas no pós-operatório evidenciaram correlação estatisticamente significativa com a diminuição na qualidade da recuperação cirúrgica e aumento da fadiga. Além disso, os resultados referentes ao aumento da fadiga e da sonolência também indicaram correlação significativa com a diminuição na qualidade de recuperação após prostatectomia radical retropúbica eletiva.
Conclusões	Os resultados demonstraram correlação positiva estatisticamente significativa entre a gravidade da dor, náuseas e diminuição da qualidade de recuperação cirúrgica. Entretanto, a causalidade desta relação não pode ser determinada por este delineamento de estudo. Assim, ações para diminuir a severidade da dor pós-operatória ou náuseas podem potencialmente melhorar a qualidade da recuperação avaliada pelo QoR.

Quadro 22 – Síntese do estudo primário de Wu et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

FLEISCHMANN, E. et al. Tissue oxygenation in obese and non-obese patients during laparoscopy. Obesity Surgery , v. 15, n. 6, p. 813-819, 2005.	
Estudo de Intervenção	
Nível de evidência = III	
Objetivo/Intervenção	Mensurar a pressão parcial de oxigênio tecidual subcutânea em pacientes obesos e não obesos durante procedimentos laparoscópicos.
Método	Ensaio clínico sem randomização, no qual os pesquisadores avaliaram a oxigenação do tecido subcutâneo em 20 pacientes com IMC ≥ 40 kg/m ² (obesidade) e 15 pacientes com IMC < 30 kg/m ² (não obesos) submetidos à cirurgia laparoscópica com anestesia e técnica de administração de soluções padronizadas. A pressão parcial de oxigênio arterial foi mantida em 150 mmHg. Após a indução da anestesia, um tonômetro silástico foi inserido na face lateral do braço direito para medir a oxigenação do tecido subcutâneo e a temperatura.
Resultados	Uma fração inspirada de oxigênio (FiO ₂) de 51% foi necessária em pacientes obesos, para alcançar uma pressão parcial de oxigênio arterial de 150 mmHg, no entanto, FiO ₂ de apenas 40% foi necessária para atingir a mesma pressão parcial de oxigênio em pacientes não obesos ($p = 0,007$). A oxigenação do tecido subcutâneo foi significativamente menor nos pacientes obesos: 41 mmHg versus 57 mmHg ($p < 0,001$).
Conclusões	A obesidade reduz a quantidade de oxigênio inspirado necessária para obter dada pressão parcial arterial e oxigenação dos tecidos. Tais fatores, provavelmente, podem contribuir para risco alto de infecção em pacientes obesos.

Quadro 23 – Síntese do estudo primário de Fleischmann et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

CELKAN, M. A. et al. Readmission and mortality in patients undergoing off-pump coronary artery bypass surgery with fast-track recovery protocol. Heart and Vessels , v. 20, n. 6, p. 251-255, 2005.	
Estudo Etiológico	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Identificar os fatores de risco perioperatórios para prolongada internação hospitalar, mortalidade hospitalar, e taxas de readmissão de cirurgia de revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea de pacientes submetidos ao protocolo de rápida recuperação (fast-track recovery, FTRC).
Método	Estudo observacional descritivo envolvendo 80 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea (OPCAB) com protocolo de FTRC. As variáveis perioperatórias dos pacientes foram registradas em uma base de dados de cirurgia cardíaca. Os registros médicos eletrônicos de todos os pacientes foram analisados 30 dias após a data da alta. As readmissões hospitalares e as razões também foram dados registrados.
Resultados	Três pacientes morreram durante a hospitalização, resultando em taxa de mortalidade de 3,75%. Na análise de regressão logística multivariada, a hipertensão arterial, acidente vascular cerebral pós-operatório, e infecção da ferida no externo foram os preditores independentes de mortalidade hospitalar. O uso de transfusão sanguínea no pós-operatório foi o maior preditor independente de hospitalização prolongada. Sete pacientes foram readmitidos, sendo a idade e a hipertensão arterial os preditores independentes de readmissão hospitalar.
Conclusões	O protocolo FTRC pode ser realizado com segurança em pacientes com cirurgia de revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea, e as taxas de mortalidade e readmissão utilizando tal protocolo foram compatíveis com os limites aceitáveis.

Quadro 24 – Síntese do estudo primário de Celkan et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ROTHOLTZ, N. A. et al. Long-term assessment of fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy. Techniques in Coloproctology , v. 9, n. 2, p. 115-118, 2005.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Avaliar sequelas após longo período de acompanhamento de pacientes tratados por esfinterotomia interna lateral (LIS) e identificar os possíveis fatores associados.
Método	Estudo observacional descritivo com a participação de 68 sujeitos submetidos à LIS. Os dados foram coletados retrospectivamente e a continência foi acompanhada por período médio de 66,6 meses, e avaliada de acordo com o índice de incontinência (IS), obtidos por revisão de prontuário e aplicação de questionário por telefone.
Resultados	Nenhum dos pacientes tinha incontinência fecal pré-operatória. Em seguimento médio de 66,6 meses (variação de 30-84 meses), sete pacientes (10,2%) apresentaram incontinência fecal, e destes, nenhum recuperou a continência ou melhorou desde a cirurgia até o final do período de acompanhamento.
Conclusões	Não houve reversão do quadro de incontinência fecal devido a LIS após período longo de acompanhamento, e o tipo de cirurgia parece ser causa independente para incontinência fecal.

Quadro 25 – Síntese do estudo primário de Rotholtz et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

SAHAKYAN, K. et al. Comparison of Functional Status After Coronary Artery Bypass Grafting in Patients With and Without Diabetes Mellitus. American Journal of Cardiology , v. 98, n. 5, p. 619-623, 2006.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Examinar se os pacientes com diabetes mellitus (DM) são menos propensos a obter benefícios funcionais após cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) em comparação com pacientes sem DM.
Método	Estudo de coorte prospectivo, no qual os autores compararam os ganhos na função física e saúde mental em 6 meses após cirurgia de RM entre 696 pacientes com DM, e 376 sem DM. Os pacientes da amostra realizaram pela primeira vez este tipo de cirurgia. A função física e saúde mental foram mensuradas utilizando o Short Form 36-item Health Survey.
Resultados	Em 6 meses, os pacientes com e sem DM apresentaram melhora na função física e saúde mental, mas aqueles sem DM tiveram significativa melhora em relação ao funcionamento físico, quando comparados com os pacientes com DM.
Conclusões	O procedimento cirúrgico de revascularização do miocárdio está associado com ganhos menores na função física em pacientes com DM do que naqueles sem DM. Atenção especial por parte dos profissionais de saúde deve ser dada à função física de pacientes com DM após este tipo de cirurgia.

Quadro 26 – Síntese do estudo primário de Sahakyan et al. (2006), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

MASIERO, S. et al. Dysphagia in Post-Carotid Endarterectomy: a prospective study. Annals of Vascular Surgery , v. 21, n. 3, p. 318-320, 2007.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Descrever a experiência no tratamento conservador de um grupo de pacientes com disfagia após a cirurgia de endarterectomia carotídea.
Método	Estudo observacional descritivo com amostra composta de 19 pacientes que apresentaram disfagia após a cirurgia de endarterectomia carotídea (CEA). Foi realizada avaliações da deglutição à beira do leito utilizando a avaliação endoscópica de fibra ótica (FEES), cinco dias e três meses após a cirurgia. O grau de disfagia foi mensurado por meio da Penetration-Aspiration Scale (PAS).
Resultados	No início do estudo, 15 pacientes apresentaram disfagia para alimentos líquidos e sólidos e quatro para alimentos sólidos, sendo que oito necessitaram de nutrição parenteral e seis apresentaram broncoaspiração. Dez pacientes recuperaram completamente a função de deglutição e retornaram para a dieta de pré-operatório dentro de um mês, e seis o fizeram dentro de três meses. Três pacientes não completaram o segmento.
Conclusões	Esta experiência preliminar sugere que avaliação cuidadosa da deglutição e reabilitação precoce pode ser aconselhável nos pacientes submetidos à cirurgia de endarterectomia carotídea.

Quadro 27 – Síntese do estudo primário de Masiero et al. (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

SALVIN, J. W. et al. Factors associated with prolonged recovery after the fontan operation. <i>Circulation</i> , v. 118, n. 14 Suppl, p. S171-176, 2008.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Identificar as variáveis hemodinâmicas e demográficas no pré, intra e pós-operatórios que contribuem para a evolução prolongada após cirurgia de Fontan.
Método	Estudo de coorte que os pesquisadores analisaram retrospectivamente 118 pacientes submetidos à cirurgia de Fontan, internados na unidade de cuidados intensivos cardíacos, entre junho de 2001 a dezembro de 2005. Os dados demográficos, anatômicos e fisiológicos pré e pós-operatórios foram coletados. Na unidade de terapia intensiva cardiológica (UTIC), os dados hemodinâmicos (pressão venosa central e pressão atrial esquerda), gasometria arterial, e hematócrito foram analisados utilizando os valores de admissão na unidade. O tempo de ventilação mecânica do paciente foi mensurado em horas, até a extubação da traqueia. Já o tempo de permanência hospitalar foi medido a partir do primeiro dia de pós-operatório.
Resultados	A necessidade de infusão de volume alto de fluidos (coloide, cristalóide ou produtos derivados do sangue), ou seja, superior à infusão de fluidos de manutenção padrão e de medicamentos, na primeira noite de pós-operatório, para reanimação do paciente, foi fator de risco independente para recuperação cirúrgica prolongada.
Conclusões	A infusão de volume alto de fluidos no início do período pós-operatório é fator de risco independente para recuperação cirúrgica prolongada.

Quadro 28 – Síntese do estudo primário de Salvin et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

KIM, H. J. et al. Diabetes and smoking as prognostic factors after cervical laminoplasty. <i>Journal of Bone and Joint Surgery - Series B</i> , v. 90, n. 11, p. 1468-1472, 2008.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Avaliar o efeito de fatores de risco sobre o resultado da cervical laminoplastia, e também investigar a interação entre os vários fatores prognósticos.
Método	Estudo caso-controle com 87 sujeitos submetidos à cirurgia de laminoplastia expansiva cervical. Foram divididos em dois grupos: os pacientes com diabetes mellitus (n=31, casos) e aqueles sem (n=56, controle). Todos os sujeitos estavam com a glicemia controlada no momento da cirurgia. A condição do paciente no pós-operatório foi avaliada depois de dois anos usando o sistema de pontuação da Japanese Orthopaedic Association (JOA). A taxa de recuperação foi classificada como "sucesso" (taxa de recuperação >50%), "melhoria" (taxa de recuperação > 0% mas < que 50%) ou "fracasso" (nenhuma melhoria ou piora), e assim, os resultados nos dois grupos foram comparados.
Resultados	A taxa de recuperação pós-operatória no grupo de pacientes sem DM foi melhor do que a do grupo de pacientes com diabetes mellitus. A idade avançada dos pacientes e a duração dos sintomas afetaram negativamente a taxa de recuperação no grupo de pacientes com DM. Com a análise de regressão logística multivariada, DM e mudança do sinal na ressonância magnética mostraram serem fatores de risco significativos para mau resultado no pós-operatório. A interação de DM com o tabagismo e/ ou com a idade avançada (idoso) aumentou os riscos de efeito negativo sobre a recuperação cirúrgica.
Conclusões	A DM ou a interação desta comorbidade com a idade avançada pode afetar adversamente o desfecho da recuperação cirúrgica após laminoplastia cervical. No entanto, o tabagismo sozinho não pode ser considerado como fator de risco.

Quadro 29 – Síntese do estudo primário de Kim et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

PUOLAKKA, K. et al. Risk factors for back pain-related loss of working time after surgery for lumbar disc herniation: a 5-year follow-up study. European Spine Journal , v. 17, n. 3, p. 386-392, 2008.	
Estudo Etiológico	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Explorar a ocorrência e os fatores de risco de perda de tempo para retornar ao trabalho em pacientes submetidos à cirurgia para hérnia de disco lombar.
Método	Estudo observacional descritivo, no qual os autores recrutaram 152 pacientes com empregos remunerados que foram submetidos à cirurgia de hérnia de disco lombar. Dois meses após a cirurgia, os pacientes responderam um questionário de autorrelato, incluindo dados sobre dores nas costas e perna (VAS), capacidade funcional (Oswestry Disability Index— ODI, versão 1.0), e motivação para trabalhar. Após cinco anos, a perda de tempo de trabalho foi avaliada por meio de um questionário postal sobre licença médica e aposentadoria por invalidez.
Resultados	Todos os 152 pacientes (86 homens e 66 mulheres) receberam licença médica durante os dois primeiros meses. Além disso, 80 (53%) pacientes relataram que a licença médica ou aposentadoria antecipada estava relacionada à dor nas costas. Após dois meses da cirurgia, 108 sujeitos (71%) apresentaram somente incapacidade funcional mínima (ODI 0-20), enquanto que 44 (29%) apresentaram incapacidade moderada ou grave (ODI >20). De acordo com a análise multivariada ODI >20, dor nas pernas, e fraca motivação para o trabalho após a cirurgia são fatores de risco para a extensão da incapacidade para o trabalho.
Conclusões	As medidas de autorrelato da capacidade funcional, dor e motivação para o trabalho podem ajudar no início da fase pós-operatória de cirurgia de hérnia de disco lombar, para identificar os pacientes que estão em risco de resultado desfavorável e podem precisar de intervenções terapêuticas especiais e reabilitação, antes da perda de emprego.

Quadro 30 – Síntese do estudo primário de Puolakka et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ABDELRAZEQ, A. S. et al. Short-term and long-term outcomes of the cleft lift procedure in the management of nonacute pilonidal disorders. Diseases of the Colon and Rectum , v. 51, n. 7, p. 1100-1106, 2008.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Avaliar em curto e longo prazo os resultados do procedimento cirúrgico de elevação de fenda (cleft lift) para a gestão dos distúrbios de seio ou cisto pilonidal não agudo.
Método	Estudo observacional descritivo envolvendo 70 pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico de elevação de fenda (cleft lift) para desordem não aguda de seio pilonidal. Foram conduzidas entrevistas telefônicas, aproximadamente 24 horas após o procedimento cirúrgico, utilizando formulário padronizado que incluía escala verbal numérica de 0-10, para avaliar o grau de dor na ferida (considerando que pontuação de 1 a 3 representa dor suave, 4-7 dor moderada, e mais do que 7 a dor severa). Os pacientes também responderam questionário por via postal sobre a quantidade de analgesia necessária e experiência sobre qualquer complicação pós-operatória.
Resultados	No primeiro dia pós-operatório, os resultados da aplicação da Escala de Avaliação Verbal para a dor foram: 32 pacientes (46 %) relataram nenhuma dor; 33 pacientes (47%) relataram dor leve e 5 pacientes (7%) relataram dor moderada. Os pacientes (n= 14) apresentaram uma ou mais complicações: deiscência da ferida cirúrgica superficial (n = 7) e profunda (n = 1); infecção da ferida operatória (n = 5); seroma da ferida (n = 4), e recidiva precoce (n = 1). O período de tempo fora do trabalho, e para retornar às atividades normais, foi de duas e quatro semanas, respectivamente.

continua...

Conclusões	O procedimento cirúrgico de elevação de fenda (cleft lift), para desordem não aguda de seio pilonidal, é fácil de executar e apresentou taxas altas de cura primária, excelente resultado estético, taxas baixas de recorrência, e recuperação funcional precoce.
-------------------	---

conclusão.

Quadro 31 – Síntese do estudo primário de Abdelrazeq et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

WONG, J. et al. Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. <i>Anesthesiology</i> , v. 110, n. 3, p. 596-602, 2009.	
Pesquisa Metodológica	
Objetivo/ Intervenção	Desenvolver novo instrumento de medida, o Functional Recovery Index (FRI), para avaliar a recuperação funcional após a alta para pacientes cirúrgicos ambulatoriais.
Método	A elaboração e validação da escala envolveu quatro fases: geração de itens, teste de seleção de itens, confiabilidade e validade. Foi recrutado um número total de 688 pacientes para o desenvolvimento do FRI. Pacientes (n=324, grupo A) foram investigados para análise de fatores. Já a validade interobservadores foi por meio da mensuração em 264 pacientes (grupo B) e 100 pacientes (grupo C) foram avaliados quanto à capacidade de resposta do FRI. Os itens foram selecionados por meio de testes de endosso de frequência, análise fatorial e teste de consistência interna. A responsividade foi avaliada por meio da medição do FRI no pós-operatório e comparando pequena cirurgia versus mais extensa. A taxa de resposta e o tempo para o preenchimento do instrumento foram registrados.
Resultados	O instrumento final tem 14 itens agrupados em três fatores. Cada item foi pontuado de 0 a 10, com 0=nenhuma dificuldade e 10=extrema dificuldade com a atividade. Os três fatores foram somados para uma pontuação total. Foi verificada a consistência interna para os três fatores (dor e atividade social, menor atividade de membros, e atividade física em geral). A confiabilidade interobservadores foi de 0,99. O teste de validade discriminante mostrou que o tipo de cirurgia foi significativo, pois cirurgias de grande porte e intermediário foram associadas com maior pontuação no FRI do que pequena cirurgia. O tempo para completar o instrumento variou entre 4 min 10 s e 4 min 35 s.
Conclusões	O FRI teve excelente confiabilidade, boa validade, receptividade e aceitação, o que indica que poderá ser bom instrumento de medida para avaliar a recuperação funcional de pacientes cirúrgicos ambulatoriais.

Quadro 32 – Síntese do estudo primário de Wong et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões

ANDERSEN, L. O. et al. Subacute pain and function after fast-track hip and knee arthroplasty. <i>Anaesthesia</i> , v. 64, n. 5, p. 508-513, 2009.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Descrever a prevalência e a intensidade da dor pós-operatória subaguda e efeitos colaterais relacionados aos opióides, o uso de analgésicos e capacidade funcional no primeiro, décimo e trigésimo dias de pós-operatório.
Método	Estudo observacional descritivo conduzido com 50 pacientes submetidos à cirurgia eletiva de artroplastia total de quadril e 50 submetidos à artroplastia total do joelho, os quais foram incluídos na pesquisa ao longo de um ano. No primeiro dia de pós-operatório, um questionário de autoavaliação foi entregue ao paciente, o qual continha dados sobre dor, náuseas e vômitos (NVPO), o uso de analgésicos e capacidade funcional (10 e 30 dias de pós-operatório). Este questionário foi dado ao paciente juntamente com informações detalhadas e instruções para a recuperação cirúrgica.
Resultados	Os resultados de pacientes submetidos à artroplastia total de quadril e artroplastia de joelho com alta precoce (<3 dias) evidenciaram dor, náuseas e vômitos. Em um mês após artroplastia total do joelho, 52% dos pacientes relataram dor moderada (VAS 30-59 mm), e 16% dor severa (VAS >60 mm) ao andar, com aumento concomitante na utilização de opióides fortes. No primeiro dia de pós-operatório, 24% dos pacientes de artroplastia total de quadril referiram náuseas ≥3 (nível médio de náusea durante todo o dia, utilizando escala de 5 pontos: 0 = nenhum, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = grave e 4 = insuportável), e o vômito foi relatado por 14% no primeiro dia, e 6% no segundo dia de pós-operatório. Já os pacientes de artroplastia total do joelho, o escore de náusea ≥3 foi relatado em ≤10% dos sujeitos, e a incidência de vômitos foi de 0-4%, durante todo o período de estudo.
Conclusões	Os resultados demonstraram a necessidade de tratamento analgésico contínuo após artroplastia total de quadril e artroplastia do joelho após alta, para garantir função e facilitar a reabilitação.

Quadro 33 – Síntese do estudo primário de Andersen et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

DAVIDGE, K. et al. Patient expectations for surgical outcome in extremity soft tissue sarcoma. <i>Journal of Surgical Oncology</i> , v. 100, n. 5, p. 375-381, 2009.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Examinar o impacto das expectativas pré-operatórias sobre as funções no pós-operatório e a qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL) em pacientes submetidos à cirurgia de recuperação de membros acometidos por sarcoma de tecido mole de extremidade (ESTS). Além disso, foram avaliados os preditores de expectativas dos pacientes sobre os resultados.
Método	Estudo retrospectivo cuja amostra foi composta de 157 pacientes com ESTS tratados com cirurgia de preservação de membros entre 1 de janeiro de 2001 a 28 de fevereiro de 2005. As associações entre as expectativas dos pacientes sobre os resultados, um ano de resultados funcionais e de HRQoL foram avaliados por análise de regressão multivariada. Os fatores que predizem as expectativas dos pacientes foram investigados por meio de regressão logística multinomial.
Resultados	Trinta e seis pacientes (23%) tiveram complicações após a cirurgia, das quais a maioria (91%) era relacionada à ferida cirúrgica. Os pacientes com expectativas de recuperação difícil apresentaram resultados funcionais piores, quando comparados aos pacientes com expectativas de fácil recuperação. Educação, otimismo, localização do tumor e bases funcionais/HRQoL foram preditores significativos de expectativas dos pacientes.

continua...

Conclusões	As expectativas dos pacientes influenciaram significativamente no resultado funcional em ESTS. Os pacientes com expectativas incertas podem ser beneficiados por meio de educação adicional individualizada, para otimizar os resultados do tratamento.
-------------------	---

conclusão.

Quadro 34 – Síntese do estudo primário de Davidge et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

SURESH ATTILI, V. S. et al. Influence of postoperative complications on relapse-free survival in gastrointestinal malignancies. Gastrointestinal Cancer Research , v. 3, n. 5, p. 179-182, 2009.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Verificar se a presença de deiscência de anastomose, cicatrização retardada da ferida cirúrgica, e perda de peso significativa (> 10%) são fatores de risco preditivos de recidiva e pobre sobrevida livre de doença.
Método	Estudo observacional descritivo retrospectivo envolvendo 266 pacientes de unidade cirúrgica que foram submetidos à cirurgia com intenção curativa para neoplasias gastrointestinais.
Resultados	Na comparação de resultados entre os pacientes que apresentaram complicações pós-operatória e aqueles sem complicação evidenciou-se que o risco de recidiva é 9,8 vezes maior em pacientes com deiscência, 8,2 vezes maior em pessoas com retardo na recuperação, e 2,3 vezes maior em pessoas com perda excessiva de peso. O risco foi uniforme em todos os tipos de neoplasias gastrointestinais.
Conclusões	Os resultados sugerem que deiscência de anastomose, cicatrização retardada, e perda de peso no pós-operatório em pacientes com neoplasias gastrointestinais acarretam pior sobrevida livre de doença.

Quadro 35 – Síntese do estudo primário de Suresh Attili et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

FELDMAN, L. S. et al. Validation of a physical activity questionnaire (CHAMPS) as an indicator of postoperative recovery after laparoscopic cholecystectomy. Surgery , v. 146, n. 1, p. 31-39, 2009.	
Pesquisa Metodológica	
Objetivo/Intervenção	Avaliar a validade do instrumento de atividade física (The Community Health Activities Model Program for Seniors-CHAMPS), como indicador de recuperação pós-operatória.
Método	O CHAMPS inclui 41 perguntas que pedem para o sujeito estimar o tempo gasto em uma série de atividades na semana anterior a cirurgia; as respostas são convertidas em kcal/kg/semana. Os 50 pacientes agendados para a colecistectomia laparoscópica foram avaliados no pré-operatório, e reavaliados na primeira semana após a cirurgia, e ao completar um mês de pós-operatório (sensibilidade a alterações). Para avaliar a validade de constructo, os resultados foram comparados com outras medidas utilizadas para estimar a recuperação, incluindo a dor (VAS), a qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36), e complicações. O CHAMPS também foi comparado com uma medida da capacidade de exercício, o teste de caminhada de seis minutos (6MWT).

continua...

Resultados	O CHAMPS apontou que o gasto de energia diminuiu de 42 kcal/kg/semana no pré-operatório para 18 kcal/kg/semana, na primeira semana de pós-operatório. O valor permaneceu abaixo do valor pré-operatório em 30 kcal/kg/semana, no período de um mês de pós-operatório. Em todos os momentos, SF-36 função física, dor ao movimento, e a distância percorrida no 6MWT, significativamente correlacionaram com o CHAMPS. Em um mês, a atividade física foi menor nos pacientes que referiram complicações (relacionada à ferida cirúrgica como infecção e drenagem, retenção urinária, febre, readmissão por obstrução do intestino, piora na condição crônica de dor, aumento da fadiga e da ansiedade).
Conclusões	Os resultados demonstraram evidências de validade de construto do instrumento de atividade física, o qual pode ser utilizado para mensurar a recuperação cirúrgica.

conclusão.

Quadro 36 – Síntese do estudo primário de Feldman et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões

PUENTES, A. M. C. et al. Prevalence of acute postoperative pain and quality of recovery at a university-affiliated hospital in Medellin, Colombia, 2007. <i>Iatreia</i> , v. 22, n. 1, p. 11-15, 2009.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Determinar a prevalência de dor aguda, moderada ou grave no pós-operatório e a qualidade de recuperação em pacientes de hospital universitário.
Método	Estudo observacional descritivo com a participação de 112 pacientes hospitalizados. A coleta de dados ocorreu nas enfermarias, no período de 24 horas após a cirurgia, a dor em repouso e/ ou com movimentos foi avaliada por meio da Escala Numérica Verbal de Dor (ENV) (Escores: ausente 0, dor leve 1-3, moderada 4-6, severa 7-10), e a qualidade de recuperação cirúrgica, por meio de um instrumento validado para o idioma espanhol, que consiste em determinar a função de bem-estar físico e mental de pacientes no pós-operatório. Além disso, foram identificados os efeitos adversos associados com analgesia.
Resultados	A taxa de prevalência de dor moderada em repouso foi de 31,3% e dor intensa, 22,3%. Para dor moderada a grave com movimentos, as prevalências foram de 27,6% e 48,2%, respectivamente. Os resultados demonstraram relação entre a presença de dor de grau moderado (4-6) a severo (7-10), com qualidade pior da recuperação. Os pacientes com tais escores de dor apresentaram recuperação cirúrgica pior quando comparados com aqueles que obtiveram controle da dor melhor no pós-operatório. Os efeitos adversos relatados foram sonolência (44,6%), náuseas (25%), epigastria (17%), retenção urinária (17%) e vômito (13,4%).
Conclusões	A taxa de prevalência de dor severa no grupo de pacientes investigados, no pós-operatório, foi elevada, e está associada a resultados desfavoráveis sobre a qualidade da recuperação, o que motiva a implementação de estratégias para maximizar o controle da dor.

Quadro 37 – Síntese do estudo primário de Puentes et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

SINGH, J. A. et al. Pessimistic explanatory style: a psychological risk factor for poor pain and functional outcomes two years after knee replacement. **J Bone Joint Surg Br**, v. 92, n. 6, p. 799-806, 2010.

Estudo de Prognóstico/Predição		Nível de evidência = II
Objetivo/Intervenção	Avaliar se o estilo pessimista está independentemente associado com relato de piores resultados em dois e cinco anos após a cirurgia de substituição total de joelho primária ou cirurgia de substituição total do joelho de revisão.	
Método	Estudo de coorte com a participação de 702 pacientes submetidos à substituição total de joelho primária, e 143 pacientes submetidos à revisão de cirurgia de substituição total do joelho. Tais sujeitos concluíram o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) antes da cirurgia e responderam aos questionários de acompanhamento da dor e de atividades funcionais por dois anos e/ou cinco anos de pós-operatório. Os escores da escala de otimismo-pessimismo do MMPI foram utilizados para classificar os pacientes como pessimistas (t-score > 60) ou não pessimistas (t-score ≤ 60).	
Resultados	Os pacientes com comportamento pessimista relataram significativamente mais dor moderada ou grave e menor melhora na recuperação da função do joelho durante o período de dois anos de pós-operatório da cirurgia de substituição total do joelho, quando comparados com os pacientes otimistas.	
Conclusões	Pacientes com estilo pessimista estão associados com pior sensação de dor e resultados funcionais durante dois anos após a substituição total do joelho.	

Quadro 38 – Síntese do estudo primário de Singh et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

EL-GAZZAZ, G. et al. Analysis of function and predictors of failure in women undergoing repair of Crohn's related rectovaginal fistula. **Journal of Gastrointestinal Surgery**, v. 14, n. 5, p. 824-829, 2010.

Estudo de Prognóstico/Predição		Nível de evidência = IV
Objetivo/Intervenção	Realizar acompanhamento a longo prazo de mulheres com fístula retrovaginal relacionada à doença de Crohn, para avaliar as variáveis que influenciam o sucesso da cirurgia e determinar seus efeitos na qualidade de vida e função sexual.	
Método	Estudo observacional descritivo com amostra de 65 mulheres com fístula retrovaginal relacionada à doença de Crohn que foram submetidas ao tratamento cirúrgico e contatadas para acompanhamento a longo prazo. Os pacientes preencheram questionário estruturado autoadministrado, em cada visita de retorno ao consultório. Os instrumentos SF-12, Fecal Incontinence Quality-of-Life Scale, and Female Sexual Function Index foram usados para avaliar a qualidade de vida e função sexual.	
Resultados	Vinte e oito mulheres (43,1%) foram sexualmente ativas no período de acompanhamento, dessas, nove não alcançaram a completa cicatrização da ferida cirúrgica, e queixaram de dispareunia (dor durante a relação sexual). Tabagismo e uso de corticosteroides, nos três meses anteriores a cirurgia, foram ambos associados com insucesso no processo de cicatrização cirúrgica.	
Conclusões	As fístulas retrovaginais relacionadas à doença de Crohn são difíceis de tratar. A possibilidade de cura aumenta com o uso de imunomoduladores, no entanto, o tabagismo e o uso de esteroides foram preditores de falha na cicatrização cirúrgica. A presença de dispareunia foi maior em mulheres não cicatrizadas.	

Quadro 39 – Síntese do estudo primário de El-Gazzaz et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ROYSE, C. F. et al. Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery : The post-operative quality recovery scale. Anesthesiology , v. 113, n. 4, p. 892-905, 2010.	
Pesquisa Metodológica	
Objetivo/ Intervenção	Descreve o desenvolvimento e a viabilidade inicial da Escala de Qualidade de Recuperação no Pós-operatório (Post-operative Quality Recovery Scale-PQRS).
Método	Os parâmetros relevantes tanto para os clínicos, quanto para os pacientes foram identificados por meio de estudo piloto (n=133). Assim, a PQRS foi refinada e composta de seis domínios (atividades fisiológicas, nociceptiva, emotivo, da vida diária, cognitivo e perspectiva geral do paciente). A seguir realizou-se estudo observacional prospectivo com a participação de 701 pacientes com idade ≥ 6 anos submetidos à cirurgia eletiva e anestesia geral, para medir a recuperação cirúrgica com a PQRS por períodos de tempo repetidos (15 min, 40 min, no primeiro dia, terceiro dia, e 3 meses de pós-operatório) e proporcionar a viabilidade inicial "validade de aparência" e dados sobre o seu uso. O paciente foi avaliado antes da cirurgia e em vários períodos de tempo após a cirurgia. A recuperação cirúrgica foi definida como retorno aos valores basais ou melhores.
Resultados	Os 701 pacientes preencheram a PQRS, sendo que a média de tempo para o preenchimento do instrumento foi de 4,8 minutos. A recuperação fisiológica após a cirurgia foi completa em 34% dos sujeitos em 40 minutos. Já no terceiro dia de pós-operatório apenas 11% dos pacientes apresentaram recuperação; 48,7% nociceptiva, 81,8% emotivo, 68,8% atividades da vida diária, e apenas 33,5% cognitiva.
Conclusões	Os escores da PQRS demonstraram melhora do paciente cirúrgico ao longo do tempo, de acordo com a esperada recuperação após a cirurgia e anestesia, sendo capaz de discriminar entre os indivíduos o processo de recuperação cirúrgica. Assim, foi possível observar, que no terceiro dia de pós-operatório apenas 11% dos pacientes apresentaram recuperação cognitiva, nociceptiva, emotiva e atividades da vida diária.

Quadro 40 – Síntese do estudo primário de Royse et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões

RAMÍREZ, J. M. et al. Enhanced recovery in colorectal surgery: a multicentre study. BMC Surg , v.11, n.1, p. 1-9, 2011.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Avaliar os resultados de curto e de médio prazo alcançados por programa de recuperação cirúrgica avançado baseado em protocolos já publicados.
Método	Estudo observacional descritivo cuja amostra foi composta de 300 pacientes com câncer submetidos à ressecção colorretal eletiva, os quais seguiram programa de recuperação cirúrgica avançado. Os elementos principais deste programa foram: aconselhamento pré-operatório, sem preparo de cólon, fornecimento de bebidas ricas em carboidratos um dia antes e na manhã da cirurgia, objetivos dirigidos a administração de fluidos, controle de temperatura corporal durante a cirurgia, evitar drenagens e sonda nasogástrica, mobilização precoce, e ingestão de fluidos orais no início do período pós-operatório. Todos os pacientes foram acompanhados por pelo menos três meses, a morbidade perioperatória e dados de mortalidade foram coletados, além do tempo de internação e a aderência ao protocolo.

continua...

Resultados	A aderência (conformidade) com o protocolo foi de aproximadamente 65%. Cerca de 3% dos pacientes foram readmitidos no hospital; e 7% necessitaram de reintervenção cirúrgica durante a internação inicial ou após a readmissão. As causas para reintervenção cirúrgica incluíram deiscência, fístula ou vazamento anastomótico, evisceração e dor abdominal, hemoperitônio, isquemia e oclusão intestinal. As complicações mais comuns no pós-operatório foram as cirúrgicas (24%), infecção da ferida (12%, n= 36), íleo paralítico (10%, n= 30 com tempo médio de paralisia de três dias), o vazamento de anastomose (4,3%, n= 13) e hemorragia perioperatória (1,7%, n=5). 31,3% dos pacientes (n=94) sofreram sintomas que caracterizaram dificuldade no processo de recuperação cirúrgica o que acarretou em retardo da alta hospitalar, sendo os mais comuns: vômitos ou náuseas, fadiga, febre, constipação intestinal, tontura, dor, retenção urinária, confusão e depressão.
Conclusões	O seguimento do programa de recuperação cirúrgica avançado não representou nenhum risco para o paciente em termos de morbidade e mortalidade.

conclusão.

Quadro 41 – Síntese do estudo primário de Ramírez et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

MAYO, N. E. et al. Impact of preoperative change in physical function on postoperative recovery: argument supporting prehabilitation for colorectal surgery. Surgery , v. 150, n. 3, p. 505-514, 2011.		
Estudo de Intervenção	Nível de evidência = II	Escore de Jadad = 2
Objetivo/ Intervenção	Estimar a extensão em que a função física poderia ser melhorada com intervenção do programa de pré-habilitação (programa de exercícios físicos, por exemplo: caminhada, ciclismo estacionário, exercícios respiratórios, para aumentar a capacidade funcional em antecipação a um evento estressor próximo), identificar as variáveis associadas com resposta positiva, e o impacto da mudança na função pré-operatória sobre a recuperação pós-operatória e outros resultados.	
Método	Ensaio clínico controlado randomizado com amostra de 95 pacientes submetidos à cirurgia colorretal. O desfecho primário mensurado foi a capacidade funcional de caminhar, medida pelo teste de caminhada de seis minutos; desfechos secundários foram a ansiedade, depressão, qualidade relacionada a saúde e qualidade de vida, e as complicações (classificação Clavien).	
Resultados	Uma ou mais complicações pós-operatórias ocorreram dentro de 30 dias de operação em 35 dos 95 participantes da pesquisa (37%). Os pacientes que apresentavam estado de saúde piores no pré-operatório tiveram risco maior de complicações que acarretaram em reoperações e/ou gestão de cuidados intensivos. Os preditores significativos de pobre recuperação foram: complicações durante o pré-operatório, idade acima de 75 anos, infecção de sítio cirúrgico, ansiedade alta, complicações que necessitaram de intervenções, curto tempo de acompanhamento e avaliação das condições do paciente antes da cirurgia.	
Conclusões	As alterações significativas na capacidade funcional podem ser alcançadas durante período de três a oito semanas de programa de pré-habilitação no pré-operatório. Os pacientes e cuidadores, especialmente aqueles pacientes com capacidade física pobre, devem considerar a realização de regime de pré-habilitação no pré-operatório para melhorar a capacidade funcional de exercício antes de cirurgia eletiva.	

Quadro 42 – Síntese do estudo primário de Mayo et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad

BRATTWALL, M. et al. Patients' assessment of 4-week recovery after ambulatory surgery. Acta Anaesthesiol Scand , v. 55, n. 1, p. 92-8, 2011.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Objetivo/Intervenção	Investigar a recuperação cirúrgica do paciente por meio da autoavaliação, o curso e ocorrência de problemas pós-operatórios em relação ao tipo de cirurgia ambulatorial.
Método	Estudo observacional descritivo cuja amostra foi composta de pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial. Um questionário foi preenchido por 355 pacientes em cinco momentos: no pré-operatório, primeiro dia em casa, uma, duas e quatro semanas de pós-operatório.
Resultados	O retorno não planejado para o hospital ocorreu em apenas três pacientes. Houve um total de 70 contatos de pacientes para tirar dúvidas em relação aos cuidados de saúde. A dor foi o sintoma mais frequentemente relatado nas cirurgias; 40% dos pacientes relataram problemas de dor ou mobilidade em uma semana, 28% após duas semanas e 20% após quatro semanas. A dor no pré-operatório foi associada ao aumento do nível de dor durante o curso da recuperação cirúrgica, na sala de recuperação e após uma semana no pós-operatório. Os pacientes que relataram dor após 4 semanas de pós-operatório haviam relatado dor no pré-operatório.
Conclusões	A autoavaliação da recuperação cirúrgica ocorreu durante semanas, com padrões específicos de procedimentos de recuperação. Dor e comprometimento da mobilidade foram frequentemente relatados, ainda, em quatro semanas de pós-operatório.

Quadro 43 – Síntese do estudo primário de Brattwall et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

PADDISON, J. S. et al. Development and validation of the surgical recovery scale (SRS). Journal of Surgical Research , v. 167, n. 2, p. 85-91, 2011.	
Pesquisa Metodológica	
Objetivo/Intervenção	Elaborar e validar uma escala precisa com base na Identity Consequence Fatigue Scale (ICFS), com propósito específico de medição confiável da recuperação funcional de pacientes após a cirurgia.
Método	O estudo envolveu 150 pacientes submetidos à ressecção aberta ou laparoscópica de cólon. Os 31 itens da ICFS foram utilizados como referência para gerar a Surgical Recovery Scale (SRS). A ICFS foi administrada nos seguintes dias de pós-operatório: 3, 7, 30, e 60. A redução de item foi aplicada de acordo com os parâmetros definidos para derivar um sumário único de pontuação capaz de prever > 90% da variância presente na ICFS original, maximizando sensibilidade a variações ao longo do tempo.
Resultados	A aplicação do processo de redução de itens resultou na manutenção de 13 itens. Esses itens formam a Surgical Recovery Scale. A SRS foi capaz de prever 94% (89,4%-98,1%) das variações da subescala ICFS, e foi validada com sucesso. Em relação à validade de construto, foi demonstrada associação significativa entre os escores da SRS, e as complicações no pós-operatório, em comparação com aqueles pacientes que não experimentaram complicação pós-operatória. Os pacientes que tiveram complicações pós-operatórias apresentaram recuperação cirúrgica significativamente mais lenta.
Conclusões	A SRS é uma ferramenta simples e sensível para a avaliação da recuperação funcional após cirurgia de grande porte, e é atualmente a medida mais amplamente validada de recuperação cirúrgica geral disponível.

Quadro 44 – Síntese do estudo primário de Paddison et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões

CATRO-ALVES, L. J. S. et al. The effect of neuraxial versus general anesthesia techniques on postoperative quality of recovery and analgesia after abdominal hysterectomy: a prospective, randomized, controlled trial. Anesthesia and Analgesia , v. 113, n. 6, p. 1480-1486, 2011.		
Estudo de Intervenção	Nível de evidência = II	Escore de Jadad = 3
Objetivo/Intervenção	Comparar os efeitos da anestesia neuroaxial e anestesia geral sobre a qualidade da recuperação cirúrgica no pós-operatório após histerectomia abdominal.	
Método	Ensaio clínico controlado randomizado conduzido com 70 mulheres saudáveis submetidas à histerectomia abdominal total. Os pacientes foram alocados em dois grupos: um grupo foi submetido à anestesia geral, e outro a técnica de anestesia neuroaxial como regime anestésico primário. Um questionário de qualidade da recuperação cirúrgica (QoR-40) foi preenchido pelos sujeitos da pesquisa em 24 e 48 horas após o procedimento cirúrgico. Outros dados coletados foram os escores de dor no pós-operatório e consumo de opióides.	
Resultados	O grupo de pacientes da anestesia neuroaxial teve melhor qualidade de recuperação cirúrgica em todos os subcomponentes do QoR-40 do que o grupo de anestesia geral (diferença estatisticamente significante). A diferença média global nos escores do QoR-40 foi de 8 (6-10), no período de 48 horas, entre o grupo da anestesia neuroaxial e o grupo de anestesia geral. O consumo de opióides no pós-operatório e os escores de dor, náusea e vômito foram maiores no grupo submetido à anestesia geral do que no grupo da anestesia neuroaxial. Os resultados ainda evidenciaram que quanto maior o consumo de opióides, menor a qualidade da recuperação cirúrgica dentre 24 e 48 horas no pós-operatório.	
Conclusões	A anestesia neuroaxial oferece melhor qualidade de recuperação do que a anestesia geral para pacientes submetidas à histerectomia abdominal. Os efeitos poupadores de opióides da anestesia neuroaxial foram associados com melhor qualidade de recuperação de pacientes. Na ausência de contraindicações, a anestesia neuroaxial parece ser um plano anestésico melhor para pacientes submetidos à histerectomia abdominal.	

Quadro 45 – Síntese do estudo primário de Catro-Alves et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad

KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. Reduced length of stay and convalescence in laparoscopic vs open sigmoid resection with traditional care: a double blinded randomized clinical trial. Colorectal Disease , v. 13, n. 6, p. 123-130, 2011.		
Estudo de Intervenção	Nível de evidência = II	Escore de Jadad = 5
Objetivo/Intervenção	Mensurar o tempo de permanência hospitalar após a cirurgia laparoscópica versus cirurgia aberta de ressecção sigmoide usando programa padrão de cuidados de enfermagem para a recuperação cirúrgica, ou seja, não um programa de recuperação acelerada (programa multimodal de reabilitação no perioperatório) além, de verificar o tempo de assistência de enfermagem (dias) até os critérios de alta serem atendidos, fadiga, sono durante o dia e à noite, retorno às atividades diárias normais e dor pós-operatória.	
Método	Ensaio clínico controlado randomizado com a participação de 18 pacientes portadores de câncer de sigmoide. Os pacientes foram aleatoriamente designados para cirurgia laparoscópica (n = 10) e para cirurgia aberta (n = 8) de ressecção do cólon. Tempo de permanência hospitalar, cumprimento de critérios de alta, a necessidade de cuidados de enfermagem (informação dada ao paciente, cuidados físicos e cuidados indiretos) e dor pós-operatória foram registrados. Além disso, os pacientes preencheram um questionário sobre fadiga, necessidade de sono e retorno às atividades diárias no 14 ^o e 30 ^o dias de pós-operatório.	

continua...

Resultados	O grupo de pacientes submetidos à laparoscopia retornou significativamente mais rápido as atividades diárias normais após a cirurgia, apresentou menos dor no período de 24 horas após a cirurgia, relatou menos fadiga e necessidade de dormir 30 dias após a cirurgia, quando comparado ao grupo de pacientes submetido à cirurgia aberta. As razões pelas quais a alta hospitalar foi retardada tanto no grupo de cirurgia laparoscópica, quanto de cirurgia aberta foram devido à vertigem, funções intestinais prejudicadas, necessidade de sonda vesical e retenção urinária,
Conclusões	A cirurgia laparoscópica reduziu o tempo de internação hospitalar, dor e convalescença em comparação com a cirurgia aberta em pacientes submetidos à ressecção do cólon.

conclusão.

Quadro 46 – Síntese do estudo primário de Kaltoft, Gogenur e Rosenberg (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões, nível de evidência e escore de Jadad

KHAN, R. S. et al. The association between preoperative pain catastrophizing and postoperative pain intensity in cardiac surgery patients. Pain Medicine , v. 13 n. 6, p. 820-7, 2012.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Investigar a associação a curto prazo entre as variáveis psicológicas pré-operatórias (catastrofização dor, ansiedade e depressão) e dor pós-operatória em amostra de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.
Método	Estudo observacional descritivo com 64 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca aberta. Os pacientes completaram a Escala de Catastrofização da Dor (PCS), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, e a Escala Verbal (VRS) para a intensidade da dor no pré-operatório e 48 horas de pós-operatório. O consumo de analgesia foi registrado, os dados sobre as características demográficas e clínicas, da cirurgia foram obtidos por meio de prontuários médicos.
Resultados	Os pacientes relataram nível de intensidade maior de dor no pós-operatório. Na análise de regressão múltipla ajustada, a intensidade da dor pós-operatória foi relacionada com o nível de intensidade da dor pré-operatória e pontuação maior na escala de dor catastrófica (PCS) no pré-operatório, pois quanto maior o nível catastrófico de dor relatada pelo paciente no pré-operatório, a tendência foi aumento proporcional na intensidade de dor pós-operatória.
Conclusões	Dor catastrófica pode prever a intensidade da dor pós-operatória em pacientes de cirurgia cardíaca, independentemente da presença de ansiedade e depressão. Estudos futuros devem estabelecer o papel da dor catastrófica a longo prazo e os resultados em cirurgia cardíaca.

Quadro 47 – Síntese do estudo primário de Khan et al. (2012), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

BROWN, J. R. et al. Determinants of acute kidney injury duration after cardiac surgery: an externally validated tool. Annals of Thoracic Surgery , v. 93, n. 2, p. 570-576, 2012.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Identificar os fatores de risco perioperatório que prediz a duração da lesão renal aguda (LRA), complicação que afeta a sobrevida a curto e longo prazo.
Método	Estudo observacional descritivo com a participação de 4.831 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no período entre 2002 e 2007. Os dados foram coletados de banco de dados abrangente prospectivamente, a análise ocorreu de forma retrospectiva. A lesão renal aguda foi definida como creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL, ou $\geq 50\%$ o aumento da creatinina sérica basal.
Resultados	Os pacientes (39%) que desenvolveram lesão renal aguda tiveram recuperação cirúrgica retardada, com duração média de três dias e variou de um a 108 dias. Os preditores independentes de duração da lesão renal aguda incluíram as condições basais do paciente, características da doença, fatores cirúrgicos e do pós-operatório.
Conclusões	No estudo foram identificados os fatores de risco associados à longa duração da lesão renal aguda, incluindo as condições basais do paciente, características da doença, fatores cirúrgicos e do pós-operatório. Alguns fatores de risco são modificáveis e o conhecimento desses pode auxiliar na prevenção ou minimização dos períodos de lesão renal aguda em cirurgias de revascularização do miocárdio.

Quadro 48 – Síntese do estudo primário de Brown et al. (2012), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

MAJHOLM, B. et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. Acta Anaesthesiologica Scandinavica , v. 56, n. 3, p. 323-331, 2012.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Avaliar a morbidade e inesperada visita hospitalares no período de 0-30 dias de pós-operatório em um grande grupo de pacientes submetidos a diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos.
Método	Estudo observacional descritivo que incluiu 57.709 procedimentos de cirurgia dia (procedimento ambulatorial, minimamente invasivo) realizados em oito centros de cirurgia durante período de três anos. Desses, apenas 1.174 casos tiveram contato secundário (pacientes que tiveram um ou mais contatos até 30 dias de pós-operatório) que poderiam indicar complicação resultante do procedimento cirúrgico primário. Entretanto, apenas 697 casos contemplaram os critérios de inclusão e os dados registrados foram recuperados de forma retrospectiva e incluídos na análise.
Resultados	O retorno hospitalar de emergência foi devido as complicações, tais como: infecção (n = 249) (principalmente relacionada ao sítio cirúrgico); hemorragia/hematomas (n = 286) ou por eventos tromboembólicos (n = 17). Outros motivos para o paciente retornar ao hospital também foram diagnosticados em 50 pacientes, sendo que 16 foram readmitidos. Os diagnósticos foram: edema pulmonar, seroma, problemas com o cateter urinário e retenção urinária, problema com o material protético, disestesia (correspondente aos ramos cutâneos do nervo femoral), problemas na ferida cirúrgica (exsudato, dor).
Conclusões	A cirurgia dia está associada à taxa baixa de retorno hospitalar.

Quadro 49 – Síntese do estudo primário de Majholm et al. (2012), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

5.1.2.2 Síntese dos estudos primários conduzidos por enfermeiro (primeiro autor)

KLEINBECK, S. V. M. Self-reported at-home postoperative recovery. Research in Nursing & Health , v. 23, n. 6, p. 461-472, 2000.	
Pesquisa Metodológica	
Objetivo/ Intervenção	Descrever o desenvolvimento e teste inicial da escala de recuperação cirúrgica após a alta (PSR).
Método	O estudo foi dividido em fases: na primeira fase, conduziu-se estudo descritivo com amostra composta de 171 sujeitos adultos submetidos à cirurgia laparoscópica, sendo os tipos de cirurgia colecistectomia e herniorrafia inguinal selecionados, com vista a estabelecer o campo de estudo, o tipo de procedimento cirúrgico, e homogeneidade do grupo. Já na segunda fase do estudo, o instrumento PSR foi testado no campo, onde realizou-se medida quantitativa para a validade de conteúdo, por meio do índice de validade de conteúdo (mede a proporção ou porcentagem de concordância entre os juízes referente aos aspectos do instrumento e itens). Dois enfermeiros que tinham publicado estudos sobre recuperação cirúrgica foram convidados para avaliar a validade de conteúdo dos itens da escala PSR. A validade de constructo (método de medição de fenômenos que reflete o significado teórico) foi realizada para obter fator comum e estrutura simples, por meio da relação entre a porcentagem de recuperação relatada pelos pacientes e o escore da PSR, e também pela relação entre a escala PSR e um instrumento já conhecido (Wolfer–Davis Recovery Inventory).
Resultados	As variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significante foram: número de dias estimado até o retorno ao normal (apenas indicadores de pré-operatório), número de dias esperado antes de poder trabalhar, número de dias necessários de ajuda com o cuidado, capacidade de se movimentar, condição intestinal (diarreia, gás, ou constipação) e capacidade de cuidar das necessidades físicas pessoais. A validade de constructo foi apoiada pela relação entre a porcentagem relatada pelos pacientes (0-100%) sobre a recuperação cirúrgica e os escores da escala PSR, e também pela correlação entre a PSR e mensurações em ambiente domiciliar pelos enfermeiros especialistas.
Conclusões	Os clínicos ou pesquisadores interessados na extensão da recuperação cirúrgica, no pós-operatório no ambiente domiciliar, podem investigar padrões de sintomas e alterações ao longo do tempo em variedade de pacientes de cirurgia ambulatorial, utilizando a escala PSR.

Quadro 50 – Síntese do estudo primário de Kleinbeck (2000), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões

HORVATH, K. J. Postoperative recovery at home after ambulatory gynecologic laparoscopic surgery. <i>J Perianesth Nurs</i> , v. 18, n. 5, p. 324-34, 2003.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Mensurar a dor, fadiga e limitações funcionais que afetam o processo de recuperação "em casa", para cirurgia laparoscópica ginecológica ambulatorial e explorar as relações entre essas variáveis e o retorno às atividades normais.
Método	Estudo descritivo com a participação de 139 mulheres. Antes da alta hospitalar, os pacientes (ou familiares) receberam instrumentos para o registro da recuperação cirúrgica a cada dia de pós-operatório no ambiente domiciliar. A dor foi medida usando escala numérica com os seguintes parâmetros: 0-3 = dor leve; 4-6 = dor moderada; 7-10 = dor severa. A fadiga foi medida com a utilização da Rhoten Fatigue Scale. A função do paciente foi medida com o uso do Katz Index of Activities of Daily Living e Instrumental Activities of Daily Living. Já o retorno às atividades habituais, e o resultado do processo de recuperação foi estabelecido por autorrelato dos pacientes.
Resultados	Os resultados indicaram que 95% dos indivíduos retomaram as atividades básicas de autocuidado por volta do terceiro dia de pós-operatório, no entanto, menos de 40% dos participantes foram capazes de executar funções tais como: fazer compras, lavar e trabalhar fora de casa. O modelo de regressão logística indicou que dor e limitação do estado funcional foram os principais preditores de recuperação cirúrgica retardada. Os resultados apontaram que os pacientes precisaram de mais de cinco dias para retomar as atividades habituais e rotinas.
Conclusões	A influência da dor sobre o retorno às atividades habituais e rotinas sugere a necessidade de manejo melhor da dor por mais de 24 horas após a cirurgia. Além disso, os resultados têm implicações para o ensino pré-operatório e acompanhamento telefônico para os pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial.

Quadro 51 – Síntese do estudo primário de Horvath (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ZALON, M. L. Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery. <i>Nurs Res</i> , v. 53, n. 2, p. 99-106, 2004.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Determinar se a dor, fadiga, depressão são fatores significantes na recuperação de adultos idosos submetidos à cirurgia abdominal de grande porte, em relação ao estado funcional e autopercepção de recuperação nos primeiros três meses após a alta hospitalar.
Método	Estudo observacional descritivo que envolveu 192 pacientes adultos de ambos o sexo, com idade ≥60 anos, submetidos à cirurgia abdominal de grande porte. Os dados foram coletados no período da internação (n= 192), em seguida, três a cinco dias (n= 141), um mês (n= 132), e três meses após a alta para casa (n= 126) usando o Brief Pain Inventory, a Geriatric Depression Scale-Short Form, o Modified Fatigue Symptom Checklist, a Enforced Social Dependency Scale, e a Self Perception of Recovery Scale.
Resultados	A análise de regressão múltipla indicou que a dor, depressão e fadiga são significativamente relacionadas à autopercepção de pacientes e estado funcional na sua recuperação. Dor, fadiga e depressão foram associados a 13,4% da variação no estado funcional de três a cinco dias, 30,8% em um mês, e 29,1% nos três meses após a alta. Esses três fatores também foram associados a 5,6% da variação na autopercepção de recuperação durante a internação, 12,3% de três a cinco dias, 33,2% em um mês, e 16,1% em três meses após a alta hospitalar.

continua...

Conclusões	Dor, fadiga e depressão são fatores importantes no cuidado de enfermagem prestado ao paciente submetido à cirurgia abdominal. Intervenções específicas para reduzir a dor, depressão e fadiga precisam ser avaliadas sobre o impacto na recuperação pós-operatória de adultos idosos.
-------------------	---

conclusão.

Quadro 52 – Síntese do estudo primário de Zalon (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. Recovery of finnish short-stay surgery patients. Medsurg Nursing , v. 13, n. 5, p. 326-335, 2004.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Analisar as experiências de pacientes submetidos a curta cirurgia (ambulatorial) sobre a dor, náusea, vômitos, fadiga e problemas com a eliminação e cicatrização da ferida cirúrgica durante a fase de recuperação de uma semana no domicílio.
Método	Estudo observacional descritivo com amostra composta de 200 sujeitos para a primeira mensuração (um a dois dias de pós-operatório). A segunda medição (uma semana após a operação) contou com a participação de 73 pacientes que na primeira medição indicaram disposição para participar da segunda fase e forneceram o endereço de contato para o envio do segundo questionário. Os principais pontos relativos aos problemas de saúde biofisiológicos foram idênticos entre os questionários 1 (1 a 2 dias após a cirurgia) e 2 (1 semana após a operação).
Resultados	A dor foi relatada por 57% dos pacientes. Uma semana após a alta, um entrevistado relatou ter vomitado e quatro (6,5%) ainda tinham náuseas. O tipo de anestesia foi associado com desconforto gastrointestinal superior (náusea e vômito), os pacientes submetidos à anestesia geral sofreram mais frequentemente com náusea do que os submetidos à anestesia local. A fadiga foi experimentada por 77% dos pacientes. A constipação (27%), dificuldade em obter o fluxo da urina (11%) ou o controle do fluxo de urina (9%) foram os principais problemas relativos à eliminação. Quanto à cicatrização da ferida, 54% pacientes apresentaram dor na incisão, 7% sangramento, 4% tiveram infecção da ferida cirúrgica e receberam antibióticos.
Conclusões	Dado o rápido crescimento e expansão da cirurgia de curta duração, especialmente a cirurgia dia (ambulatorial), o avanço de conhecimento de enfermagem e a assistência prestada a esses pacientes necessitam de investimentos da profissão.

Quadro 53 – Síntese do estudo primário de Susilahti, Suominen e Leino-Kilpi (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

FOLDEN, S.; TAPPEN, R. Factors influencing function and recovery following hip repair surgery. Orthopaedic Nursing , v. 26, n. 4, p. 234-241, 2007.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Avaliar os preditores mais citados de recuperação bem sucedida: idade, sexo, equilíbrio, fadiga, queda de eficácia, dor, comorbidade, complicações após a cirurgia, capacidade cognitiva, depressão e estado funcional antes da intervenção cirúrgica.
Método	Estudo observacional com a participação de 73 sujeitos após cirurgia de reparação do quadril (substituição total de quadril-52%, dois pacientes tiveram substituições parciais de quadril, 17 tiveram redução aberta com fixação interna e o restante foram cirurgias de revisão do quadril). Os pacientes foram avaliados e acompanhados em programa de reabilitação com a duração desde a internação até três meses após a alta. O autorrelato foi usado para determinar a capacidade funcional pré-admissão nas áreas de cognição, atividades da vida diária, atividades sociais e em casa, bem como as atividades realizadas fora de casa antes da admissão. Três meses após a alta, um assistente da pesquisa realizou visitas domiciliares aos participantes, os quais preencheram os instrumentos de medidas.
Resultados	Em três meses a média (M) de complicações existentes entre os pacientes foi de M=0,64 (desvio padrão-DP =1,21). O número de doenças crônicas relatadas pelos participantes variou de zero a seis (M=1,77, DP=1,19). O retorno da capacidade funcional após a alta hospitalar, equilíbrio, estado cognitivo e capacidade funcional prévia foram preditores de recuperação cirúrgica bem sucedida. Entretanto, houve influência negativa significativa de fadiga na capacidade funcional durante os três meses após a cirurgia.
Conclusões	Com a influência negativa da fadiga na capacidade funcional, destaca-se a necessidade de intervenções para a sua redução com o objetivo de melhorar a recuperação cirúrgica de pacientes após reparação do quadril.

Quadro 54 – Síntese do estudo primário de Folden e Tappen (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. Journal of Clinical Nursing , v. 17, n. 5, p. 576-583, 2008.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/ Intervenção	Investigar o efeito da ansiedade pré-operatória e incerteza, em curto prazo de recuperação física e mental após artroplastia eletiva.
Método	Estudo observacional descritivo com 87 pacientes admitidos para cirurgia eletiva de artroplastia total de quadril. Questionários de autopreenchimento foram aplicados, antes do procedimento cirúrgico e cinco a seis dias após a cirurgia. No pré-operatório, os autores investigaram a incerteza e ansiedade pré-operatória dos pacientes participantes da pesquisa e dados sócio-demográficos foram registrados. Já no pós-operatório, os pesquisadores analisaram as variáveis de recuperação de curto prazo e a disposição subjetiva do paciente para receber alta hospitalar.
Resultados	A análise de correlação demonstrou que a ansiedade e incerteza foram negativamente associadas ao bem-estar e saúde mental dos pacientes no pós-operatório e, positivamente associadas às complicações e sintomas físicos no pós-operatório (dor relacionada ao sítio cirúrgico, imobilidade, insônia, distúrbios do trato urinário, constipação, náuseas, fraqueza, dispneia, dor de cabeça, dor nas costas, falta de apetite e equilíbrio prejudicado).

continua...

Conclusões	A redução da ansiedade e incerteza pré-operatória pode ter impacto positivo na recuperação cirúrgica no pós-operatório e na disposição dos pacientes para a alta hospitalar. Para a recuperação pós-operatória, os autores enfatizaram a necessidade de intervenções clínicas e educacionais que separadamente podem reduzir a incerteza e ansiedade.
-------------------	---

conclusão.

Quadro 55 – Síntese do estudo primário de Kagan e Bar-Tal (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

BARNASON, S. et al. Relationships between fatigue and early postoperative recovery outcomes over time in elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Heart & Lung , v. 37, n. 4, p. 245-256, 2008.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/ Intervenção	Investigar as relações de fadiga e resultados precoces de recuperação (psicossocial, fisiológica e atividade física) ao longo do tempo (seis semanas e três meses) entre adultos idosos, com idade acima de 65 anos, após cirurgia de revascularização do miocárdio.
Método	Estudo de coorte cuja amostra foi composta de 119 indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio. Os grupos de comparação foram estabelecidos da seguinte forma: sujeitos que apresentaram fadiga em três semanas após a cirurgia (n= 66) e os que não apresentaram (n= 53) com base nos autorrelatos de experiência de fadiga (presente ou não), usando o instrumento Cardiac Symptom Survey (CSS). Os dados foram coletados por meio de entrevistas telefônicas, para obter-se respostas às medidas de funcionamento psicossocial e fisiológico usando os instrumentos Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36) e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
Resultados	Em seis semanas após a cirurgia, os sujeitos com fadiga apresentaram significativamente funcionamento psicossocial mais prejudicado (papel-emocional, mudança de humor, bem-estar), funcionamento emocional alterado (estado emocional interferiu com a quantidade ou tipo de trabalho) e função social também prejudicada (paciente experimentou interferência na capacidade de participar de atividades sociais normais) com base nos dados evidenciados com a aplicação do Medical Outcome Study Short Form 36. Os pacientes com fadiga também apresentaram de forma significativa média maior de ansiedade hospitalar e escores maiores de depressão. A ansiedade prejudicou significativamente o processo de recuperação cirúrgica em três meses. O funcionamento fisiológico, especificamente o aspecto físico foi significativamente ($p < 0,05$) prejudicado (capacidade física prejudicada em quantidade e tipo de trabalho) no grupo de sujeitos com fadiga em seis semanas após a cirurgia de revascularização do miocárdio.
Conclusões	A fadiga persistente pode dificultar a recuperação após cirurgia de revascularização do miocárdio. Intervenções padronizadas são necessárias para o manejo da fadiga e melhorar os resultados dos pacientes.

Quadro 56 – Síntese do estudo primário de Barnason et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

VOHRA, R. S. et al. Predictors of return to work following carotid endarterectomy. British Journal of Surgery , v. 95, n. 9, p. 1111-1114, 2008.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Objetivo/Intervenção	Investigar os fatores que predizem o retorno ao trabalho após a cirurgia endarterectomia carotídea (CEA), e identificar as razões que impedem ou influenciam na velocidade com que o paciente retorna ao trabalho.
Método	Estudo observacional descritivo com a participação de 270 pacientes com idade inferior a 65 anos em atividade produtiva, os quais preencheram questionário para avaliar o regresso ao trabalho após CEA. Um mínimo de 12 meses após a cirurgia foi permitido para a recuperação. As informações sobre a ocupação antes e depois da cirurgia e o tempo de convalescença foram coletadas a partir do questionário postal.
Resultados	Dos 88 pacientes que estavam empregados antes da cirurgia, 66 (75%) retornaram ao trabalho após a cirurgia. Tais pacientes eram mais jovens do que os 15 pacientes (17%) que se aposentaram após a cirurgia (58 anos versus 62 anos; $p < 0,001$). Na análise multivariada, o aumento da idade e acidente vascular cerebral (AVC) foram os principais preditores de fracasso para retornar ao trabalho. A convalescença apresentou mediana de 4 semanas, mas foi prolongada em pacientes com doença cardiovascular sintomática e naqueles que necessitaram de cuidados intensivos no pós-operatório.
Conclusões	O retorno ao trabalho após CEA foi influenciado pela idade e AVC no pré-operatório. Os pacientes que se aposentaram e não retornaram ao trabalho após a cirurgia eram mais idosos do que aqueles que retornaram ao trabalho.

Quadro 57 – Síntese do estudo primário de Vohra et al. (2008), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ALLVIN, R. et al. Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability. Journal of Evaluation in Clinical Practice , v. 15, n. 3, p. 411-419, 2009.	
Pesquisa metodológica	
Objetivo/Intervenção	Descrever o desenvolvimento de questionário curto e fácil de aplicação para mensurar a recuperação pós-operatória e avaliar a validade de conteúdo e confiabilidade intrapaciente.
Método	O estudo foi conduzido em quatro etapas: (1) definição de item e conceituação baseada em referencial teórico, e a partir da perspectiva de pacientes, enfermeiros e cirurgiões estabeleceu-se a descrição da recuperação no pós-operatório; (2) validade de conteúdo dos itens realizada por meio da pericia de juízes; (3) teste do questionário para confirmar a sua viabilidade e exigência de carga de trabalho; (4) a estabilidade do questionário foi avaliada por meio da confiabilidade intrapacientes.
Resultados	Como resultado do processo de operacionalização do conceito de recuperação pós-operatória, cinco dimensões (sintomas físicos, funções físicas, psicológicas, atividade, social) e 19 itens foram identificados. Em média, 85% dos participantes concordaram com 18 itens por considerarem essenciais no processo de recuperação cirúrgica (dor, náuseas, fadiga, alterações do apetite, dificuldades para dormir, função gastrointestinal, função da bexiga, mobilização, fraqueza muscular, atividade sexual, ansiedade e preocupação, sentindo-se com baixa estima, sentindo-se solitário/abandonado, dificuldade de concentração, atividades sociais, dependência dos outros, restabelecer a vida diária, e higiene pessoal).
Conclusões	Com base em quadro teórico e dados empíricos, os autores desenvolveram um questionário curto e fácil de aplicação, na tentativa de mensurar a recuperação pós-operatória relatada pelo paciente.

Quadro 58 – Síntese do estudo primário de Allvin et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados e conclusões

ROSEÁN, H. I. et al. Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. BMC Nurs , v.9, n.16, p. 1-8, 2010.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Descrever as experiências dos pacientes e as causas percebidas de desconforto persistente após cirurgia ambulatorial.
Método	Estudo observacional descritivo cuja amostra foi composta de 298 pacientes submetidos à variedade de procedimentos ambulatoriais. Os resultados abrangeram as respostas dos pacientes a uma pergunta aberta relacionada ao desconforto após a cirurgia ambulatorial (118 pacientes em 48 horas, 110 em sete dias e 46 em três meses). Tal questão aberta foi construída da seguinte forma: Se você ainda está enfrentando desconforto relacionado com a cirurgia, qual é a razão, em sua opinião? Os dados foram processados, quantitativamente e qualitativamente na forma descritiva, correlação inferencial e análise de conteúdo.
Resultados	Os resultados sugerem que os pacientes sofreram de desconforto que permaneceu após a cirurgia ambulatorial até três meses, com efeitos na vida diária, (por exemplo, dor, problema com a ferida cirúrgica, ansiedade, sangramento, tonturas náuseas, tristeza, rigidez, espasmos, inchaço, cansaço). Na percepção dos pacientes, os fatores que acarretaram o desconforto foram tratamento incorreto ou equivocado, tipo de cirurgia ou fornecimento insuficiente de informações adequadas pelos profissionais de saúde.
Conclusões	Os resultados têm implicações importantes para a prevenção e manejo de desconforto em casa após cirurgia ambulatorial e, para as intervenções de enfermagem que podem auxiliar o paciente a enfrentar melhor o processo de recuperação.

Quadro 59 – Síntese do estudo primário de Rosén et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

DOWSEY, M. M. et al. 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 , v. 92, n. 4, p. 513-20, 2010.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Investigar a mudança de peso, o resultado funcional e clínico em grupos não obesos e obesos de pacientes submetidos à substituição primária total de joelho durante 12 meses de pós-operatório.
Método	Estudo de coorte com a participação de 529 pacientes submetidos à substituição primária total de joelho em hospital de ensino de grande porte. Os pacientes foram agrupados de acordo com o índice de massa corporal (IMC) no pré-operatório, sendo considerados não obesos aqueles com IMC <30 kg/m ² , obesidade (IMC 30 a 39 kg/m ²) e obesidade mórbida (IMC >40 kg/m ²). Os instrumentos Short-Form12 score (SF-12) e International Knee Score (IKS) foram preenchidos pelos pacientes durante 12 meses de pós-operatório.
Resultados	No geral, 318 pacientes (60,1%) eram obesos ou obesos mórbidos. Dentre os 12 meses, a perda de peso clinicamente significativa ($\geq 5\%$) ocorreu em 40 pacientes obesos (12,6%), mas 107 pacientes (21%) ganharam peso. Os eventos adversos ocorreram em 30 pacientes não obesos (14,2%), 59 obesos (22,6%) e 20 obesos mórbidos (35,1%) ($p = 0,001$). As principais complicações que acarretaram resultados funcionais pobres foram: trombose venosa profunda, problemas com a ferida cirúrgica, dor, infecção e complicações no procedimento cirúrgico. A maior taxa de readmissão também foi observada no grupo de pacientes obesos.
Conclusões	Os pacientes obesos devem ser orientados sobre o pior resultado funcional após a substituição primária total do joelho, bem como o risco de ganho de peso e de eventos adversos nos primeiros 12 meses após a cirurgia.

Quadro 60 – Síntese do estudo primário de Dowsey et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ROSEN, H. I. et al. Patients experiences of pain following day surgery - at 48 hours, seven days and three months. Open Nurs J , v.5, n.1, p. 52-55, 2011.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Descrever a percepção de dor de pacientes, o retorno às atividades normais e função diária ao longo do tempo, após cirurgia ambulatorial.
Método	Estudo observacional descritivo com amostra composta de 298 pacientes submetidos à variedade de procedimentos ambulatoriais em hospital comunitário de 450 leitos na Suécia. Para a coleta dos dados, questionários foram aplicados nos pacientes em três períodos, os quais relataram a intensidade da dor e sua interferência com as funções e atividades diárias nos períodos de 48 horas, sete dias e três meses após a cirurgia ambulatorial.
Resultados	A escala numérica de classificação de dor (NRS) foi respondida por apenas 230 pacientes 48 horas após a cirurgia, desses 55% (n = 127) relataram dor (≥ 4). Já no sétimo dia de pós-operatório, 213 pacientes responderam a NRS, desses 43% (n = 91) tiveram dor (≥ 4). Quando completado três meses após a cirurgia ambulatorial somente 76 sujeitos responderam a NRS e 34% (n = 26) tiveram dor (≥ 4). A dor foi fator que interferiu diretamente, afetando as variáveis "atividade geral", "trabalho normal" e "capacidade de caminhar". Dor > 4 na NRS após o procedimento cirúrgico interferiu no trabalho de pacientes.
Conclusões	A dor afeta particularmente as variáveis atividade geral, trabalho normal e a capacidade de andar. Assim, pode haver risco de que os pacientes não retornam as atividades normais dentro de sete dias, devido experiência de dor em 48 horas após cirurgia ambulatorial.

Quadro 61 – Síntese do estudo primário de Rosén et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ALLVIN, R. et al. The Postoperative Recovery Profile (PRP) - a multidimensional questionnaire for evaluation of recovery profiles. J Eval Clin Pract , v. 17, n. 2, p. 236-43, 2011.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Avaliar o instrumento Postoperative Recovery Profile (PRP) sobre a validade de construto e capacidade de discriminar perfis de recuperação entre grupos de pacientes. Além disso, as variáveis de itens de importância maior durante o progresso da recuperação cirúrgica foram investigadas.
Método	Estudo observacional descritivo com a participação de 158 pacientes submetidos à cirurgia eletiva abdominal inferior e cirurgia ortopédica. Todos os participantes preencheram o instrumento PRP, o qual continha as variáveis de 19 itens. As mensurações foram feitas em seis ocasiões, antes da alta, dia 3, dia 10, 1 mês, 2 meses e 3 meses após a alta. De acordo com os resultados da avaliação feita pelo uso do instrumento PRP, os participantes que não foram considerados totalmente recuperados, durante o período de três meses após a alta, foram convidados a preencher mensalmente o mesmo instrumento até que tivessem a soma de indicadores de 19 pontos ou 12 meses após a cirurgia.
Resultados	Doze meses após a alta hospitalar, o PRP mensurou e discriminou significativamente os perfis de recuperação de grupos de pacientes submetidos a cirurgias abdominais e ortopédicas. A variável dor foi o aspecto mais importante em cada ocasião do seguimento, em ambos os grupos de estudo. Outras variáveis que também influenciaram o processo de recuperação foram: dificuldades para dormir, função gastrointestinal, mobilização e higiene pessoal.
Conclusões	O instrumento PRP tem validade de construto boa e capacidade de discriminar os perfis de recuperação em diferentes grupos. O PRP permite a avaliação do progresso de recuperação pós-operatória, e pode ser útil para avaliar a recuperação relatada pelo paciente após o tratamento cirúrgico, tanto em nível individual quanto de grupo.

Quadro 62 – Síntese do estudo primário de Allvin et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ARAKELIAN, E. et al. Factors influencing early postoperative recovery after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. European Journal of Surgical Oncology , v. 37, n. 10, p. 897-903, 2011.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Descrever a recuperação pós-operatória intra-hospitalar e os fatores relacionados com a recuperação do paciente submetido a Cito Redutora (CRS) e quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC).
Método	Estudo observacional descritivo, no qual realizou-se auditoria retrospectiva do registro eletrônico de saúde (EHR) de 76 pacientes com diagnóstico de carcinomatose peritoneal (PC) tratados principalmente com CRS e HIPEC, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2006.
Resultados	A presença de náuseas foi documentada em 67 pacientes, por cerca de 13 dias de pós-operatório. Em 51 pacientes, o distúrbio do sono foi registrado durante as três primeiras semanas de pós-operatório. De acordo com os registros, 49 pacientes sofreram de ansiedade, preocupação, baixa estima ou abandono, e/ou teve alucinações durante as três primeiras semanas de pós-operatório. O tempo total de permanência na unidade de terapia intensiva (UTI) teve impacto sobre o processo de recuperação no pós-operatório.
Conclusões	As atividades como beber, comer, recuperação de funções intestinais e mobilização foram restabelecidas dentro de 11 dias de CRS e HIPEC. Tais fatores devem ser informados e discutidos com pacientes no pré-operatório, e considerados no plano de cuidados individualizado para o paciente, a fim de alcançar a recuperação mais efetiva.

Quadro 63 – Síntese do estudo primário de Arakelian et al. (2011), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

5.1.2.3 Síntese dos estudos primários conduzidos por psicólogo (primeiro autor)

SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. Influence of the emotional response to surgery on functional recovery during 6 months after hip arthroplasty. J Behav Med , v. 24, n. 5, p. 489-502, 2001.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Investigar se a resposta emocional a realização de artroplastia de quadril prediz a recuperação funcional após o controle da função pré-operatória e trauma cirúrgico.
Método	Estudo descritivo com a participação de 102 pacientes submetidos à artroplastia primária unilateral eletiva por osteoartrite. O humor e fadiga foram mensurados consecutivamente no pré-operatório e três dias de pós-operatório. O comprometimento funcional foi avaliado no hospital entre 24-48 horas no pré-operatório por meio do Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC). Os pacientes receberam visitas domiciliares e o instrumento WOMAC foi aplicado em um e seis meses de pós-operatório. O humor foi avaliado por escalas a partir do Profile of Mood States (POMS), medindo tensão, ansiedade, depressão, fadiga e vigor físico.

continua...

Resultados	A recuperação cirúrgica foi retardada no paciente com trauma cirúrgico maior. O período de recuperação também foi mais lento em pacientes com pior função pré-operatória e com maior ansiedade e fadiga.
Conclusões	A recuperação cirúrgica pode ser facilitada pelo controle da resposta inflamatória ao trauma cirúrgico, e as tentativas para melhorar a recuperação cirúrgica de longo prazo poderiam incidir sobre a manipulação da emoção e da motivação no momento da cirurgia.

conclusão.

Quadro 64 – Síntese do estudo primário de Salmon, Hall e Peerbhoy (2001), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

ILLE, R. et al. Influence of patient-related and surgery-related risk factors on cognitive performance, emotional state, and convalescence after cardiac surgery. Cardiovascular Revascularization Medicine , v. 8, n. 3, p. 166-169, 2007.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Investigar a influência de diferentes fatores de risco no desempenho cognitivo, estado emocional e convalescença.
Método	Estudo observacional descritivo cuja amostra foi composta de 83 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca que não tinham indicação de delírio pós-operatório. Os testes psicométricos foram realizados um dia antes e sete dias após a cirurgia. Os níveis de Enolase Neuronal Específica (NSE) foram medidos um dia antes e 36 horas após a cirurgia.
Resultados	Dos pacientes, 43% apresentaram declínio pós-operatório. Os pacientes mais velhos demonstraram uma soma maior de fatores de risco para convalescença do que em pacientes mais jovens. Os pacientes submetidos a cirurgias de revascularização miocárdica ou procedimentos combinados apresentaram mais fatores de risco para convalescença prolongada do que aqueles submetidos apenas à cirurgia valvar, e o número de enxertos foi associado com o tempo de hospitalização.
Conclusões	Para os pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca, a idade avançada, o número de fatores de risco preexistentes e a duração da cirurgia parecem ser os fatores mais importantes para o desfecho cognitivo e prolongamento de convalescença após a cirurgia.

Quadro 65 – Síntese do estudo primário de Ille et al. (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

GILMARTIN, J. Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. Journal of Clinical Nursing , v. 16, n. 6, p. 1109-1117, 2007.	
Estudo de Significado	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	O objetivo do estudo foi explorar e revelar as percepções dos pacientes sobre o planejamento de alta e recuperação após a cirurgia ambulatorial.
Método	Abordagem metodológica qualitativa com referencial teórico fenomenológico com a participação de 30 pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial em hospital de ensino de grande porte, no norte da Inglaterra. Dos pacientes selecionados, 14 foram submetidos à cirurgia ginecológica, 12 urológica e quatro cirurgia geral. As entrevistas abertas, variando de 40 a 60 minutos, foram realizadas nas casas dos pacientes de 7-10 dias após a cirurgia.

continua...

Resultados	Os pacientes de cirurgia ginecológica apontaram a falta de informação verbal específica sobre a retomada das atividades sexuais após o procedimento cirúrgico. Alguns pacientes submetidos à cirurgia geral e urológica relataram estresse ao lidar com ameaças à imagem corporal, devido descoloração da pele, inchaço ou hematomas. Os pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial (ginecológica, urológica e cirurgia geral), também relataram outros problemas com o processo de recuperação cirúrgica tais como: dificuldades para micção, dor, sangramento, infecção da ferida cirúrgica, fadiga, distúrbio do sono, expressão de ansiedade e desconforto e mudanças de humor.
Conclusões	Os resultados e os problemas identificados têm aplicabilidade para o desenvolvimento de serviços de planejamento da alta hospitalar e educação dos pacientes no contexto da cirurgia ambulatorial. A utilização de práticas baseadas em evidências e intervenções inovadoras pelos profissionais de saúde podem melhorar os resultados dos pacientes.

conclusão.

Quadro 66 – Síntese do estudo primário de Gilmartin (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

PETERS, M. L. et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. Annals of Surgery , v. 245, n. 3, p. 487-494, 2007.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Objetivo/Intervenção	Identificar os preditores somáticos e psicológicos de dor, limitações funcionais, recuperação global percebida, e qualidade de vida em 6 meses após a intervenção cirúrgica.
Método	Estudo observacional descritivo cuja amostra foi composta de 625 pacientes submetidos à cirurgia eletiva. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Pain Catastrophizing Scale (PCS); Behavioral Inhibition Scale (BIS); Life Orientation Test (LOT); General Self-Efficacy Scale (GSES); Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (SF-36). Tais instrumentos foram aplicados no pré-operatório, e a dor aguda pós-operatória foi registrada até quatro dias após a cirurgia. Seis meses após a cirurgia, todos os pacientes receberam os instrumentos de acompanhamento para avaliar a dor, limitações funcionais, recuperação global percebida e qualidade de vida.
Resultados	Os preditores somáticos mais importantes de resultados desfavoráveis foram duração da cirurgia ($\geq 3h$), complexidade do procedimento cirúrgico (procedimento cirúrgico de porte intermediário e grande), níveis elevados de dor aguda pós-operatória e maior classificação ASA (III). Os pacientes que relatam níveis elevados de dor até quatro dias após a cirurgia e aqueles submetidos à cirurgia com duração de mais de 3 horas estavam em risco aumentado de dor, limitações funcionais, recuperação global pobre, e relataram níveis mais baixos de qualidade de vida em seis meses após a cirurgia. As variáveis psicológicas que influenciaram os resultados a longo prazo foram o medo pré-operatório de cirurgia e o otimismo. O medo das consequências da cirurgia foi associado com mais dor, recuperação global pobre, e pior qualidade de vida seis meses após a cirurgia, enquanto, que o otimismo foi associado a melhor recuperação e qualidade de vida.
Conclusões	Este estudo identificou a articulação e contribuição dos fatores somáticos e psicológicos para a dor crônica, limitações funcionais e qualidade de vida seis meses após a cirurgia. Os resultados demonstraram que a dor aguda intensa no período pós-operatório é fator de risco para resultados adversos a longo prazo e também foram identificados os fatores de risco adicionais, longa duração da cirurgia, estado da classificação ASA, e medo pré-operatório da cirurgia.

Quadro 67 – Síntese do estudo primário de Peters et al. (2007), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

PETERS, M. L. et al. Predictors of physical and emotional recovery 6 and 12 months after surgery. Br J Surg , v. 97, n. 10, p. 1518-27, 2010.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Investigar a incidência e preditores de resultados desfavoráveis a longo prazo após cirurgia.
Método	Estudo observacional descritivo com amostra de 401 pacientes submetidos a vários procedimentos cirúrgicos eletivos. Para a coleta de dados, os pacientes preencheram o RAND 36-item Health Survey 1.0, instrumento de qualidade de vida relacionada à saúde, antes da cirurgia e em seis e 12 meses de acompanhamento, para avaliar mudanças na dor, função física, saúde mental e vitalidade.
Resultados	Uma proporção considerável dos pacientes (14-24%) demonstrou deterioração em seis e 12 meses após a cirurgia. A análise de regressão linear múltipla identificou dor aguda pós-operatória, duração da cirurgia, medo cirúrgico pré-operatório, e condição física pré-operatória como os principais preditores de dor a longo prazo e funcionamento físico. Os principais preditores de saúde mental e vitalidade foram condição física antes da cirurgia, medo cirúrgico e otimismo.
Conclusões	Até um quarto dos pacientes apresentou recuperação cirúrgica abaixo do ideal após a cirurgia. Ambos, os fatores somáticos e psicológicos foram associados com o resultado a longo prazo. Ótima recuperação poderia ser promovida por meio de intervenções eficazes sobre fatores maleáveis.

Quadro 68 – Síntese do estudo primário de Peters et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

SINIKALLIO, S. et al. Coexistence of pain and depression predicts poor 2-year surgery outcome among lumbar spinal stenosis patients. Nordic Journal of Psychiatry , v. 64, n. 6, p. 391-396, 2010.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Investigar se a coexistência de dor e os sintomas depressivos em pacientes submetidos à cirurgia de estenose espinhal lombar (LSS), com três meses de segmento predizem resultados em 2 anos.
Método	Estudo de coorte com a participação de 93 pacientes portadores de estenose lombar espinhal submetidos à cirurgia descompressiva. Os pacientes foram divididos em dois grupos, a saber: "grupo sofrimento" (n=24) formado por pacientes que apresentavam escores elevados de depressão (BDI≥10) e classificação elevada de dor (VAS≥ mediana de 20) em três meses de seguimento, e o grupo (n= 69) "não sofrimento". A coleta de dados foi realizada em três meses, um ano e dois anos de pós-operatório. A depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI). Já o funcionamento físico e a dor foram avaliados com o Oswestry Disability Index, o Stucki Questionnaire, autorrelato da capacidade de andar, a escala visual analógica (EVA) e desenho de dor.
Resultados	No "grupo sofrimento", os resultados evidenciaram gravidade maior dos sintomas e incapacidade maior, do que os resultados do "grupo sem sofrimento" em todas as fases do seguimento. Nenhuma melhora clínica foi observada no "grupo de sofrimento" durante o acompanhamento. Associação independente foi observada entre os pacientes pertencentes ao "grupo sofrimento" e dois anos de incapacidade, gravidade dos sintomas e capacidade pobre para locomover/caminhar.
Conclusões	Ainda que moderadamente aumentados os escores da VAS e do BDI, ao apresentar simultaneamente em nível individual do paciente durante o período pós-operatório precoce, implicam em forte carga clínica e fator de risco para a recuperação cirúrgica pobre.

Quadro 69 – Síntese do estudo primário de Sinikallio et al. (2010), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

5.1.2.4 Síntese dos estudos primários conduzidos por dentista (primeiro autor)

PHILLIPS, C. et al. Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg , v. 61, n. 12, p. 1436-48, 2003.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Identificar as características demográficas, saúde oral, fatores cirúrgicos associados à recuperação prolongada após cirurgia do terceiro molar, utilizando o questionário de qualidade de vida (QV) e os resultados clínicos relacionados à saúde.
Método	Estudo observacional descritivo cuja amostra foi composta de 547 sujeitos, os dados foram obtidos por meio da aplicação do instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde (QVRS) e os resultados clínicos após a cirurgia do terceiro molar. De acordo com os resultados da aplicação do QVRS, os autores delimitaram critérios que separavam os pacientes em dois grupos, ou seja, pacientes com recuperação prolongada e sem. A recuperação clínica retardada foi indicada quando o paciente recebeu pelo menos uma visita pós-cirúrgica com tratamento (intervenção). Modelos de avaliação de risco para a recuperação prolongada da QVRS ou recuperação clínica retardada foram desenvolvidos por meio da análise de regressão logística
Resultados	O sexo feminino, idade >24 anos, tempo de cirurgia ≥40 minutos, sintomas prévios relacionado com o terceiro molar e procedimento cirúrgico difícil foram preditores com diferença estatisticamente significante de recuperação clínica retardada.
Conclusões	Determinadas condições demográficas e de saúde oral antes da cirurgia e características da cirurgia em si, aumentam o risco de recuperação prolongada de QVRS e retardam os resultados clínicos após cirurgia do terceiro molar.

Quadro 70 – Síntese do estudo primário de Phillips et al. (2003), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

CHAUSHU, G. et al. Patients' perceptions of recovery after exposure of impacted teeth with a closed-eruption technique. Am J Orthod Dentofacial Orthop , v. 125, n. 6, p. 690-6, 2004.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Avaliar a percepção dos pacientes sobre a recuperação no pós-operatório imediato após a exposição cirúrgica de dentes inclusos tratados com técnica de erupção fechada cirúrgico-ortodôntica.
Método	Estudo descritivo prospectivo com a participação de 29 pacientes que receberam o instrumento de qualidade de vida relacionada à saúde (HRQOL) para ser preenchido durante os sete dias de pós-operatório. O impacto das variáveis preditoras possíveis, tais como: a idade, sexo, tempo de procedimento cirúrgico, localização do dente, altura de compactação e a necessidade de remoção óssea foram investigadas. Os pacientes foram contatados por telefone durante sete dias consecutivos de pós-operatório, para incentivá-los no preenchimento do instrumento HRQOL.
Resultados	A localização cirúrgica vestíbulo-lingual dos dentes foi a variável preditora mais significativa, com resultados que demonstraram recuperação retardada para os pacientes com dentes impactados em tal região. Diferenças estatisticamente significantes foram evidenciadas relacionadas aos fatores que influenciaram a recuperação cirúrgica de forma negativa acarretando ausência da escola e interferência na atividade diária dos pacientes, tais como: edema, seguida pela dificuldade para a fala e abertura da boca, procedimento cirúrgico ≥30 minutos e dor severa (escore 8-10 de 10 na Escala Analógica Visual da Dor).
Conclusões	O estudo fornece informações para pacientes e médicos sobre a o processo de recuperação cirúrgica no pós-operatório após a exposição cirúrgica de dentes inclusos pela técnica de erupção fechada cirúrgico-ortodôntica.

Quadro 71 – Síntese do estudo primário de Chaushu et al. (2004), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

RUVO, A. T. et al. The impact of delayed clinical healing after third molar surgery on health-related quality-of-life outcomes. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery , v. 63, n. 7, p. 929-935, 2005.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = IV	
Objetivo/Intervenção	Investigar o impacto da recuperação clínica retardada após a cirurgia de remoção do terceiro molar sobre a recuperação da qualidade de vida relacionada à saúde (HRQOL).
Método	Estudo observacional descritivo cuja amostra foi composta de 547 pacientes submetidos à remoção de quatro terceiros molares. Os dados foram obtidos por meio da aplicação nos pacientes da Escala de Dor de Gracely e do instrumento de qualidade de vida relacionada à saúde (HRQOL), o qual inclui domínios de estilo de vida, função oral, e itens de dor, que avaliaram o processo de recuperação cirúrgica em cada um dos 14 dias após a cirurgia de terceiro molar.
Resultados	Nos pacientes que apresentaram recuperação clínica retardada, a prevalência de recuperação retardada para estilo de vida quase duplicou. Proporção maior de pacientes com recuperação clínica retardada teve o procedimento cirúrgico considerado mais difícil pelo cirurgião e remoção óssea. Esses sujeitos relataram retardo na recuperação da função oral, recuperação tardia (retardada) dos sintomas e resolução da dor. Os resultados evidenciaram diferença estatisticamente significativa média entre aqueles pacientes com recuperação clínica retardada e os sem, para a intensidade sensorial da dor e do desconforto de dor a partir do terceiro dia até o dia 14 ^o após o procedimento cirúrgico.
Conclusões	A recuperação clínica retardada após cirurgia do terceiro molar aumentou significativamente a prevalência de recuperação retardada (tardia) de estilo de vida, da função oral, sintomas tardiamente e dor.

Quadro 72 – Síntese do estudo primário de Ruvo et al. (2005), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

5.1.2.5 Síntese do estudo primário conduzido por fisioterapeuta (primeiro autor)

DEN BOER, J. J. et al. Continued disability and pain after lumbar disc surgery: the role of cognitive-behavioral factors. Pain , v. 123, n. 1-2, p. 45-52, 2006.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Investigar o papel da avaliação de fatores comportamentais e cognitivos pré-operatório na deficiência (recuperação cirúrgica) pós-operatória e intensidade da dor em pacientes submetidos à cirurgia para síndrome radicular lombossacral.
Método	Estudo de coorte prospectivo com a participação de 277 pacientes submetidos à cirurgia para a síndrome radicular lombossacral. O estudo abordou os valores preditivos das medidas pré-operatórias de fatores cognitivo-comportamentais (medo do movimento ou nova lesão, enfrentamento passivo da dor e expectativas de resultado negativo) para incapacidade e intensidade da dor no período de seis semanas e seis meses após a cirurgia, utilizando instrumentos, tais como: Roland Disability Questionnaire, Escala Visual Analógica de Dor, Tampa Scale of Kinesiophobia, Pain-Coping Inventory.

continua...

Resultados	Os níveis elevados de fatores cognitivo-comportamentais no pré-operatório foram associados aos piores resultados em seis semanas e seis meses de pós-operatório. Na análise de regressão múltipla, o medo do movimento/ (re) lesão, expectativas de resultado negativo, nível de educação menor, déficit neurológico maior no pré-operatório (1, sem disfunção; 2 disfunções sensoriais ou motora, 3, disfunção sensorial e motora), incapacidades no pré-operatório e nível alto de dor pré-operatória e nos três dias de pós-operatório foram preditivos independentes de incapacidade maior e dor severa tanto nas seis semanas, quanto em seis meses; estratégias passivas de enfrentamento da dor também foi preditor de incapacidade em seis meses.
Conclusões	Os resultados suportam a utilidade potencial de medidas de triagem pré-operatória que incluam os fatores cognitivo-comportamentais, bem como, a necessidade de estudos para investigar os benefícios potenciais do tratamento cognitivo-comportamental para melhorar o resultado cirúrgico.

conclusão.

Quadro 73 – Síntese do estudo primário de Den Boer et al. (2006), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

5.1.2.6 Síntese do estudo primário conduzido por fonoaudiólogo (primeiro autor)

BARKER, J. et al. Incidence and impact of dysphagia in patients receiving prolonged endotracheal intubation after cardiac surgery. Can J Surg , v. 52, n. 2, p. 119-24, 2009.	
Estudo de Prognóstico/Predição	
Nível de evidência = II	
Objetivo/Intervenção	Investigar a contribuição da disfagia no processo de recuperação após a intubação endotraqueal prolongada.
Método	Estudo de coorte retrospectivo conduzido com todos os 254 pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca no período de 2001 a 2004. Os pacientes em que a intubação endotraqueal durou 48 horas ou mais foram os elegíveis para a análise retrospectiva.
Resultados	A disfagia foi diagnosticada em 130 pacientes (51%) da pesquisa. A ocorrência de disfagia ($p < 0,001$) e a duração da intubação traqueal ($p < 0,001$) foram os fatores independentes associados com retorno atrasado para a alimentação oral normal. Em contraste, vários fatores independentes foram associados ao retardo para a alta hospitalar, incluindo a presença de disfagia ($p < 0,001$), de ataques cerebrovasculares ($p < 0,001$), tempo de intubação orotraqueal ($p < 0,001$) e número de eventos de intubação endotraqueal ($p < 0,006$).
Conclusões	A disfagia é mais comum em pacientes com intubação endotraqueal prolongada após cirurgia cardíaca do que tem sido relatado na literatura. A duração da intubação endotraqueal pós-operatória é um forte preditor de disfagia, e consequentemente prolonga o retorno à alimentação oral normal e retarda a alta hospitalar.

Quadro 74 – Síntese do estudo primário de Barker et al. (2009), segundo tipo de investigação, objetivo, método, resultados, conclusões e nível de evidência

5.2 Resultados da Atividade 3: Coleta e gerenciamento dos dados

No processo de coleta e gerenciamento de dados, conforme descrito na p. 55 do item método do presente estudo, o foco foi direcionado sobre o uso comum do conceito, por meio de palavras ou expressões (atributos), e seus significados associados, ao articularem o conceito recuperação cirúrgica retardada. Os dados identificados, tais como: descritores chave (atributo), variações temporais (antecedentes, consequentes), termos substitutos, conceitos relacionados, variações contextuais e referências do conceito foram extraídos dos estudos primários utilizando o instrumento validado (Apêndice A). Tais dados foram organizados em ordem cronológica de acordo com o ano de publicação do estudo, e categorizados de acordo com cada disciplina da saúde: medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia. Em suma, os dados foram extraídos da amostra de 66 estudos primários que contemplaram os critérios de seleção da RI conduzida.

5.3 Resultados da Atividade 4: Análise dos dados

A análise dos dados enfocou a identificação de consenso concernente ao uso e significado dos elementos descritivos da recuperação cirúrgica retardada, como meio de estabelecer o atual estado do conhecimento sobre o conceito. De acordo com Rodgers (2000), a clareza conceitual é manifestada quando o conceito de interesse é descrito de forma acurada e clara, de modo que haja entendimento consensual por membros de classe profissional sobre como e o que o conceito representa, servindo assim, como ponto de referência na comparação de similaridades e discrepâncias na classificação ou caracterização dos conceitos.

Na abordagem evolucionária de análise de conceito, as palavras (descritores) podem ser usadas para expressar conceitos, embora por si só não sejam conceitos, mas representam ideias ou características (atributos) que são associadas ao conceito, formando uma descrição conceitual (RODGERS, 2000).

Portanto, na análise dos dados centrou-se em buscar e organizar de forma cronológica os atributos (descritores ou expressões comum sobre o conceito

recuperação cirúrgica retardada), e seus significados dentro do contexto de cada estudo primário que articulou o conceito estudado. Assim, todos os 66 estudos primários foram lidos na tentativa de identificar os descritores usados para representar a dimensão do conceito de recuperação cirúrgica retardada.

Tais descritores e seus respectivos significados associados foram inseridos em quadros em ordem cronológica de publicação de acordo com as disciplinas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia). Tal disposição permitiu identificar um total de 14 diferentes descritores utilizados para representar o conceito de recuperação cirúrgica retardada, na medicina (n=14), enfermagem (n=14), psicologia (n=9), odontologia (n=8), fisioterapia e fonoaudiologia (n=4) (Apêndices B, C, D, E e F).

A próxima ação no processo de análise implicou em determinar o uso comum dentre os 14 descritores que representam o conceito de recuperação cirúrgica retardada. Portanto, a frequência de ocorrência dos descritores e significados associados foi identificada, na amostra de estudos primários das disciplinas da saúde (medicina, n=41; enfermagem, n= 14; psicologia, n=6; odontologia, n=3; fisioterapia e fonoaudiologia, n=2). Os descritores e significados associados foram sumarizados, avaliados e interpretados conforme a conotação dentro do contexto que os articulam, gerando assim, um número de ocorrência dos descritores na amostra de estudos, e de significados associados que subsidiaram uma ideia central (significado coletivo) referente aos significados similares relacionados aos descritores do conceito.

Tal forma possibilitou a identificação de variações na frequência do uso dos descritores do conceito de recuperação cirúrgica retardada. Dentre os descritores identificados nas disciplinas, a maioria é utilizada em $\geq 10\%$ da amostra dos estudos investigados.

Dos 41 estudos primários da medicina, identificou-se 14 descritores que representam domínios do conceito recuperação cirúrgica retardada, destes, 11 descritores (Dependência, Experiências prévias, Manifestações clínicas, Nível de energia, Processo, Qualidade de vida, Reintervenção, Restabelecimento de atividades, Restabelecimento fisiológico, Restabelecimento psicológico, Tempo) foram encontrados em $\geq 10\%$ da amostra (n = 41) de estudos primários da medicina (Apêndice G).

Na enfermagem foram identificados 14 estudos primários, desses estudos

foram delimitados 14 descritores que representam domínios do conceito recuperação cirúrgica retardada, entretanto, 13 descritores (Dependência, Experiências prévias, Impacto econômico, Informações, Manifestações clínicas, Nível de energia, Percepção, Processo, Reintervenção, Restabelecimento de atividades, Restabelecimento fisiológico, Restabelecimento psicológico, Tempo) foram encontrados em $\geq 10\%$ da amostra ($n = 14$) de estudos primários da enfermagem (Apêndice H).

Dos seis estudos primários da psicologia, identificou-se nove descritores que representam domínios do conceito de recuperação cirúrgica retardada, e todos (Experiências prévias, Informações, Manifestações clínicas, Percepção, Processo, Qualidade de vida, Restabelecimento de atividades, Restabelecimento fisiológico, Restabelecimento psicológico) foram encontrados em $\geq 10\%$ da amostra ($n = 6$) de estudos primários da psicologia (Apêndice I).

Na odontologia foram identificados três estudos primários, e oito descritores que representam domínios do conceito de recuperação cirúrgica retardada (Experiências prévias, Manifestações clínicas, Qualidade de vida, Reintervenção, Restabelecimento de atividades, Restabelecimento fisiológico, Restabelecimento psicológico, Tempo) que foram encontrados em $\geq 10\%$ da amostra ($n = 3$) de estudos primários da odontologia (Apêndice J).

Já na fisioterapia e fonoaudiologia identificou-se dois estudos primários, e quatro descritores que representam domínios do conceito de recuperação cirúrgica retardada (Experiências prévias, Manifestações clínicas, Processo, Restabelecimento de atividades) que foram encontrados em $\geq 10\%$ da amostra ($n = 2$) de estudos primários da fisioterapia e fonoaudiologia (Apêndice K).

Todos os descritores identificados foram utilizados tanto na medicina, quanto na enfermagem ao articular o conceito de recuperação cirúrgica retardada. Na psicologia, os nove descritores identificados repetiram-se com os encontrados na medicina e enfermagem. Os oito descritores identificados na odontologia repetiram-se com os da enfermagem e medicina, e com seis descritores da psicologia. Na fisioterapia e fonoaudiologia, três descritores repetiram-se entre todas as disciplinas abordadas (medicina, enfermagem, psicologia, odontologia), e apenas um descritor repetiu somente com os encontrados na medicina, enfermagem e psicologia.

Ao detectar os descritores e significados associados em cada disciplina

da saúde, os dados foram agrupados e quantificados, resultando no total de 82 diferentes significados associados referentes aos 14 descritores identificados. A seguir, as similaridades entre todos os significados associados dos descritores e ideia central foram avaliadas, comparadas e interpretadas produzindo visão global dos descritores e significados associados contidos na amostra de 66 estudos primários investigados (Apêndice L).

Houve similaridade no uso dos descritores e também nos significados associados utilizados para representar e articular a dimensão do conceito de recuperação cirúrgica retardada entre as diferentes disciplinas da saúde. A maioria, 79% (n = 11) dos 14 descritores utilizados para descrever ou representar a recuperação cirúrgica retardada estão presente em $\geq 10\%$ da amostra de 66 estudos primários relativos às disciplinas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia) (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência de ocorrência de descritores identificados na amostra de 66 estudos primários da área da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia)

Descritor	M	E	P	O	FI FO	Total F/(%)
Dependência	4	3				7 (11%)
Experiências prévias	30	13	6	3	2	54 (82%)
Impacto econômico	2	4				6 (9%)
Informações	1	2	1			4 (6%)
Manifestações clínicas	31	12	3	2	2	50 (76%)
Nível de energia	4	3				7 (11%)
Percepção	2	2	1			5 (8%)
Processo	6	5	1		1	13 (20%)
Qualidade de vida	7	1	2	2		12 (18%)
Reintervenção	15	4		2		21 (32%)
Restabelecimento de atividades	23	12	5	3	2	45 (68%)
Restabelecimento fisiológico	16	8	1	3		28 (42%)
Restabelecimento psicológico	14	6	2	1		23 (35%)
Tempo	18	8		3		29 (44%)

M= medicina E= enfermagem P= psicologia O= odontologia FI= fisioterapia FO= fonoaudiologia

Como o objetivo da análise de dados consistiu na identificação de consenso do uso comum e significado do conceito de recuperação cirúrgica retardada, os descritores comuns/principais, mais comumente adotados para expressar ou representar o conceito foram aqueles que apresentaram grau maior de representação na amostra, ou seja, aqueles que alcançaram representação de $\geq 10\%$ na amostra dos estudos primários que articularam o conceito estudado.

Como o padrão de uso dos descritores representam o quanto comumente eles são usados para representar o conceito, os descritores: impacto econômico, informações e percepção foram considerados secundários, por serem empregados com menor frequência (não atingiram $\geq 10\%$ da amostra). Já os 11 descritores comuns ou principais identificados em $\geq 10\%$ da amostra, apresentaram grau maior de uso (Tabela 2).

Tabela 2 – Descritores comuns ou principais identificados em $\geq 10\%$ da amostra de estudos primários investigados

Descritores comuns/principais	F / (%)
Dependência	7 (11%)
Experiências prévias	54 (82%)
Manifestações clínicas	50 (76%)
Nível de energia	7 (11%)
Processo	13 (20%)
Qualidade de vida	12 (18%)
Reintervenção	21 (32%)
Restabelecimento de atividades	45 (68%)
Restabelecimento fisiológico	28 (42%)
Restabelecimento psicológico	23 (35%)
Tempo	29 (44%)

Para aprofundamento da investigação focou-se na análise dos descritores comuns/principais e significados ou conotações mais comumente utilizados para articular o conceito de recuperação cirúrgica retardada. Portanto, temas derivados foram estabelecidos dos 11 descritores principais (Tabela 2) e seus respectivos significados associados (Apêndice L), por meio da avaliação, interpretação da relação de compatibilidade, similaridade entre o uso (frequência) e significado dos descritores principais, permitindo identificar os qualificadores de cada descritor

chave, e assim a construção de 11 temas (Quadro 75).

Descritores comuns/principais	Tema
Dependência	Dependência de cuidados para realizar atividades
Experiências prévias	Experiências prévias que podem influenciar a recuperação cirúrgica
Manifestações clínicas	Manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica
Nível de energia	Nível de energia (força) reduzido
Processo	Alteração no processo de recuperação cirúrgica
Qualidade de vida	Redução na qualidade de vida
Reintervenção	Necessidade de reintervenção
Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para restabelecer atividades
Restabelecimento fisiológico	Comprometimento das funções fisiológicas
Restabelecimento psicológico	Comprometimento das funções psicológicas
Tempo	Extensão do tempo de recuperação

Quadro 75 – Temas derivados dos 11 descritores principais e de seus respectivos significados associados

Após a construção de cada tema, realizou-se o mapeamento dos seus respectivos subdescritores articulados nos estudos primários, juntamente com a justificativa ou suporte da literatura (Quadros 76-86).

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Procedimento cirúrgico prolongado	O atraso para o retorno domiciliar foi relacionado ao tempo de cirurgia. Quando o procedimento cirúrgico durou 30 minutos ou mais, houve aumento da chance de recuperação prolongada.	PHILLIPS, C. et al. (2003); WANG, M. Y. et al. (2003); CHAUSHU, G. et al. (2004); ILLE, R. et al. (2007); PETERS, M. L. et al. (2007); PETERS, M. L. et al. (2010)
Duração da anestesia (em média 68 min.)	O atraso para o retorno domiciliar foi relacionado à duração da anestesia (em média 68 min.).	CHUNG, F. (1995)
Controle inadequado da dor	A dor atrasou a alta hospitalar, sendo associada ao aumento da incidência de dor crônica, incapacidades e outros sintomas no pós-operatório.	CHUNG, F. (1995); HORVATH, K. J. (2003); BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. (2005); DEN BOER, J. J. et al. (2006); PETERS, M. L. et al. (2007); ANDERSEN, L. O. et al. (2009); PUENTES, A. M. C. et al. (2009); PETERS, M. L. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2010); BRATTWALL, M. et al. (2011); KHAN, R. S. et al. (2012)

continua...

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Expectativas de resultados negativos (comportamento pessimista)	A expectativa do paciente é preditor que pode influenciar o curso da recuperação cirúrgica.	KLEINBECK, S. V. M. (2000); DEN BOER, J. J. et al. (2006); DAVIDGE, K. et al. (2009); SINGH, J. A. et al. (2010); PETERS, M. L. et al. (2010)
Trauma fisiológico cirúrgico maior	A recuperação foi retardada em pacientes nos quais o trauma fisiológico da cirurgia era maior.	SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001)
Ansiedade	Pacientes com grau maior de ansiedade apresentaram mais complicações na recuperação cirúrgica.	SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); GILMARTIN, J. (2007); BARNASON, S. et al. (2008); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); ROSÉN, H. I. et al. (2010); MAYO, N. E. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011)
Comprometimento funcional no período pré-operatório	A recuperação foi mais lenta nos pacientes com desempenho funcional pior no período pré-operatório.	SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); DEN BOER, J. J. et al. (2006); DAVIDGE, K. et al. (2009); PETERS, M. L. et al. (2010); MAYO, N. E. et al. (2011); BROWN, J. R. et al. (2012)
Aumento da dose de opióides	O aumento da dose de opióides no período intraoperatório foi preditivo de frequência maior de náuseas e vômitos no período pós-operatório (NVPO) e recuperação prolongada.	PAVLIN, D. J. et al. (2002); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011)
Circulação extracorpórea	A recuperação cirúrgica foi mais rápida no grupo de pacientes sem circulação extracorpórea em comparação com o grupo que utilizou este procedimento.	HIROSE, H.; AMANO, A.; TAKAHASHI, A. (2002)
Idade (≥ 70 anos)	A recuperação cirúrgica foi mais prolongada nos pacientes mais idosos (≥ 70 anos).	PIERSON, L. M. et al. (2003); JÄRVINEN, O. et al. (2003); CELKAN, M. A. et al. (2005); ILLE, R. et al. (2007); VOHRA, R. S. et al. (2008); KIM, H. J. et al. (2008); MAYO, N. E. et al. (2011)
Comorbidade	A presença de comorbidade foi associada a complicações. Os pacientes com pelo menos uma comorbidade apresentaram recuperação prolongada em relação aos pacientes sem comorbidade.	PIERSON, L. M. et al. (2003); WANG, M. Y. et al. (2003); PETERS, M. L. et al. (2007)

continua...

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Tipo de cirurgia (cirurgia aberta)	Os pacientes submetidos à cirurgia aberta apresentaram recuperação mais longa.	ARKO, F. R. et al. (2003); PERRY, K. T. et al. (2003); PRINSSEN, M. et al. (2004); ROSÉN, H. I. et al. (2010); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011)
Procedimento cirúrgico complexo (grande e médio porte)	A percepção do cirurgião de procedimento cirúrgico complexo foi preditora de recuperação cirúrgica retardada.	PHILLIPS, C. et al. (2003); RUVO, A. T. et al. (2005); PETERS, M. L. et al. (2007); WONG, J. et al. (2009)
Hiperglicemia	Os pacientes com controle glicêmico pobre apresentaram funcionamento físico e emocional piores.	WANG, M. Y. et al. (2003); SAHAKYAN, K. et al. (2006); ILLE, R. et al. (2007); KIM, H. J. et al. (2008)
Obesidade	A obesidade está associada ao aumento substancial no risco de complicações cirúrgicas.	KABON, B. et al. (2004); FLEISCHMANN, E. et al. (2005); DOWSEY, M. M. et al. (2010)
Hipóxia	A hipóxia está associada ao aumento substancial no risco de complicações cirúrgicas.	KABON, B. et al. (2004); FLEISCHMANN, E. et al. (2005); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Anestesia geral	Os pacientes submetidos à anestesia geral sofreram de náuseas mais frequentemente do que aqueles submetidos à anestesia local.	SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011)
Remoção óssea	Os pacientes com remoção óssea na cirurgia apresentaram recuperação mais demorada.	RUVO, A. T. et al. (2005)
Medo de movimentar-se/nova lesão	Os pacientes com medo de movimentar-se ou de nova lesão apresentaram mais complicações e recuperação mais lenta.	DEN BOER, J. J. et al. (2006); PETERS, M. L. et al. (2007); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008)
Maior déficit neurológico no período pré-operatório	Os pacientes com maior déficit neurológico no período pré-operatório apresentaram mais complicações e recuperação mais lenta.	DEN BOER, J. J. et al. (2006)
Estratégias passivas (fuga, isolamento/repouso, preocupação catastrófica) de enfrentamento da dor	Os pacientes que utilizaram estratégias passivas de enfrentamento da dor apresentaram mais complicações e recuperação mais lenta.	DEN BOER, J. J. et al. (2006)
Procedimentos combinados	Os pacientes submetidos a procedimentos combinados apresentaram mais complicações e recuperação mais lenta.	ILLE, R. et al. (2007)

continua...

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Número de enxertos	O número de enxertos realizado foi associado com tempo maior de internação e recuperação mais lenta.	ILLE, R. et al. (2007)
Tratamento incorreto ou equivocado	Tratamento incorreto ou equivocado foi apontado como fator que pode contribuir para o retardo da recuperação cirúrgica.	ROSÉN, H. I. et al. (2010)
Fornecimento insuficiente de informações adequadas	Um fator que influenciou a recuperação cirúrgica consistiu nas informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia relativas à retomada das atividades após o procedimento cirúrgico.	GILMARTIN, J. (2007); ROSÉN, H. I. et al. (2010)
Disfagia	Disfagia para alimentos, líquidos e sólidos interferem na recuperação cirúrgica dos pacientes.	MASIERO, S. et al. (2007); BARKER, J. et al. (2009)
Necessidade de volume alto para a reanimação	A necessidade superior de volume de coloide, cristalóide, ou produtos de sangue daquela esperada para manutenção padrão e volume de infusão de medicamentos na primeira noite de pós-operatório contribui para recuperação prolongada após a cirurgia.	CELKAN, M. A. et al. (2005); SALVIN, J. W. et al. (2008)
Intubação orotraqueal ≥ 48 horas	O tempo de intubação traqueal está relacionado com o retorno a alimentação oral e recuperação do procedimento cirúrgico.	PIERSON, L. M. et al. (2003); BARKER, J. et al. (2009)
Sepse perioperatória	A presença de sepse perioperatória foi fator que influenciou a recuperação após procedimento cirúrgico.	BARKER, J. et al. (2009)
Tabagismo nos últimos três meses	O tabagismo nos três meses anteriores a cirurgia influenciou a recuperação cirúrgica.	EL-GAZZAZ, G. et al. (2010)
Uso de corticosteroides nos últimos três meses	O uso de corticosteroides nos três meses anteriores a cirurgia influenciou a recuperação do paciente.	EL-GAZZAZ, G. et al. (2010)
Maior tempo de permanência na UTI	O tempo total de permanência na UTI teve impacto sobre o processo de recuperação no período pós-operatório.	ARAKELIAN, E. et al. (2011)

conclusão.

Quadro 76 – Tema: Experiências prévias que podem influenciar a recuperação cirúrgica

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Náuseas	A presença de náuseas no período pós-operatório atrasou a alta e aumentou a ocorrência de sintomas nesse período, impedindo de alguma forma a realização de atividades diárias pelo paciente.	CHUNG, F. (1995); PAVLIN, D. J. et al. (2002); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); WU, C. L. et al. (2005); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); ANDERSEN, L. O. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2009); PUENTES, A. M. C. et al. (2009); ROSÉN, H. I. et al. (2010); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011)
Vômitos	A presença de vômito atrasou a alta e contribuiu com o aumento de complicações no processo de recuperação cirúrgica.	CHUNG, F. (1995); PAVLIN, D. J. et al. (2002); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); ANDERSEN, L. O. et al. (2009); PUENTES, A. M. C. et al. (2009); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Sangramento	O sangramento no período pós-operatório atrasou a alta de pacientes e contribuiu com o aumento de complicações neste período.	CHUNG, F. (1995); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); GILMARTIN, J. (2007); ROSÉN, H. I. et al. (2010); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); MAJHOLM, B. et al. (2012)
Micção prejudicada	A micção prejudicada no período pós-operatório atrasou a alta e a recuperação cirúrgica.	CHUNG, F. (1995); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); GILMARTIN, J. (2007); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); FELDMAN, L. S. et al. (2009); PUENTES, A. M. C. et al. (2009); BRATTWALL, M. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011)
Mobilidade física prejudicada	Dificuldade de movimentação (caminhar) foi uma limitação apresentada pelos pacientes após o procedimento cirúrgico.	CHUNG, F. (1995); CHAUSHU, G. et al. (2004); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); WONG, J. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2009); ROSÉN, H. I. et al. (2010); SINIKALLIO, S. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2011); ALLVIN, R. et al. (2011); BRATTWALL, M. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011)

continua...

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Edema	O edema apresentado pelos pacientes após o procedimento cirúrgico influenciou a recuperação cirúrgica e readmissão hospitalar.	CHUNG, F. (1995); CHAUSHU, G. et al. (2004); GILMARTIN, J. (2007); ROSÉN, H. I. et al. (2010); BRATTWALL, M. et al. (2011)
Dificuldades respiratórias	Pacientes cirúrgicos foram readmitidos ao hospital após a alta por dificuldades respiratórias.	CHUNG, F. (1995); WANG, M. Y. et al. (2003); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); MAJHOLM, B. et al. (2012)
Dor persistente	A dor foi relatada como complicador para a recuperação, interferindo na alta hospitalar e vida diária dos pacientes após a cirurgia.	PAVLIN, D. J. et al. (2002); CHAUSHU, G. et al. (2004); ZALON, M. L. (2004); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. (2005); WU, C. L. et al. (2005); GILMARTIN, J. (2007); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); PUOLAKKA, K. et al. (2008); ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008); WONG, J. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); DOWSEY, M. M. et al. (2010); SINGH, J. A. et al. (2010); PETERS, M. L. et al. (2010); EL-GAZZAZ, G. et al. (2010); SINIKALLIO, S. et al. (2010); ALLVIN, R. et al. (2011); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); ROSÉN, H. I. et al. (2011); KHAN, R. S. et al. (2012); MAJHOLM, B. et al. (2012)
Distúrbio do sono	A sonolência foi complicador para a recuperação e alta hospitalar de pacientes após cirurgia.	PAVLIN, D. J. et al. (2002); WU, C. L. et al. (2005); GILMARTIN, J. (2007); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); PUENTES, A. M. C. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011)

continua...

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Fadiga	A fadiga foi vivenciada após a cirurgia e interferiu na recuperação de atividades e rotina da vida diária dos pacientes.	SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); DECHERNEY, A. H. et al. (2002); ZALON, M. L. (2004); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); WU, C. L. et al. (2005); FOLDEN, S.; TAPPEN, R. (2007); GILMARTIN, J. (2007); BARNASON, S. et al. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011)
Sentimentos de frustração	Os pacientes relataram frustração ou interferência com as atividades diárias habituais.	DECHERNEY, A. H. et al. (2002)
Depressão	A depressão interferiu na recuperação de atividades e rotina da vida diária dos pacientes após a cirurgia.	DECHERNEY, A. H. et al. (2002); ZALON, M. L. (2004); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); BARNASON, S. et al. (2008); SINIKALLIO, S. et al. (2010); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Dificuldade de concentração	Os pacientes relataram dificuldade de concentração para realizar as rotinas diárias.	DECHERNEY, A. H. et al. (2002); ALLVIN, R. et al. (2009)
Arritmia	A arritmia manifestada após o procedimento cirúrgico exigiu intervenção.	PIERSON, L. M. et al. (2003); WANG, M. Y. et al. (2003); LAWRENCE, V. A. et al. (2004)
Infecção	Infecção do sítio cirúrgico manifestada após o procedimento cirúrgico.	PIERSON, L. M. et al. (2003); JÄRVINEN, O. et al. (2003); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); CELKAN, M. A. et al. (2005); GILMARTIN, J. (2007); ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008); FELDMAN, L. S. et al. (2009); DOWSEY, M. M. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2010); BRATTWALL, M. et al. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); MAJHOLM, B. et al. (2012)
Ferida cirúrgica com presença de exsudato	Os pacientes com infecção no sítio cirúrgico apresentaram exsudato na ferida.	FELDMAN, L. S. et al. (2009); MAJHOLM, B. et al. (2012)

continua...

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Febre	Os pacientes com infecção no sítio cirúrgico manifestaram febre.	FELDMAN, L. S. et al. (2009); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Confusão	A confusão foi complicação manifestada pelo paciente após o procedimento cirúrgico que dificultou a retomada de atividades.	WANG, M. Y. et al. (2003); ROSÉN, H. I. et al. (2010); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Função renal prejudicada	A falha renal com a necessidade de diálise após cirurgia influenciou a alta hospitalar e a recuperação cirúrgica.	PIERSON, L. M. et al. (2003); JÄRVINEN, O. et al. (2003); WANG, M. Y. et al. (2003); ALLVIN, R. et al. (2009); BROWN, J. R. et al. (2012)
Constipação intestinal	A constipação foi problema presente após a cirurgia.	SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); FELDMAN, L. S. et al. (2009); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Deiscência da ferida	Deiscência da ferida cirúrgica, uma complicação que teve impacto nas atividades diárias dos pacientes.	LAWRENCE, V. A. et al. (2004); ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008); SURESH ATTILI, V. S. et al. (2009); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Incontinência fecal	Os pacientes apresentaram incontinência fecal, e nenhum recuperou a continência ou melhorou até o final do período de acompanhamento.	ROTHOLTZ, N. A. et al. (2005)
Mudança de humor	A mudança de humor foi complicação apresentada pelos pacientes na fase de recuperação cirúrgica decorrente do estresse, que acarretou a piora temporária nos relacionamentos familiares.	GILMARTIN, J. (2007); BARNASON, S. et al. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009)
Fraqueza	A fraqueza foi um complicador para a recuperação e alta hospitalar de pacientes após cirurgia.	KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Falta de apetite	A falta de apetite foi complicador para a recuperação e alta hospitalar de pacientes após procedimento cirúrgico.	KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009)
Alta estima baixa	Os pacientes apresentaram baixa estima quando ocorreu algum problema no processo de recuperação cirúrgica.	ALLVIN, R. et al. (2009); ARAKELIAN, E. et al. (2011)
Problema com cateter ou material protético	Problemas com cateter ou material protético acarretaram reinternações hospitalares de pacientes dificultando a recuperação cirúrgica.	MAJHOLM, B. et al. (2012)

conclusão.

Quadro 77 – Tema: Manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Atividade social comprometida	Comprometimento de habilidade e performance para reassumir atividade social habitual.	KLEINBECK, S. V. M. (2000); DECHERNEY, A. H. et al. (2002); FOLDEN, S.; TAPPEN, R. (2007); PETERS, M. L. et al. (2007); BARNASON, S. et al. (2008); WONG, J. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2009)
Atividade funcional comprometida	Comprometimento de habilidade e performance para reassumir atividade funcional habitual ou trabalho (nível pré-operatório).	KLEINBECK, S. V. M. (2000); ARKO, F. R. et al. (2003); HORVATH, K. J. (2003); JÄRVINEN, O. et al. (2003); PERRY, K. T. et al. (2003); PHILLIPS, C. et al. (2003); PIERSON, L. M. et al. (2003); CHAUSHU, G. et al. (2004); PRINSEN, M. et al. (2004); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); ZALON, M. L. (2004); BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. (2005); RUVO, A. T. et al. (2005); FOLDEN, S.; TAPPEN, R. (2007); GILMARTIN, J. (2007); MASIERO, S. et al. (2007); PETERS, M. L. et al. (2007); BARNASON, S. et al. (2008); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); VOHRA, R. S. et al. (2008); PUOLAKKA, K. et al. (2008); ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008); BARKER, J. et al. (2009); WONG, J. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); DOWSEY, M. M. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2010); SINGH, J. A. et al. (2010); PETERS, M. L. et al. (2010); EL-GAZZAZ, G. et al. (2010); ROYSE, C. F. et al. (2010); SINIKALLIO, S. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2011); ALLVIN, R. et al. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); PADDISON, J. S. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011)

continua...

Atividade de lazer comprometida	Os pacientes relataram que os sintomas interferiram nas atividades de lazer.	BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. (2005)
---------------------------------	--	--

conclusão.

Quadro 78 – Tema: Capacidade limitada para restabelecer atividades

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Eliminação prejudicada	Os problemas relacionados à eliminação acometeram os pacientes após o procedimento cirúrgico.	SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); ROTHOLTZ, N. A. et al. (2005); GILMARTIN, J. (2007); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); BRATTWALL, M. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011); BROWN, J. R. et al. (2012); MAJHOLM, B. et al. (2012)
Complicações cardíacas	As complicações cardíacas com necessidade de tratamento influenciaram a recuperação cirúrgica.	PIERSON, L. M. et al. (2003); WANG, M. Y. et al. (2003); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); VOHRA, R. S. et al. (2008)
Integridade estrutural prejudicada	As complicações relacionadas com as fases de inflamação, proliferação e maturação da cicatrização da ferida cirúrgica foram motivos para o atraso na recuperação do paciente (nível pré-operatório).	PHILLIPS, C. et al. (2003); WANG, M. Y. et al. (2003); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); ZALON, M. L. (2004); CELKAN, M. A. et al. (2005); RUVO, A. T. et al. (2005); GILMARTIN, J. (2007); ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008); DAVIDGE, K. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); SURESH ATTILI, V. S. et al. (2009); DOWSEY, M. M. et al. (2010); EL-GAZZAZ, G. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2010); BRATTWALL, M. et al. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); MAJHOLM, B. et al. (2012)
Complicações respiratórias	As complicações respiratórias prejudicaram a retomada de atividades diárias.	WANG, M. Y. et al. (2003); LAWRENCE, V. A. et al. (2004)

continua...

Disfunção digestiva	A disfunção gastrointestinal foi problema que acometeu os pacientes cirúrgicos.	KLEINBECK, S. V. M. (2000); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); BARKER, J. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2011); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011)
Disfunção sexual	A disfunção sexual teve impacto na vida dos pacientes que dificultou a recuperação (nível pré-operatório).	PRINSSEN, M. et al. (2004); GILMARTIN, J. (2007); ALLVIN, R. et al. (2009); EL-GAZZAZ, G. et al. (2010)

conclusão.

Quadro 79 – Tema: Comprometimento das funções fisiológicas

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Funcionamento psicossocial prejudicado	Problemas psicossociais (exemplos: mudanças de humor, confusão, dificuldade de concentração, depressão, distúrbio do sono, alta estima baixa) derivados do procedimento cirúrgico podem diminuir a capacidade mental e prejudicar o retorno às atividades diárias.	KLEINBECK, S. V. M. (2000); DECHERNEY, A. H. et al. (2002); PHILLIPS, C. et al. (2003); WU, C. L. et al. (2005); DEN BOER, J. J. et al. (2006); GILMARTIN, J. (2007); PETERS, M. L. et al. (2007); BARNASON, S. et al. (2008); PUOLAKKA, K. et al. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); DAVIDGE, K. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); ROSÉN, H. I. et al. (2010); ALLVIN, R. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011); ROSÉN, H. I. et al. (2011); KHAN, R. S. et al. (2012)
Estado emocional pobre	A resposta emocional de recuperação pós-operatória pode influenciar o retorno dos pacientes ao seu estado funcional prévio.	SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); DECHERNEY, A. H. et al.; (2002); ZALON, M. L. (2004); ILLE, R. et al. (2007); PETERS, M. L. et al. (2007); WONG, J. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); PETERS, M. L. et al. (2010); ROYSE, C. F. et al. (2010); MAYO, N. E. et al. (2011)
Comprometimento cognitivo-comportamental	Comprometimento cognitivo-comportamental foi associado a resultados piores no período pós-operatório.	DEN BOER, J. J. et al. (2006); ILLE, R. et al. (2007); ALLVIN, R. et al. (2009); ROYSE, C. F. et al. (2010); BRATTWALL, M. et al. (2011)

Quadro 80 – Tema: Comprometimento das funções psicológicas

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Atraso na alta hospitalar	O desenvolvimento de sintomas aumentou o tempo de hospitalização e postergou a alta do paciente após o procedimento cirúrgico.	CHUNG, F. (1995); PAVLIN, D. J. et al. (2002); JÄRVINEN, O. et al. (2003); CELKAN, M. A. et al. (2005); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); BARKER, J. et al. (2009); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011); KHAN, R. S. et al. (2012)
Percepção do paciente de que necessita de tempo maior para sua recuperação	Tempo de recuperação mais longo do que o esperado para retomar as atividades diárias normais (nível pré-operatório).	KLEINBECK, S. V. M. (2000); DECHERNEY, A. H. et al. (2002); HIROSE, H.; AMANO, A.; TAKAHASHI, A. (2002); ARKO, F. R. et al. (2003); HORVATH, K. J. (2003); PERRY, K. T. et al. (2003); PIERSON, L. M. et al. (2003); PHILLIPS, C. et al. (2003); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); ZALON, M. L. (2004); RUVO, A. T. et al. (2005); WU, C. L. et al. (2005); FOLDEN, S.; TAPPEN, R. (2007); ILLE, R. et al. (2007); PETERS, M. L. et al. (2007); ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008); PUOLAKKA, K. et al. (2008); VOHRA, R. S. et al. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); WONG, J. et al. (2009); EL-GAZZAZ, G. et al. (2010); PETERS, M. L. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2010); ROYSE, C. F. et al. (2010); ALLVIN, R. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011); BRATTWALL, M. et al. (2011); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); PADDISON, J. S. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); BROWN, J. R. et al. (2012)

Quadro 81 – Tema: Extensão do tempo de recuperação

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Reoperação cirúrgica	A necessidade de reoperação por complicações.	PIERSON, L. M. et al. (2003); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Readmissão hospitalar	Os pacientes foram readmitidos dentro dos 30 dias após a cirurgia para tratamento de complicações.	CHUNG, F. (1995); PIERSON, L. M. et al. (2003); CELKAN, M. A. et al. (2005); SAHAKYAN, K. et al. (2006); FELDMAN, L. S. et al. (2009); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); MAJHOLM, B. et al. (2012)
Visita pós-cirúrgica com o tratamento	Visita pós-cirúrgica no serviço de saúde com administração de tratamentos (curativo, reabertura da ferida, prescrição de antibiótico, ou outro tratamento).	PHILLIPS, C. et al. (2003); RUVO, A. T. et al. (2005); DAVIDGE, K. et al. (2009); SURESH ATTILI, V. S. et al. (2009); BRATTWALL, M. et al. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); MAJHOLM, B. et al. (2012)

Quadro 82 – Tema: Necessidade de reintervenção

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Processo multidimensional prejudicado	As complicações alteraram o processo multidimensional de recuperação cirúrgica, o qual se completa com total recuperação do nível de dependência/independência dos pacientes para realizar as atividades habituais.	PAVLIN, D. J. et al. (2002); HORVATH, K. J. (2003); RUVO, A. T. et al. (2005); BARKER, J. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2009); ROYSE, C. F. et al. (2010); MAYO, N. E. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011)

Quadro 83 – Tema: Alteração no processo de recuperação cirúrgica

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Bem-estar prejudicado	Problemas fisiológicos e/ou psicológicos interferem na condição de vida cotidiana do paciente.	KLEINBECK, S. V. M. (2000); DECHERNEY, A. H. et al. (2002); JÄRVINEN, O. et al. (2003); PHILLIPS, C. et al. (2003); WU, C. L. et al. (2005); RUVO, A. T. et al. (2005); PETERS, M. L. et al. (2007); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); WONG, J. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); PETERS, M. L. et al. (2010); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011); KHAN, R. S. et al. (2012)
Perda de trabalho e salário	Perda de trabalho e salário como resultado do tempo de recuperação cirúrgica.	DECHERNEY, A. H. et al. (2002); WU, C. L. et al. (2005); VOHRA, R. S. et al. (2008); PUOLAKKA, K. et al. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); ROSÉN, H. I. et al. (2011)

Quadro 84 – Tema: Redução na qualidade de vida

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Autocuidado comprometido	O paciente necessita de ajuda (cuidadores) para realizar o autocuidado.	KLEINBECK, S. V. M. (2000); DECHERNEY, A. H. et al. (2002); JÄRVINEN, O. et al. (2003); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); VOHRA, R. S. et al. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011)

Quadro 85 – Tema: Dependência de cuidados para realizar atividades

Subdescritores	Justificativa	Estudos primários
Deficiência de energia	Deficiência de energia para realizar as necessidades físicas pessoais.	KLEINBECK, S. V. M. (2000); FELDMAN, L. S. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); PADDISON, J. S. et al. (2011)
Necessidade de descanso	Necessita de descanso (dormir) durante o dia para repor energia.	KLEINBECK, S. V. M. (2000); ROSÉN, H. I. et al. (2010)
Demanda alta de energia	Em condições com demanda alta, a reserva de energia pode se tornar cronicamente empobrecida, pois a demanda excede os recursos pessoais para o enfrentamento da condição.	HORVATH, K. J. (2003); ZALON, M. L. (2004); ALLVIN, R. et al. (2009)

Quadro 86 – Tema: Nível de energia (força) reduzido

No conjunto das categorias temáticas construídas identificou-se 83 subdescritores, os quais foram explorados no seu contexto (justificativa) em cada um dos estudos primários da amostra da RI elaborada. A partir da análise das categorias temáticas, realizou-se a descrição de cada tema embasada nas informações derivadas dos 11 descritores principais ou comuns, seus significados associados, dos subdescritores e contextos identificados em cada estudo primário (Quadro 87).

Tema	Descrição do tema
Experiências prévias que podem influenciar a recuperação cirúrgica	Experiências prévias de fatores (procedimento cirúrgico prolongado; duração da anestesia (em média 68 min.); controle inadequado da dor; expectativas de resultados negativos (comportamento pessimista); trauma fisiológico cirúrgico maior; ansiedade; comprometimento funcional no período pré-operatório; aumento da dose de opióides; circulação extracorpórea; idade (≥ 70); comorbidade; tipo de cirurgia (cirurgia aberta); procedimento cirúrgico complexo (grande e médio porte); hiperglicemia; obesidade; hipóxia; anestesia geral; remoção óssea; medo de movimentar-se/nova lesão; maior déficit neurológico no período pré-operatório; estratégias passivas (fuga, isolamento/repouso, preocupação catastrófica) de enfrentamento da dor; procedimentos combinados; número de enxertos; tratamento incorreto ou equivocado; fornecimento insuficiente de informações adequadas; disfagia; necessidade de volume alto para a reanimação; intubação orotraqueal ≥ 48 h; sepse perioperatória; tabagismo nos últimos três meses; uso de corticosteroides nos últimos três meses; maior tempo de permanência na UTI), os quais podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades do cotidiano realizadas no período pré-operatório.
Manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica	Manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica (náuseas; vômitos; sangramento; micção prejudicada; mobilidade física prejudicada; edema; dificuldades respiratórias; dor persistente; distúrbio do sono; fadiga; sentimentos de frustração; depressão; dificuldade de concentração; arritmia; infecção; ferida cirúrgica com presença de exsudato; febre; confusão; função renal prejudicada; constipação intestinal; deiscência da ferida; incontinência fecal; mudanças de humor; fraqueza; falta de apetite; alta estima baixa; problema com cateter ou material protético) causando efeitos negativos físicos, psicossociais e econômicos, afetando a vida cotidiana e o bem-estar de pacientes.
Capacidade limitada para restabelecer atividades	Capacidade limitada para restabelecer e executar atividades normais da vida diária (habilidades, performance em atividades funcional, social e lazer) (nível pré-operatório).
Comprometimento das funções fisiológicas	Dificuldades para recuperar as funções fisiológicas (eliminação prejudicada; complicações cardíacas; integridade estrutural prejudicada (complicações relacionadas com as fases de cicatrização da ferida cirúrgica)); complicações respiratórias; disfunção digestiva; disfunção sexual, as quais tiveram impacto na vida de pacientes, dificultando a recuperação (nível pré-operatório).
Comprometimento das funções psicológicas	Dificuldades para recuperar as funções psicológicas (funcionamento psicossocial prejudicado; estado emocional pobre; comprometimento cognitivo-comportamental) (nível pré-operatório).
Extensão tempo de recuperação	Extensão do tempo para 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.

continua...

Tema		Descrição do tema
Necessidade de reintervenção		Readmissão hospitalar ou visita pós-cirúrgica inesperada no serviço de saúde, devido à presença de complicações que requerem administração de novo regime terapêutico (reoperação, curativo, reabertura da ferida, prescrição de antibiótico, ou outro tratamento).
Alteração no processo de recuperação cirúrgica	no de	A presença de complicações altera o processo de recuperação cirúrgica, que envolve múltiplos domínios, e se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório, atingindo nível de independência/dependência nas atividades habituais.
Redução na qualidade de vida		Problemas fisiológicos e/ou psicológicos interferem na condição de vida cotidiana e bem-estar do paciente (manifestações clínicas, dificuldades de reassumir atividades diárias normais, perda de trabalho e salário), reduzindo a qualidade de vida.
Dependência de cuidados para realizar atividades		O paciente necessita de ajuda (cuidadores) para realizar o autocuidado ou atividades diárias, devido as incapacidades que requerem cuidados especiais.
Nível de energia (força) reduzido		Nível de energia (força) reduzido devido demanda alta frente a reserva de energia do paciente, condição que excede os seus recursos pessoais e dificulta o retorno total para a restauração da integridade, acarretando necessidade de descanso (dormir) durante o dia para repor as energias.

conclusão.

Quadro 87 – Definição dos temas do conceito de recuperação cirúrgica retardada

O objetivo da formação e descrição dos temas foi a identificação da característica temporal dos temas e a identificação dos atributos e qualificadores do conceito. A próxima ação na análise foi a determinação da relação entre os 11 temas identificados e a ordem dos eventos refletidos, para a delimitação de quais são os temas que descrevem a ocorrência do conceito, qual é a condição que precede esta ocorrência e qual evento sucede ou resulta da ocorrência do conceito.

5.3.1 Característica temporal dos temas de recuperação cirúrgica retardada

A condição temporal é refletida nos antecedentes ou condição/situação que precede a ocorrência do conceito, enquanto os consequentes refletem os efeitos ou resultados da ocorrência do conceito (RODGERS, 2000).

Os temas sobre a recuperação cirúrgica retardada identificados na análise (quadro 87) foram submetidos à comparação temporal. Assim, a seguir apresenta-se a discussão sobre as características temporais dos temas.

O tema, **experiências prévias que podem influenciar a recuperação**

cirúrgica faz referência aos fatores experienciados pelo paciente, que podem influenciar o curso da recuperação, ou seja, os eventos precedem a ocorrência dos demais temas.

Já os temas, **capacidade limitada para restabelecer atividades; comprometimento das funções fisiológicas; extensão do tempo de recuperação; comprometimento das funções psicológicas; alteração no processo de recuperação cirúrgica e nível de energia (força) reduzido**, quando comparados apresentam similaridades na descrição sobre a ocorrência do conceito, indicando o comprometimento do processo de recuperação cirúrgica que demanda mais energia e tempo maior para que o paciente retome a vida habitual (nível pré-operatório). Portanto, os temas mencionados precedem os seguintes temas: **manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica; necessidade de reintervenção; redução na qualidade de vida; dependência de cuidados para realizar atividades**, os quais apresentam similaridades ao sucederem ou resultarem da ocorrência dos demais temas.

Dentre os temas consequentes, destaca-se a variação temporal do tema manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica. Tal tema apresenta “resultado a curto prazo”, ou seja, pode ser considerado como sintomas ou manifestações que ocorrem enquanto a recuperação cirúrgica retardada está instalada. Assim, esse tema não responde o que acontece para uma pessoa, como resultado a longo prazo, por ter experienciado recuperação cirúrgica retardada, mas sim, quais são as manifestações que podem resultar quando o paciente está vivenciando o processo de recuperação cirúrgica retardada.

A análise sobre a característica temporal do conceito resultou na identificação dos antecedentes, definição e consequentes da recuperação cirúrgica retardada. Essa análise indicou que o antecedente do conceito recuperação cirúrgica retardada é o tema experiências prévias que podem influenciar a recuperação cirúrgica.

Já a definição da ocorrência do conceito recuperação cirúrgica retardada está articulada nos temas, capacidade limitada para restabelecer atividades; comprometimento das funções fisiológicas; extensão do tempo de recuperação; comprometimento das funções psicológicas; alteração no processo de recuperação cirúrgica e nível de energia (força) reduzido, e a consequência do conceito recuperação cirúrgica retardada está representada nos temas, manifestação clínica

de complicações no processo de recuperação cirúrgica; necessidade de reintervenção; redução na qualidade de vida e dependência de cuidados para realizar atividades. No quadro 88, a característica temporal dos temas sobre a recuperação cirúrgica retardada é apresentada.

Antecedentes	<p>Experiências prévias que podem influenciar a recuperação cirúrgica: procedimento cirúrgico prolongado; duração da anestesia (em média 68 min.); controle inadequado da dor; expectativas de resultados negativos (comportamento pessimista); trauma fisiológico cirúrgico maior; ansiedade; comprometimento funcional no período pré-operatório; aumento da dose de opióides; circulação extracorpórea; idade (≥ 70); comorbidade; tipo de cirurgia (cirurgia aberta); procedimento cirúrgico complexo (grande e médio porte); hiperglicemia; obesidade; hipóxia; anestesia geral; remoção óssea; medo de movimentar-se/nova lesão; maior déficit neurológico no período pré-operatório; estratégias passivas (fuga, isolamento/repouso, preocupação catastrófica) de enfrentamento da dor; procedimentos combinados; número de enxertos; tratamento incorreto ou equivocado; fornecimento insuficiente de informações adequadas; disfagia; necessidade de volume alto para a reanimação; intubação orotraqueal ≥ 48h; sepse perioperatória; tabagismo nos últimos três meses; uso de corticosteroides nos últimos três meses e maior tempo de permanência na UTI.</p> <p>Estudos primários: CHUNG, F. (1995); KLEINBECK, S. V. M. (2000); ALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); HIROSE, H.; AMANO, A.; PAVLIN, D. J. et al. (2002); TAKAHASHI, A. (2002); ARKO, F. R. et al. (2003); HORVATH, K. J. (2003); JÄRVINEN, O. et al. (2003); PERRY, K. T. et al. (2003); PHILLIPS, C. et al. (2003); PIERSON, L. M. et al. (2003); WANG, M. Y. et al. (2003); CHAUSHU, G. et al. (2004); KABON, B. et al. (2004); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); PRINSEN, M. et al. (2004); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. (2005); CELKAN, M. A. et al. (2005); FLEISCHMANN, E. et al. (2005); RUVO, A. T. et al. (2005); DEN BOER, J. J. et al. (2006); SAHAKYAN, K. et al. (2006); GILMARTIN, J. (2007); ILLE, R. et al. (2007); MASIERO, S. et al. (2007); PETERS, M. L. et al. (2007); BARNASON, S. et al. (2008); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); KIM, H. J. et al. (2008); SALVIN, J. W. et al. (2008); VOHRA, R. S. et al. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); ANDERSEN, L. O. et al. (2009); BARKER, J. et al. (2009); DAVIDGE, K. et al. (2009); PUENTES, A. M. C. et al. (2009); WONG, J. et al. (2009); DOWSEY, M. M. et al. (2010); EL-GAZZAZ, G. et al. (2010); PETERS, M. L. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2010); SINGH, J. A. et al. (2010); ARAKELIAN, E. et al. (2011); BRATTWALL, M. et al. (2011); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); BROWN, J. R. et al. (2012); KHAN, R. S. et al. (2012).</p>
--------------	---

continua...

Definição	<p>Alteração no processo de recuperação cirúrgica, envolvendo comprometimento das funções fisiológicas (eliminação prejudicada; complicações cardíacas; integridade estrutural prejudicada; complicações respiratórias; disfunção digestiva; disfunção sexual) e psicológicas (funcionamento psicossocial prejudicado; estado emocional pobre; comprometimento cognitivo-comportamental), desencadeando demanda alta frente às reservas de energia do paciente que limita a capacidade de restabelecer e executar atividades da vida diária (habilidades; performance em atividades funcional, social e lazer), estendendo o tempo de recuperação para o alcance de estado de saúde melhor ou equivalente ao período pré-operatório.</p> <p>Estudos primários: CHUNG, F. (1995); KLEINBECK, S. V. M. (2000); SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); DECHERNEY, A. H. et al.; (2002); HIROSE, H.; AMANO, A.; TAKAHASHI, A. (2002); PAVLIN, D. J. et al. (2002); ARKO, F. R. et al. (2003); HORVATH, K. J. (2003); JÄRVINEN, O. et al. (2003); PERRY, K. T. et al. (2003); PHILLIPS, C. et al. (2003); PIERSON, L. M. et al. (2003); WANG, M. Y. et al. (2003); CHAUSHU, G. et al. (2004); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); PRINSEN, M. et al. (2004); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); ZALON, M. L. (2004); BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. (2005); CELKAN, M. A. et al. (2005); ROTHOLTZ, N. A. et al. (2005); RUVO, A. T. et al. (2005); WU, C. L. et al. (2005); DEN BOER, J. J. et al. (2006); FOLDEN, S.; TAPPEN, R. (2007); GILMARTIN, J. (2007); ILLE, R. et al. (2007); MASIERO, S. et al. (2007); PETERS, M. L. et al. (2007); ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008); BARNASON, S. et al. (2008); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); PUOLAKKA, K. et al. (2008); VOHRA, R. S. et al. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); BARKER, J. et al. (2009); DAVIDGE, K. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); SURESH ATTILI, V. S. et al. (2009); WONG, J. et al. (2009); DOWSEY, M. M. et al. (2010); EL-GAZZAZ, G. et al. (2010); PETERS, M. L. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2010); ROYSE, C. F. et al. (2010); SINGH, J. A. et al. (2010); SINIKALLIO, S. et al. (2010); ALLVIN, R. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011); BRATTWALL, M. et al. (2011); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); PADDISON, J. S. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); ROSÉN, H. I. et al. (2011); BROWN, J. R. et al. (2012); KHAN, R. S. et al. (2012); MAJHOLM, B. et al. (2012)</p>
-----------	---

continua...

Consequências	<p>Manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica (náuseas; vômitos; sangramento; micção prejudicada; mobilidade física prejudicada; edema; dificuldades respiratórias; dor persistente; distúrbio do sono; fadiga; sentimentos de frustração; depressão; dificuldade de concentração; arritmia; infecção; ferida cirúrgica com presença de exsudato; febre; confusão; função renal prejudicada; constipação intestinal; deiscência da ferida; incontinência fecal; mudanças de humor; fraqueza; falta de apetite; alto estima baixa; problema com cateter ou material protético); reintervenções (readmissão hospitalar; reoperação; visita pós-cirúrgica com tratamento (curativo; reabertura da ferida; prescrição de antibiótico; ou outro tratamento)); dependência de cuidados para realizar atividades de autocuidado ou atividades diárias; perda de trabalho/salário e consequente redução do bem-estar e qualidade de vida.</p> <p>Estudos primários: CHUNG, F. (1995); KLEINBECK, S. V. M. (2000); SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); DECHERNEY, A. H. et al. (2002); PAVLIN, D. J. et al. (2002); JÄRVINEN, O. et al. (2003); PHILLIPS, C. et al. (2003); PIERSON, L. M. et al. (2003); WANG, M. Y. et al. (2003); CHAUSHU, G. et al. (2004); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004); ZALON, M. L. (2004); BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. (2005); CELKAN, M. A. et al. (2005); ROTHOLTZ, N. A. et al. (2005); RUVO, A. T. et al. (2005); WU, C. L. et al. (2005); SAHAKYAN, K. et al. (2006); FOLDEN, S.; TAPPEN, R. (2007); GILMARTIN, J. (2007); PETERS, M. L. et al. (2007); ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008); BARNASON, S. et al. (2008); KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008); PUOLAKKA, K. et al. (2008); VOHRA, R. S. et al. (2008); ALLVIN, R. et al. (2009); ANDERSEN, L. O. et al. (2009); DAVIDGE, K. et al. (2009); FELDMAN, L. S. et al. (2009); PUENTES, A. M. C. et al. (2009); SURESH ATTILI, V. S. et al. (2009); WONG, J. et al. (2009); DOWSEY, M. M. et al. (2010); EL-GAZZAZ, G. et al. (2010); PETERS, M. L. et al. (2010); ROSÉN, H. I. et al. (2010); SINGH, J. A. et al. (2010); SINIKALLIO, S. et al. (2010); ALLVIN, R. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011); BRATTWALL, M. et al. (2011); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011); KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); RAMÍREZ, J. M. et al. (2011); ROSÉN, H. I. et al. (2011); BROWN, J. R. et al. (2012); KHAN, R. S. et al. (2012); MAJHOLM, B. et al. (2012)</p>
---------------	---

conclusão.

Quadro 88 – Característica temporal do conceito recuperação cirúrgica retardada

5.3.2 Componentes do conceito recuperação cirúrgica retardada

O uso comum de determinado conceito facilita a categorização, avaliação da força e fraqueza e a utilização geral deste dentro de uma disciplina. Os conceitos são expressões de descrições cognitivamente derivadas da realidade percebida, empregados com finalidade de caracterizar fenômenos, e formados por identificação, abstração e agrupamento das características comuns para uma classe de objetos ou fenômenos (RODGERS, 2000).

A proposta desta pesquisa consistiu na análise do conceito recuperação cirúrgica retardada na área da saúde, por meio do método evolucionário de análise

de conceito proposto por Rodgers (2000). Logo, os resultados desta análise não pretendem estabelecer a definição do conceito, pautada na ideia de recuperação cirúrgica retardada como tendo essenciais e imutáveis características que o diferencia dos demais conceitos. Ao contrário, os resultados fornecem uma descrição da recuperação cirúrgica retardada, baseada na avaliação de similaridades do atual uso e significado do conceito.

Assim, no estudo foram identificados as expressões ou palavras (descritores) e os significados associados, mais comumente usados para descrever o conceito recuperação cirúrgica retardada (fundamentado nos dados extraídos dos 66 estudos primários incluídos na RI) para o entendimento conceitual deste uso, por meio da associação e relacionamento dos eventos (antecedentes, atributos, consequentes) que envolvem o conceito. Assim, os resultados evidenciados da análise indicaram os principais atributos do conceito recuperação cirúrgica retardada, os antecedentes e consequentes (Figura 5).

Figura 5 – Componentes do conceito recuperação cirúrgica retardada

5.3.2.1 Antecedentes do conceito recuperação cirúrgica retardada

Os antecedentes representam os eventos precursores ou as circunstâncias da ocorrência do conceito. Experiências prévias foi o antecedente identificado na análise do conceito recuperação cirúrgica retardada e abrange aspectos fisiológicos, psicológicos, ambientais e os relacionadas ao procedimento cirúrgico, os quais são capazes de contribuir direta ou indiretamente para a evolução do paciente cirúrgico, desde o plano de alta até a retomada de atividades do cotidiano realizadas no período pré-operatório (Figura 5).

5.3.2.2 Atributos do conceito recuperação cirúrgica retardada

Para Rodgers (2000) os atributos constituem a definição real do conceito. Portanto, a determinação dos atributos ou descritores principais que descrevem as características do conceito derivou da definição da recuperação cirúrgica retardada.

Portanto, seis ideias centrais foram identificadas na definição do conceito recuperação cirúrgica retardada (Figura 5). Tais ideias se inter-relacionam subsidiando a descrição da recuperação cirúrgica retardada: alteração no processo de recuperação cirúrgica, 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 ideia de alteração no processo de recuperação cirúrgica refere-se as complicações que alteram esse processo, envolvendo o comprometimento das funções fisiológicas e psicológicas, desencadeando demanda alta frente a 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.

Com relação ao comprometimento das funções fisiológicas, essa ideia descreve 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.

Já o comprometimento das funções psicológicas representa domínios das funções psicológicas dos pacientes, tais como: funcionamento psicossocial prejudicado, estado emocional pobre e comprometimento cognitivo-comportamental, que se manifestam por meio de sinais e sintomas desempenhando impacto na vida dos pacientes, dificultando a recuperação cirúrgica.

O nível de energia (força) reduzido envolve a ideia de demanda alta frente à reserva de energia do paciente, condição que excede os seus recursos pessoais e dificulta o retorno total para a restauração da integridade, acarretando necessidade de descanso (dormir) durante o dia para repor as energias.

A capacidade limitada para restabelecer atividades habituais da vida diária (nível pré-operatório) articula as seguintes dimensões: atividade social comprometida, atividade funcional comprometida e atividade de lazer comprometida.

A extensão do tempo de recuperação descreve a ideia de extensão do tempo para 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.

5.3.2.3 Consequentes do conceito recuperação cirúrgica retardada

Os consequentes identificados da recuperação cirúrgica retardada neste estudo foram expressos por manifestações clínicas, reintervenções, dependência de cuidados e redução na qualidade de vida (Figura 5).

As manifestações clínicas representam as manifestações de complicações no processo de recuperação cirúrgica, que causam efeitos negativos físicos, psicossociais e econômicos, afetando a vida cotidiana e o bem-estar de pacientes. Descreve a ideia de resultado a curto prazo, que ocorre quando a recuperação cirúrgica retardada está instalada. Ou seja, manifestações que podem estar presentes quando o paciente vivenciar a recuperação cirúrgica retardada.

A necessidade de reintervenções envolve questões relacionadas à

readmissão hospitalar, reoperação ou visita pós-cirúrgica inesperada no serviço de saúde, devido complicações que requerem administração de novo regime terapêutico (curativo, reabertura da ferida, prescrição de antibiótico ou outro tratamento).

Já a dependência de cuidados envolve a ideia de necessidade de auxílio aos pacientes (cuidadores) para realizarem o autocuidado ou atividades diárias, devido às incapacidades que requerem cuidados especiais. Essa ideia se relaciona com a ideia de redução na qualidade de vida resultante de 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.

5.3.3 Termos substitutos do conceito de recuperação cirúrgica retardada

Os termos substitutos são palavras ou expressões alternativas para o conceito (RODGERS, 2000). Após o conhecimento dos principais componentes do conceito recuperação cirúrgica retardada foi possível verificar as variações de palavras ou expressões presentes na literatura que são alternativas para descrever o conceito (Quadro 89).

Termos substitutos	Estudos primários
Recuperação cirúrgica prolongada	SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); PAVLIN, D. J. et al. (2002); DECHERNEY, A. H. et al. (2002); PHILLIPS, C. et al. (2003); CHAUSHU, G. et al. (2004); RUVO, A. T. et al. (2005); SALVIN, J. W. et al. (2008); ROYSE, C. F. et al. (2010); MAYO, N. E. et al. (2011)
Recuperação cirúrgica afetada	CHAUSHU, G. et al. (2004); WU, C. L. et al. (2005); KIM, H. J. et al. (2008)
Recuperação cirúrgica pobre	SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); LAWRENCE, V. A. et al. (2004); PETERS, M. L. et al. (2007); BARNASON, S. et al. (2008); PUOLAKKA, K. et al. (2008); PETERS, M. L. et al. (2010); ROYSE, C. F. et al. (2010); SINIKALLIO, S. et al. (2010); MAYO, N. E. et al. (2011)
Recuperação cirúrgica lenta	LAWRENCE, V. A. et al. (2004); BRATTWALL, M. et al. (2011); PADDISON, J. S. et al. (2011); KHAN, R. S. et al. (2012)
Recuperação cirúrgica tardia	LAWRENCE, V. A. et al. (2004)
Recuperação cirúrgica prejudicada	ROYSE, C. F. et al. (2010); PADDISON, J. S. et al. (2011)
Recuperação cirúrgica complicada	BARKER, J. et al. (2009)

Quadro 89 – Termos substitutos do conceito de recuperação cirúrgica retardada

Os termos substitutos para descrever a recuperação cirúrgica 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. Entretanto, esses termos remetem a significado comum, ou seja, alteração no processo de recuperação cirúrgica, envolvendo 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.

5.3.4 Conceitos relacionados à recuperação cirúrgica retardada

Os conceitos relacionados são aqueles que se relacionam com o conceito de interesse, mas não compartilham todos os atributos (RODGERS, 2000). Tais conceitos identificados na literatura são apresentados no quadro 90.

Conceitos relacionados	Estudos primários
Recuperação pós-operatória	SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001); ZALON, (2004); CELKAN et al., 2005; BARNASON et al. (2008); KIM, H. J. et al. (2008); PUOLAKKA, K. et al. (2008); WONG, J. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2009); ALLVIN, R. et al. (2011); MAYO, N. E. et al. (2011); PADDISON, J. S. et al. (2011); ARAKELIAN, E. et al. (2011)
Convalescença retardada	WU, C. L. et al. (2005); ILLE, R. et al. (2007)
Convalescença prolongada	VOHRA, R. S. et al. (2008)
Recuperação pós-operatória complicada	KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. (2008)
Recuperação pós-operatória retardada	RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)
Recuperação pós-operatória prolongada	SALVIN, J. W. et al. (2008)
Convalescença	FELDMAN, L. S. et al. (2009)

Quadro 90 – Conceitos relacionados à recuperação cirúrgica retardada

A recuperação cirúrgica é um processo complexo e dinâmico, que pode ser influenciado por múltiplos fatores, essa característica dificulta as definições padronizadas na literatura (MAYO et al., 2011). Portanto, existem proximidade e inter-relação entre os conceitos recuperação cirúrgica, recuperação pós-operatória e convalescença, que pode resultar em confusões quanto às fronteiras destes conceitos, principalmente, com o uso de combinações de descritores adicionais ou qualificadores, tais como: retardada; prolongada; complicada; prejudicada; tardia e pobre, dentre outros.

Na área da saúde, o período pós-operatório é definido como um período que se inicia após o término da cirurgia e se estende por período variável (SALMON et al., 2001; GILMARTIN, 2007; SURESH ATTILI et al., 2009; ARAKELIAN et al.,

2011; ALLVIN et al., 2011). Segundo Moraes e Peniche (2003), o período pós-operatório pode ser didaticamente dividido em três etapas: imediata que corresponde as primeiras 12 ou 24 horas após o término da cirurgia; mediata que se inicia após as 24 horas e se desenvolve por período variável até o dia da alta hospitalar e a tardia que sucede a anterior e se estende por um a dois meses até a completa cicatrização das lesões. A convalescença também é definida como período de incapacidade, resultante do procedimento cirúrgico ou doença, que se completa com a retomada das atividades (VOHRA et al., 2008; FELDMAN et al., 2009).

O conceito recuperação cirúrgica retardada foi definido na presente investigação, como alteração no processo de recuperação cirúrgica, envolvendo 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. Essa definição claramente relaciona-se com o período pós-operatório e convalescença, entretanto, são conceitos distintos, mesmo nas variações (convalescença retardada; convalescença prolongada; recuperação pós-operatória complicada; recuperação pós-operatória retardada e recuperação pós-operatória prolongada).

5.3.5 Variação contextual do uso do conceito

Para Rodgers (2000), os conceitos são dinâmicos na natureza e vinculados ao contexto. Portanto, nos parágrafos subsequentes serão apresentados os contextos identificados na presente investigação.

O conceito recuperação cirúrgica retardada foi retratado no contexto da área da saúde e envolveu diferentes disciplinas: medicina; enfermagem; psicologia; odontologia; fisioterapia e fonoaudiologia.

Os estudos primários foram desenvolvidos por autores de países como: Estados Unidos da América, Suécia, Canadá, Inglaterra, Grécia, Dinamarca, Finlândia, Austrália, Holanda, Israel, Áustria, Japão, Turquia, Argentina, Itália, Coreia do Sul, Índia, Colômbia, Espanha e Brasil. A população dos estudos tinha idade ≥ 18 anos e foi submetida a diferentes procedimentos cirúrgicos (aberto ou fechado; pequeno, médio e grande porte; diferentes especialidades médicas), tanto em

ambiente hospitalar quanto ambulatorial.

A variação contextual que envolve crenças e valores específicos pode ter profunda influência na formação do significado e uso do conceito, apesar disto, o uso da recuperação cirúrgica retardada apresenta similaridade dentre os diferentes contextos investigados no presente estudo.

5.3.6 Formas de mensuração ou referências da recuperação cirúrgica retardada

Segundo Rodgers (2000), as referências do conceito são eventos, atividades ou situações atuais referentes ao conceito de interesse, ou seja, as referências são formas pelas quais os conceitos podem ser mensurados ou determinados dentro de contexto real.

Um dos pré-requisitos para analisar e avaliar o processo de recuperação cirúrgica é o uso de instrumentos válidos. De acordo com Allvin et al. (2011) e Paddison et al. (2011), na literatura não foi identificado instrumento totalmente válido (padrão ouro) disponível para mensurar de forma geral o processo de recuperação cirúrgica, ou seja, os instrumentos disponíveis ainda não demonstram qualidade suficiente para avaliação da recuperação do paciente cirúrgico no pós-operatório. Entretanto, dois instrumentos (Quality of Recovery (QoR)-40 e Post Discharge Surgical Recovery scale) são considerados superiores e recomendados para aplicação em estudos de curta duração sobre a recuperação no pós-operatório.

Para Wong et al. (2009), a qualidade de vida do paciente, ou seja, a capacidade de retomar suas atividades normais após a cirurgia deve ser considerada um dos pontos principais. Entretanto, a recuperação funcional de vários aspectos da vida diária dos pacientes é uma avaliação subjetiva, o que torna imperativo que a avaliação do processo de recuperação também seja feita a partir da perspectiva do paciente.

A recuperação cirúrgica é um processo complexo que apresenta múltiplos aspectos e pode ser influenciado por diferentes fatores, portanto, há dificuldade de construção, validação e padronização de instrumento de medida que abarque toda a dimensão da recuperação cirúrgica e possa ser empregado como medida de resultados em estudos que avaliam os benefícios de várias intervenções cirúrgicas

(ALLVIN et al., 2009; FELDMAN et al., 2009; PADDISON et al., 2011).

Assim, pesquisadores têm investido na construção e validação de instrumentos de medida, bem como na associação de diferentes instrumentos para mensurar domínios da recuperação cirúrgica, sendo que alguns desses instrumentos têm-se centrado em determinados tipos de cirurgia e outros desenvolvidos para cirurgias em geral (Quadro 91).

Formas de mensuração ou referências do conceito	Referências
Escala de recuperação cirúrgica pós-alta (PSR)	KLEINBECK, S.V.M. (2000)
Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC)	SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001)
Escala numérica de dor	DECHERNEY, et al. (2002); PAVLIN, et al. (2002); PUENTES, A. M. C. et al. (2009)
Katz Index of Activities of Daily Living	HORVATH, K. J. (2003)
Instrumental Activities of Daily Living	HORVATH, K. J. (2003); LAWRENCE, V. A. et al. (2004)
Autorrelato do paciente para obter a percepção do processo de recuperação cirúrgica	DECHERNEY, A. H. et al. (2002); HORVATH, K. J. (2003); GILMARTIN, J. (2007); PUOLAKKA, K. et al. (2008); ANDERSEN, L. O. et al. (2009)
Rhoten Fatigue Scale	HORVATH, K. J. (2003)
Health Survey (RAND-36)	JÄRVINEN, O. et al. (2003); PERRY, K. T. et al. (2003); PETERS, M. L. et al. (2010)
Escore de Karnofsky	JÄRVINEN, O. et al. (2003)
Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ)	PIERSON, L. M. et al. (2003)
Instrumento de qualidade de vida relacionado a saúde (HRQOL)	PHILLIPS, C. et al. (2003); CHAUSHU, G. et al. (2004); RUVO, A. T. et al. (2005)
Brief Pain Inventory	ZALON, M. L. (2004)
Geriatric Depression Scale-Short Form	ZALON, M. L. (2004); LAWRENCE, V. A. et al. (2004)
Modified Fatigue Symptom Checklist	ZALON, M. L. (2004)
Enforced Social Dependency Scale	ZALON, M. L. (2004)
Self Perception of Recovery Scale	ZALON, M. L. (2004)
Medical Outcomes Study Short Form 36	LAWRENCE, V. A. et al. (2004); SAHAKYAN, K. et al. (2006); PETERS, M. L. et al. (2007); BARNASON, S. et al. (2008); FELDMAN, L. S. et al. (2009); MAYO, N. E. et al. (2011)
Folstein Mini-Mental State Exam (MMSE)	LAWRENCE, V. A. et al. (2004)

continua...

Formas de mensuração ou referências do conceito	Referências
Quality of Recovery Score (QoR)	WU, C. L. et al. (2005); CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011)
Escala visual analógica para dor	WU, C. L. et al. (2005); FELDMAN, L. S. et al. (2009)
Brief Fatigue Inventory (BFI)	WU, C. L. et al. (2005)
Epworth Sleepiness Scale (ESS)	WU, C. L. et al. (2005)
Escala de dor de Gracely	RUVO, A. T. et al. (2005)
Pain Catastrophizing Scale (PCS)	PETERS, M. L. et al. (2007); KHAN, R. S. et al. (2012)
Behavioral Inhibition Scale (BIS)	PETERS, M. L. et al. (2007)
Life Orientation Test (LOT)	PETERS, M. L. et al. (2007)
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	BARNASON, S. et al. (2008); MAYO, N. E. et al. (2011); KHAN, R. S. et al. (2012)
Oswestry disability index— ODI	PUOLAKKA, K. et al. (2008)
Functional Recovery Index (FRI)	WONG, J. et al. (2009)
The Community Health Activities Model Program for Seniors (CHAMPS)	FELDMAN, L. S. et al. (2009)
Teste de caminhada de 6 minutos (6MWT)	FELDMAN, L. S. et al. (2009)
SF – 12 Health Survey	EL-GAZZAZ, G. et al. (2010)
Irritable Bowel Disease Quality of Life Instrument (IBD-QOL)	EL-GAZZAZ, G. et al. (2010)
Post-operative Quality Recovery Scale (PQRS)	ROYSE, C. F. et al. (2010)
Postoperative Recovery Profile (PRP)	ALLVIN, R. et al. (2011)
EuroQuol EQ-5D	MAYO, N. E. et al. (2011)
Surgical Recovery Scale (SRS)	PADDISON, J. S. et al. (2011)

conclusão.

Quadro 91 – Formas de mensuração ou referências da recuperação cirúrgica retardada

A duração da permanência hospitalar após o procedimento cirúrgico e o tempo necessário para retornar e executar atividades de maneira melhor ou como no período pré-operatório são apresentados como parâmetros de recuperação cirúrgica, bem como, as medidas centradas na qualidade de vida de pacientes. Portanto, o retorno do paciente aos valores basais ou melhores, em todos os domínios (exemplo: funções fisiológicas, funções psicológicas, nível de energia e atividades) é indicador de completo processo de recuperação. Entretanto, a recuperação cirúrgica pode ser prejudicada quando há falhas de recuperação de domínios específicos, causando alteração no processo de recuperação cirúrgica (ZALON, 2004; FELDMAN et al., 2009; PADDISON et al., 2011; MAYO et al., 2011).

6. *DISCUSSÃO*

A produção científica sobre o processo de recuperação cirúrgica retardada é multidisciplinar e cresceu a partir de 1995. Tal tema despertou interesse nas disciplinas da saúde: medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia, com destaque para a medicina que mais publicou estudos primários sobre o tópico de interesse (41 artigos), seguida pela enfermagem (14 artigos).

Os 66 estudos primários incluídos na RI foram publicados em 42 periódicos da medicina, nove da enfermagem e dois da odontologia, sendo que 48% eram originários dos Estados Unidos da América e 18% da Inglaterra. Os periódicos com maior número de publicações foram *Anesthesia and Analgesia*, *Anesthesiology* e *The Journal of Bone and Joint Surgery*, os quais apresentam fator de impacto que varia de 2.832 a 5.359, de acordo com a mais recente publicação do *Journal Citation Reports®* (2011).

Os autores dos estudos primários estudaram diferentes questões concernentes à recuperação cirúrgica, e os tipos de estudos mais frequentes foram coorte, caso-controle e descritivos, direcionados a investigar questões clínicas de Prognóstico/Predição ou Etiologia (Quadro 8). Os estudos conduzidos direcionados para tal tipo de questão foram classificados de acordo com o sistema de classificação de evidências proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), sendo 14 estudos classificados com nível de evidência II e 39 com nível de evidência IV.

Dentre os estudos primários incluídos na RI, apenas um foi conduzido na abordagem metodológica qualitativa, e classificado com nível de evidência IV. Em relação aos seis estudos com questões clínicas de Intervenção ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico, um foi classificado com nível de evidência III, entretanto, cinco receberam a classificação de nível de evidência II, desses, um o escore de Jadad foi 1, dois com escores 2, um o escore foi 3 e um estudo com escore 5. Além disso, incluiu-se seis estudos do tipo pesquisa metodológica, ou seja, estudos para construção e validação de instrumento de medida para mensurar a recuperação cirúrgica.

Com o objetivo de identificar as evidências disponíveis sobre o conceito de interesse, uma revisão integrativa foi elaborada com a inclusão de 66 estudos primários que permitiu identificar o estado atual de conhecimento concernente à recuperação cirúrgica retardada. A abordagem foi baseada sobre a visão filosófica de que as fronteiras dos conceitos são formadas por similaridade e grau de relação

entre o uso de palavras (descritores) ou termos que representam ou expressam ideias ou características associadas ao conceito (RODGERS, 2000).

Seguindo tal princípio filosófico, na análise da literatura detectou-se um total de 14 diferentes descritores empregados para representar ou expressar domínios do conceito recuperação cirúrgica retardada nas disciplinas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia).

Houve similaridades no uso dos descritores entre tais disciplinas, e a maioria (79%) dos descritores utilizados para descrever ou representar a recuperação cirúrgica retardada está presente em $\geq 10\%$ da amostra de estudos primários incluídos na RI. Tais descritores representam grau maior de uso, sendo considerados assim, os descritores principais/comuns mais utilizados para expressar ou representar a recuperação cirúrgica retardada (Tabela 2). Para Rodgers (2000), o uso do conceito refere à forma comum de empregar o conceito, tal uso incluem formas e expressões que carregam consigo as características do conceito.

A compatibilidade e similaridade entre o uso (frequência) e o significado dos descritores principais permitiu identificar os qualificadores de cada descritor chave, e assim a construção de 11 categorias temáticas, das quais foram mapeados 83 subdescritores, que foram explorados dentro do seu contexto. Tais categorias temáticas serão discutidas e organizadas nos parágrafos subsequentes de acordo com as características temporais.

6.1 Categorias temáticas

6.1.1 Experiências prévias que podem influenciar a recuperação cirúrgica

O tema experiências prévias que podem influenciar a recuperação cirúrgica englobou 32 subdescritores (Quadro 76), os quais representaram os fatores capazes de contribuir direta ou indiretamente com a evolução do paciente cirúrgico, desde o plano de alta até a retomada de atividades do cotidiano realizadas no período pré-operatório.

Na literatura, estudos indicaram que o tipo de cirurgia pode ser decisivo para o processo da recuperação. A cirurgia laparoscópica (minimamente invasiva)

acarreta rápido retorno dos pacientes às atividades diárias normais, em comparação com a cirurgia aberta. Os grupos de pacientes submetidos a cirurgias laparoscópicas apresentaram menor tempo de internação hospitalar e menos complicações como dor e fadiga em comparação com a cirurgia aberta (PRINSSEN et al., 2004; ROSÉN et al., 2010; KALTOFT; GOGENUR; ROSENBERG, 2011).

O procedimento cirúrgico prolongado foi apontado como fator preditivo de complicações. Os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos que duraram 30 minutos ou mais apresentaram recuperação prolongada. O tempo de cirurgia foi diretamente relacionado à duração da dor após a cirurgia e teve influência importante no desfecho cognitivo de pacientes (WANG et al., 2003; CHAUSHU et al., 2004; PETERS et al., 2007; ILLE et al., 2007).

O grau de trauma fisiológico (causado pelo procedimento cirúrgico) indicado por marcadores da resposta inflamatória exerceu influência importante na recuperação, sendo que os pacientes cujo trauma fisiológico da cirurgia era maior, isto é, aqueles com resposta inflamatória maior, apresentaram dificuldades na sua recuperação (SALMON; HALL; PEERBHOY, 2001). De acordo com Ruvo et al. (2005), os pacientes que necessitaram de remoção óssea durante o procedimento cirúrgico apresentaram também recuperação mais demorada.

A literatura ainda apontou que o procedimento cirúrgico complexo (procedimento de médio ou grande porte) aumenta significativamente as chances de complicações no processo de recuperação (PHILLIPS et al., 2003; RUVO et al., 2005; WONG et al., 2009). Assim como, número maior de enxertos ou o uso de procedimentos combinados (ILLE et al. 2007). De acordo com Hirose, Amano e Takahashi (2002), os pacientes submetidos à circulação extracorpórea apresentaram mais complicações e recuperação lenta com período maior de intubação e internação na UTI, em comparação com os pacientes que não utilizaram esse procedimento.

O uso prolongado de anestesia (em média 68 min.) foi associado com o desenvolvimento de sintomas persistentes na unidade de cirurgia ambulatorial o que atrasou a alta hospitalar e a retomada de atividades (CHUNG, 1995). O aumento da dose de opióides, no período intraoperatório, pode resultar em efeitos secundários indesejáveis como depressão respiratória e potencializar a frequência de náuseas e vômitos (PAVLIN et al., 2002; CATRO-ALVES et al., 2011).

Pesquisas indicaram que a anestesia geral promove resultados piores no

paciente cirúrgico quando comparada com a anestesia local (neuroaxial). O consumo de opióides no pós-operatório, os escores de dor, a frequência de náusea e vômito foram maiores no grupo de pacientes submetido à anestesia geral, o que implica na necessidade de avaliação criteriosa do anestesista quanto à escolha do tipo de anestesia para os pacientes (SUSILAHTI; SUOMINEN; LEINO-KILPI, 2004; CATRO-ALVES et al., 2011).

As estratégias de controle da dor são destacadas como preocupação primordial em relação aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. O controle inadequado da dor constitui ameaça para a saúde, os pacientes que tiveram controle menor da dor aguda sofreram significativamente de dor crônica (BISGAARD; ROSENBERG; KEHLET, 2005; ROSÉN et al., 2010; BRATTWALL et al., 2011; KHAN et al., 2012). Segundo Den Boer et al. (2006), as estratégias passivas de enfrentamento da dor (fuga, isolamento/repouso, preocupação catastrófica) podem resultar em seis meses de incapacidades e dor severa ao paciente.

Já o estudo de Salvin et al. (2008) indicou que a necessidade de qualquer volume superior (coloide, cristalóide, ou produtos de sangue) a dos fluidos de manutenção padrão e volumes de infusão de medicamentos na primeira noite de pós-operatório, contribui para o surgimento de complicações no processo de recuperação. Na pesquisa de Celkan et al. (2005), os resultados evidenciaram que o uso de suprimento sanguíneo no pós-operatório foi o maior preditor independente de prolongamento da hospitalização. A transfusão de sangue ou hemoderivados pode acarretar complicações, tais como infecções bacterianas e atrasar a reabilitação física.

Na literatura analisada, alguns autores apontaram o tempo de intubação traqueal $\geq 48h$ e presença de sepse perioperatória, como fatores associados com o retorno a alimentação oral e recuperação cirúrgica. A duração da intubação traqueal no pós-operatório é forte preditor de disfagia de alimentos líquidos e sólidos, e ambos prolongaram o retorno à alimentação oral normal e consequentemente retardaram a alta hospitalar (PIERSON et al. 2003; MASIERO et al., 2007; BARKER et al., 2009).

O processo de recuperação cirúrgica pode sofrer influência de múltiplos fatores pré-existent. Os pacientes com déficit neurológico maior no pré-operatório apresentaram mais complicações e recuperação mais lenta, assim como, aqueles

com comprometimento funcional no pré-operatório (SALMON; HALL; PEERBHOY, 2001; LAWRENCE et al., 2004; DEN BOER et al., 2006; DAVIDGE et al., 2009; PETERS et al., 2010; MAYO et al., 2011; BROWN et al., 2012).

A presença de comorbidade é indicador importante de resultados cirúrgicos piores. Pacientes com pelo menos uma comorbidade apresentaram processo de recuperação prolongado em relação aos pacientes sem comorbidade (PIERSON et al., 2003; WANG et al., 2003; PETERS et al., 2007).

As pesquisas demonstraram que a obesidade é determinante relevante da oxigenação de tecidos, podendo acarretar resultado funcional pior e aumentar o risco de eventos adversos nos primeiros 12 meses após a cirurgia. A hipóxia tecidual e da ferida cirúrgica comumente também acometem os pacientes obesos no período perioperatório. Mesmo com o fornecimento de oxigênio suplementar, a pressão parcial de oxigênio em pacientes obesos foi reduzida em níveis associados com aumento substancial no risco de infecção (KABON et al., 2004; FLEISCHMANN et al., 2005; DOWSEY et al., 2010).

Os pacientes com diabetes mellitus (DM), com controle glicêmico pobre, apresentaram funcionamento físico e emocional piores, assim, atenção especial deve ser dada à função física de pacientes com DM após procedimento cirúrgico, pois tal doença crônica sistêmica pode danificar os nervos e vasos sanguíneos (WANG et al., 2003; SAHAKYAN et al., 2006; ILLE et al., 2007; KIM et al., 2008). Outro fator associado à recuperação pior foi a idade ≥ 70 anos. A idade avançada é indicada como fator de risco para o declínio cognitivo após procedimentos cirúrgicos (PIERSON, et al., 2003; JÄRVINEN et al., 2003; CELKAN et al., 2005; ILLE et al., 2007; VOHRA et al., 2008; KIM et al., 2008; MAYO et al., 2011).

Os fatores pré-operatórios como a expectativa de resultados negativos (comportamento pessimista), referentes ao procedimento cirúrgico e o processo de recuperação, apresentaram relação com as mudanças no funcionamento físico e vitalidade do paciente (KLEINBECK, 2000; DEN BOER et al., 2006; DAVIDGE et al., 2009; SINGH et al., 2010; PETERS et al., 2010). Igualmente, a ansiedade e o medo do movimento ou de nova lesão têm afetado negativamente as variáveis de recuperação no pós-operatório, comprometendo a recuperação mental e física após cirurgia, acarretando tempo maior de permanência na UTI (DEN BOER et al., 2006; GILMARTIN, 2007; BARNASON et al., 2008; KAGAN; BAR-TAL, 2008; ROSÉN et al., 2010; MAYO et al., 2011; ARAKELIAN et al., 2011).

Em um estudo, o tabagismo e uso de corticosteroides, nos três meses anteriores a cirurgia, foram associados com insucesso no processo de cicatrização cirúrgica (EL-GAZZAZ et al., 2010). Os pacientes expressaram frustrações quanto ao tipo e qualidade das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, o fornecimento insuficiente de informações adequadas e a dificuldade de processar tais informações ou instruções antes e depois da cirurgia apresentaram-se como fatores que podem influenciar o processo de recuperação cirúrgica. O tratamento incorreto ou equivocado também foi apontado pelos pacientes como causa de desconforto persistente após o procedimento cirúrgico, resultando em sentimentos de decepção, raiva e tristeza (GILMARTIN, 2007; ROSÉN et al., 2010).

A recuperação cirúrgica é processo complexo, no qual fatores múltiplos podem contribuir para o alcance de resultados positivos ou negativos. Portanto, os profissionais de saúde necessitam compreender tal processo e os fatores associados, para o planejamento e implementação de intervenções que promovam a melhoria da assistência prestada ao paciente cirúrgico.

6.1.2 Alteração no processo de recuperação cirúrgica

O tema alteração no processo de recuperação cirúrgica refere-se as complicações que alteram esse processo, envolvendo o comprometimento das funções fisiológicas e psicológicas, desencadeando demanda alta frente a 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. O processo de recuperação cirúrgica inicia-se com o término do procedimento cirúrgico e continua por período variável.

Segundo Arakelian et al. (2011), sob o ponto de vista holístico, a recuperação cirúrgica envolve múltiplos domínios, e se completa com a restituição integral dos valores basais do paciente no período pré-operatório, atingindo grau de independência/dependência nas atividades habituais.

As dimensões da recuperação cirúrgica devem ser compreendidas em perspectiva ampla, uma vez que se estendem além da hospitalização e do tempo relacionado a alta hospitalar. Embora seja fácil especificar o início do processo de

recuperação, pode ser difícil determinar o seu término, devido às alterações tanto positivas, quanto negativas em relação à condição do paciente, portanto, diferentes pacientes e procedimentos podem apresentar padrões diferentes de recuperação (ALLVIN et al., 2009; ALLVIN et al., 2011; ARAKELIAN et al., 2011).

O processo de recuperação cirúrgica é complexo, dinâmico e envolve múltiplos domínios. Tradicionalmente alguns padrões são adotados para o estabelecimento da recuperação cirúrgica, a saber: duração da internação no período pós-operatório, tempo necessário para o paciente restabelecer as atividades realizadas no período pré-operatório e a qualidade de vida de pacientes (FELDMAN et al., 2009; ALLVIN et al., 2011; PADDISON et al., 2011; MAYO et al., 2011).

Diversos fatores podem ser associados com o processo de recuperação cirúrgica e, portanto, devem ser considerados no planejamento da assistência prestada ao paciente cirúrgico. O desconforto durante o período de recuperação é experimentado por período longo, de forma variável e pessoal, o que resulta em efeitos sobre a vida cotidiana de pacientes (ROSÉN et al., 2010; ARAKELIAN et al., 2011).

Para Brattwall et al. (2011), o início da recuperação após a cirurgia, o paciente no ambiente hospitalar e na primeira semana após a cirurgia são aspectos amplamente estudados e avaliados frequentemente. Entretanto, o paciente deve ser acompanhado por período de pelo menos 30 dias de pós-operatório, ou seja, períodos maiores de avaliação do paciente após a cirurgia devem ser contemplados em investigações futuras.

O paciente hospitalizado após a cirurgia tem a vantagem de receber assistência dos profissionais de saúde, os quais monitoram sinais de função física, avaliam sintomas, realizam intervenções e manejam o ambiente para prevenir ou amenizar ameaças biológicas e psicológicas ao bem estar do paciente. Entretanto, quando a recuperação ocorre fora do hospital, o paciente ou familiar assume a responsabilidade de monitorar e avaliar a evolução do processo de recuperação cirúrgica (KLEINBECK, 2000).

6.1.3 Comprometimento das funções fisiológicas

O tema comprometimento das funções fisiológicas contemplou seis

subdescritores (Quadro 79), cada subdescritor representa domínios das funções fisiológicas: eliminação prejudicada, complicações cardiovasculares, integridade estrutural prejudicada, 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.

O procedimento cirúrgico acarreta estresse fisiológico e problemas relacionados à eliminação como a insuficiência renal aguda que consiste em complicação que pode afetar a sobrevida do paciente cirúrgico (BROWN et al., 2012). Outros problemas também podem acometer o paciente como a dificuldade de micção (retenção urinária, incontinência urinária), obstrução intestinal e incontinência fecal (SUSILAHTI; SUOMINEN; LEINO-KILPI, 2004; ZALON, 2004; ROTHOLTZ et al., 2005; FELDMAN et al., 2009; ROSÉN et al., 2010).

As complicações cardiovasculares e respiratórias com a necessidade de tratamento influenciaram a recuperação cirúrgica, bem como prejudicaram a retomada de atividades do paciente realizadas no período pré-operatório, assim como a disfunção gastrointestinal e sexual (KLEINBECK, 2000; WANG et al., 2003; LAWRENCE et al., 2004; PRINSEN et al., 2004; SUSILAHTI; SUOMINEN; LEINO-KILPI, 2004; GILMARTIN, 2007; VOHRA et al., 2008; ALLVIN et al., 2009; BARKER et al., 2009).

Dentre os subdescritores que representam os domínios das funções fisiológicas, a integridade estrutural prejudicada foi o subdescritor mais expressivo retratado na literatura. As complicações relacionadas com as fases de cicatrização da ferida cirúrgica (inflamação, proliferação, maturação) foram identificadas como deiscência da ferida, ferida cirúrgica com presença de exsudato, infecção, dor persistente, edema, sangramento e mobilidade física prejudicada. Essas complicações exerceram influência sobre a recuperação do paciente para a mesma condição do período pré-operatório (LAWRENCE et al., 2004; SUSILAHTI; SUOMINEN; LEINO-KILPI, 2004; SURESH ATTILI et al., 2009; DOWSEY et al., 2010; ROSÉN et al., 2010; RAMÍREZ et al., 2011; MAJHOLM et al., 2012).

6.1.4 Comprometimento das funções psicológicas

O tema comprometimento das funções psicológicas foi composto por três subdescritores, os quais representam domínios das funções psicológicas dos pacientes, tais como: funcionamento psicossocial prejudicado, estado emocional pobre e comprometimento cognitivo-comportamental. Esses domínios manifestam-se por sinais e sintomas desempenhando impacto na vida dos pacientes, dificultando a recuperação cirúrgica.

O comprometimento das funções psicológicas envolve manifestações de ansiedade, mudanças de humor, confusão, dificuldade de concentração, depressão, distúrbio do sono preocupação e alta estima baixa (GILMARTIN, 2007; ALLVIN et al., 2009; ROSÉN et al., 2010; ARAKELIAN et al., 2011; RAMÍREZ et al., 2011).

No estudo de Arakelian et al. (2011), o comprometimento das funções psicológicas foi evidenciado em 64% dos pacientes, sendo que 18% necessitaram de apoio psicológico. Esses resultados demonstram a importância de considerar a necessidade de suporte psicológico para o paciente após procedimento cirúrgico pelos profissionais de saúde.

De acordo com Zalon (2004), a depressão teve contribuição significativa para o estado funcional do paciente em cada momento do processo de recuperação cirúrgica. Esse dado indica que o componente emocional pode ser crítico para o retorno bem sucedido do estado funcional do paciente. Assim, como a ansiedade pré-operatória afetou negativamente o bem-estar físico e mental, bem como o estado emocional resultando em incapacidade para voltar ao trabalho (KAGAN; BAR-TAL, 2008).

Os estudos indicaram que os sintomas psicológicos estão frequentemente presentes durante o processo de recuperação cirúrgica e podem persistir por período longo diminuindo a capacidade mental e prejudicando o retorno do paciente na realização de atividades diárias. Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos para a implementação de medidas para a prevenção destes distúrbios e em casos necessários, a administração de ansiolíticos ou antidepressivos pode ser apropriada para evitar consequências graves aos pacientes (ROSÉN et al., 2010; PETERS et al., 2010; ARAKELIAN et al., 2011).

6.1.5 Nível de energia (força) reduzido

O tema nível de energia (força) reduzido englobou três subdescritores (Quadro 86). Tal tema foi definido como nível de energia (força) reduzido devido demanda alta frente à reserva de energia do paciente, condição que excede os seus recursos pessoais e dificulta o retorno total para a restauração da integridade, acarretando necessidade de descanso (dormir) durante o dia para repor as energias.

Em condições de demanda alta de energia (casos de complicações no processo de recuperação), a reserva de energia do paciente pode se tornar cronicamente empobrecida, pois a demanda excede os recursos pessoais para o enfrentamento da condição. Assim, os pacientes vivenciaram manifestações que interferem 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 (HORVATH, 2003; ZALON, 2004; ALLVIN et al., 2009; ROSÉN et al., 2010; MAYO et al., 2011).

A redução da reserva energética fisiológica é experimentada como nível maior de fadiga de 6-8 semanas após a alta hospitalar. Essa condição de redução de energia se relaciona com o estado de saúde e fadiga no pré-operatório, peso, grau de trauma cirúrgico, intensidade da resposta metabólica e deterioração (complicações e recuperação prolongada) no período pós-operatório. Ainda na ausência de complicações, cirurgia de grande porte está associada com redução de 20-40% na capacidade fisiológica e funcional quando mensurado o gasto de energia, o tempo de resistência, carga de trabalho e frequência cardíaca durante o exercício máximo (FELDMAN et al., 2009; MAYO et al., 2011).

As complicações como dor, fadiga e depressão durante a recuperação cirúrgica danificam as reservas de energia, o que acarreta efeitos negativos sobre a integridade estrutural, pessoal e social do paciente. Portanto, a fadiga é manifestação do esgotamento de energia, e ambos, fadiga e esgotamento estão relacionados ao retorno do estado funcional (ZALON, 2004).

No estudo de Gilmartin (2007), a fadiga foi detectada entre o primeiro e terceiro dia de pós-operatório. Os resultados evidenciaram que no primeiro dia de pós-operatório, 26,4% dos participantes foram classificados com fadiga moderada e no terceiro dia de pós-operatório, 57,2% vivenciaram fadiga moderada.

Segundo Folden e Tappen (2007), a forte relação entre a fadiga e a

recuperação funcional deve estimular a equipe multidisciplinar incluir no plano de cuidados, a implementação de intervenções para aliviar a fadiga, aumentando a chance de sucesso do processo de recuperação. As técnicas de gestão de energia tais como, suporte nutricional e períodos de descanso previstos para diminuir a fadiga devem ser incorporados nas informações dadas ao paciente no período pós-operatório, com o objetivo de buscar o equilíbrio entre a reserva e a demanda energética para o restabelecimento da capacidade funcional.

6.1.6 Capacidade limitada para restabelecer atividades

O tema capacidade limitada para restabelecer atividades foi composto por três subdescritores (Quadro 78). O tema foi definido como capacidade limitada para restabelecer e executar atividades habituais da vida diária (habilidades, performance em atividades funcional, social e lazer) (nível pré-operatório).

No processo de recuperação cirúrgica o restabelecimento limitado de atividades foi organizado em três dimensões conforme apresentado na literatura: atividade social comprometida; atividade funcional comprometida e atividade de lazer comprometida. Neste processo, o paciente busca suprir a demanda energética e retomar o controle sobre suas funções fisiológicas, psicológicas, bem como as atividades da vida diária, para alcance de estado de saúde melhor ou equivalente ao período pré-operatório.

Para Wong et al. (2009), a capacidade de o paciente retomar as atividades normais é indicador importante de qualidade de vida e deve ser considerado como um dos aspectos principais após a cirurgia. As manifestações clínicas exercem influência importante, as quais interferem na habilidade do paciente em participar de atividades sociais habituais (BISGAARD; ROSENBERG; KEHLET, 2005; BARNASON et al., 2008).

Na literatura, os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos retornaram na execução de atividades básicas como o autocuidado, de forma mais rápida do que as atividades relativas ao lazer. Aqueles pacientes que desenvolveram complicações no processo de recuperação cirúrgica apresentaram comprometimento maior de atividades funcionais (FOLDEN; TAPPEN, 2007; FELDMAN et al., 2009).

A incapacidade funcional é apontada como fator importante para a incapacidade permanente para o trabalho, resultando em perda de emprego e salário. As atividades direcionadas para melhorar a capacidade de trabalho e evitar dias fora do trabalho ou perda de emprego podem conduzir a economia substancial para a sociedade (PUOLAKKA et al., 2008).

Frente ao exposto, após cirurgia é imperativo identificar precocemente os pacientes cujo processo de recuperação cirúrgica possa ser comprometido, para a implementação de intervenções efetivas, antes do desenvolvimento de consequências para a realização de atividades funcional, social e de lazer.

O conhecimento sobre processo de recuperação pode ajudar os profissionais de saúde no planejamento de cuidados, facilitar a operacionalização de recursos para acompanhar o progresso do paciente, definir os pontos críticos no tempo para mensurar as mudanças e determinar parâmetros fidedignos para a funcionalidade do paciente, bem como, a elaboração de protocolos de cuidados baseados nas evidências disponíveis (PUOLAKKA et al., 2008; ALLVIN et al., 2011).

6.1.7 Extensão do tempo de recuperação

O tema extensão do tempo de recuperação (Quadro 81) compreende a extensão do tempo para 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.

As complicações fisiológica e psicológica/psicossocial podem acometer o paciente durante o processo de recuperação cirúrgica. Alguns pacientes podem não se recuperar para a mesma condição de saúde do período pré-operatório, ou mesmo, sofrerem deterioração da sua condição física e/ou emocional, que pode persistir por anos após a intervenção (PETERS et al., 2010; ROSÉN et al., 2010).

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 (FELDMAN et al.,

2009; ROSÉN et al., 2010; RAMÍREZ et al., 2011).

A decisão da alta hospitalar do paciente deve ser baseada em aspectos clínicos e psicossociais, o paciente deve estar clinicamente estável e ser capaz de continuar o processo de recuperação no domicílio. Para CELKAN et al., (2005), em cirurgia de revascularização do miocárdio a duração ideal de cuidados intensivos deve ser inferior a 24 horas e o tempo ideal para a alta deve anteceder o sexto dia de hospitalização.

O atraso para a alta hospitalar, a extensão do tempo necessário para voltar ao trabalho, bem como o tempo mais longo do que o esperado para retomar as atividades diárias normais realizadas no período pré-operatório são questões temporais interligadas ao processo de recuperação cirúrgica. Para Rosén et al. (2010), apenas o tipo de cirurgia pode não ser decisivo para a duração do período de recuperação, consequentemente para o retorno ao trabalho após a cirurgia. Portanto, a recuperação cirúrgica é individual e influenciada por diversos fatores, o que torna difícil generalizar quando os pacientes serão capazes de voltar às atividades habituais, incluindo o trabalho.

6.1.8 Manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica

O tema manifestação clínica de complicações no processo de recuperação cirúrgica contemplou 27 subdescritores (sinais e sintomas) (Quadro 77), os quais representam manifestações de complicações no processo de recuperação cirúrgica, que causam efeitos negativos físicos, psicossociais e econômicos, afetando a vida cotidiana e o bem-estar de pacientes.

Os sintomas são experiências subjetivas que refletem mudanças na função biopsicossocial, sensação ou cognição de uma pessoa. Já os sinais são anormalidades ou sinais de doença que podem ser detectados por outra pessoa ou pelo próprio paciente (ROSÉN et al., 2010).

Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes no período pós-operatório tendem a persistirem por período variável, dentre os sintomas que retardaram a alta hospitalar destacam-se náuseas, vômitos e dor, que de certa forma impediram os pacientes de realizar as atividades diárias. A náusea e vômito

podem ser causados pelo procedimento cirúrgico, medicação, fadiga, presença de sonda gástrica e pela presença de dor, e adversamente influencia na qualidade da recuperação cirúrgica, atrasando a alta e aumentando a frequência de sintomas no pós-operatório (ANDERSEN et al., 2009; ALLVIN et al., 2009; PUENTES et al., 2009; ROSÉN et al., 2010; RAMÍREZ et al., 2011; ARAKELIAN et al., 2011; CATRO-ALVES et al., 2011).

A dor no pós-operatório está associada com o atraso na alta hospitalar e recuperação, redução na satisfação dos pacientes e aumento de custos hospitalares. Apesar de investimentos na condução de pesquisas sobre esse sintoma e no desenvolvimento de novos padrões de manejo da dor no pós-operatório, tal sintoma ainda permanece como o mais proeminente após cirurgia. Os estudos indicaram que a dor, muitas vezes, é inadequadamente gerenciada, portanto, o controle inadequado da dor aguda predispõe ao desenvolvimento de dor crônica, que por sua vez resulta em deficiência física, reduzindo a qualidade de vida do paciente cirúrgico (EL-GAZZAZ et al., 2010; SINIKALLIO et al., 2010; ALLVIN et al., 2011; CATRO-ALVES et al., 2011; RAMÍREZ et al., 2011; ROSÉN et al., 2011; KHAN et al., 2012; MAJHOLM et al., 2012).

A fadiga é a manifestação de que os recursos energéticos estão limitados, e pode estar relacionada com a resposta ao estresse ou grau de trauma fisiológico, deterioração do estado nutricional e funcional. De acordo com a literatura, a fadiga pode ocasionar fraqueza muscular, distúrbio do sono, e diminuição da capacidade de concentração, influenciando negativamente o processo de recuperação, podendo limitar as atividades do paciente, e interferir com o seu retorno ao estado funcional do período pré-operatório (ZALON, 2004; WU et al., 2005; FOLDEN; TAPPEN, 2007; GILMARTIN, 2007; BARNASON et al., 2008; ALLVIN et al., 2009; FELDMAN et al., 2009; MAYO et al., 2011; RAMÍREZ et al., 2011).

As pesquisas apontaram que as manifestações de mudança de humor na fase de recuperação cirúrgica podem ser decorrentes do estresse cirúrgico ou toxicidade medicamentosa, que podem acarretar piora temporária nos relacionamentos familiares. As complicações como alta estima baixa, depressão e confusão interferiram na recuperação de atividades e rotina da vida diária de pacientes após cirurgia (WANG et al., 2003; LAWRENCE et al., 2004; ZALON, 2004; GILMARTIN, 2007; BARNASON et al., 2008; ALLVIN et al., 2009; ROSÉN et al., 2010; SINIKALLIO et al., 2010; ARAKELIAN et al., 2011; RAMÍREZ et al., 2011).

Os problemas relacionados com cateter ou material protético acarretaram reinternações hospitalares dificultando a recuperação cirúrgica do paciente (MAJHOLM et al., 2012). A função renal prejudicada, exigindo diálise após cirurgia, micção prejudicada por retenção urinária e dificuldades dos pacientes em conseguir o fluxo ou o controle do fluxo de urina influenciaram na alta hospitalar e recuperação desses indivíduos (WANG et al., 2003; ALLVIN et al., 2009; KALTOFT; GOGENUR; ROSENBERG, 2011; BRATTWALL et al., 2011; BROWN et al., 2012).

A cicatrização da ferida cirúrgica pode ser dividida em três fases distintas: inflamação, proliferação e maturação, cada fase é constituída de suas próprias características biofisiológicas. Quando ocorrem alterações na evolução dessas fases, a cicatrização da ferida cirúrgica fica comprometida (SUSILAHTI; SUOMINEN; LEINO-KILPI, 2004).

As manifestações clínicas relacionadas com as dificuldades de cicatrização da ferida cirúrgica tais como: deiscência, ferida cirúrgica com presença de exsudato, infecção, febre, edema e sangramento foram apontadas após os procedimentos cirúrgicos. Tais manifestações exerceram impacto na vida cotidiana dos pacientes, causando limitações, como por exemplo, incapacidade em assumir e executar atividades da vida diária, dificuldade para se movimentar, caminhar, distúrbio de sono e sentimentos de frustração (CHUNG, 1995; CHAUSHU et al., 2004; LAWRENCE et al., 2004; GILMARTIN, 2007; ABDELRAZEQ et al., 2008; FELDMAN et al., 2009; SURESH ATTILI et al., 2009; DOWSEY et al., 2010; BRATTWALL et al., 2011; MAYO et al., 2011; RAMÍREZ et al., 2011; ROSÉN et al., 2010; MAJHOLM et al., 2012).

Fundamentada na literatura, diversas manifestações de complicação no processo de recuperação cirúrgica foram identificadas, as quais acarretaram em reintervenções, efeitos negativos físicos, psicossociais e econômicos, afetando a vida cotidiana e o bem-estar de pacientes. Portanto, o conhecimento dessas manifestações e a inter-relação das dimensões como experiência dos sintomas, causa do sintoma, estratégias de manejo dos sintomas e os resultados, é necessário para a atuação efetiva dos profissionais de saúde no manejo de qualquer sintoma ou grupo de sintomas que venha acometer o paciente cirúrgico.

6.1.9 Necessidade de reintervenção

O tema necessidade de reintervenção contemplou três subdescritores, a saber: reoperação cirúrgica, readmissão hospitalar e visita pós-cirúrgica com tratamento (Quadro 82). Tal tema foi definido como readmissão hospitalar ou visita pós-cirúrgica inesperada no serviço de saúde, devido à presença de complicações que requerem administração de novo regime terapêutico (reoperação, curativo, reabertura da ferida, prescrição de antibiótico, ou outro tratamento).

A admissão direta inesperada do paciente, readmissão no mesmo dia para a sala de cirurgia e visita inesperada após a alta hospitalar são indicadores clínicos de qualidade da cirurgia ambulatorial. A taxa de retorno de pacientes ao hospital com complicações após cirurgia ambulatorial foi estimada em diversos estudos, as quais variaram de 0,15% até 4%. As diferentes taxas refletem a heterogeneidade dos estudos sobre os procedimentos utilizados, população e instituições de saúde que os estudos foram conduzidos (MAJHOLM et al., 2012).

No estudo de Ramírez et al. (2011), cerca de 31% dos pacientes sofreram sintomas que atrasaram a alta hospitalar, 3% dos pacientes foram readmitidos no hospital após a alta, e 7% necessitaram repetir a cirurgia durante a internação inicial ou após a readmissão. As complicações mais comuns que resultaram na necessidade de reintervenção foram as cirúrgicas, seguida pelas sépticas.

A necessidade de reintervenções tem impacto direto nas funções psicológicas, fisiológicas e atividades, bem como na qualidade de vida de pacientes. Portanto, os pacientes mais suscetíveis a complicações durante o processo de recuperação cirúrgica devem receber cuidados e recomendações adicionais, ou seja, medidas especiais devem ser adotadas pelos profissionais de saúde no perioperatório para melhorar a recuperação desses indivíduos.

6.1.10 Dependência de cuidados para realizar atividades

O tema dependência de cuidados para realizar atividades refere-se a necessidade de auxílio aos pacientes (cuidadores) para realizarem o autocuidado ou atividades diárias, devido as incapacidades que requerem cuidados especiais.

Embora, no ambiente hospitalar os pacientes recebem atendimento

profissional, após a alta recomenda-se que eles tenham o acompanhamento de cuidador por pelo menos 24 horas. Esse período pode ser estendido devido ao surgimento de complicações, o que dificulta o manejo do processo de recuperação cirúrgica (ROSÉN et al., 2011).

Apesar dos avanços relativos ao cuidado cirúrgico, a frequência de complicações ainda permanece sendo desafio importante para a equipe multidisciplinar. Os pacientes que apresentaram taxa maior de complicações necessitaram de reoperação e/ou de cuidados intensivos. A admissão no período pós-operatório para cuidados críticos (terapia intensiva ou dependência alta de cuidados) está associada com tempo maior de recuperação e retomada de atividade ou trabalho, acarretando impacto econômico para os pacientes e seus cuidadores (VOHRA et al., 2008; MAYO et al., 2011).

No estudo de Zalon (2004), 32,9% dos participantes necessitaram dos serviços de cuidado domiciliar para o manejo de complicações e manifestações no período pós-operatório. Na pesquisa de Decherney et al. (2002), 69% dos pacientes relataram que precisaram de duas ou mais semanas de assistência por parte dos cuidadores. Os pacientes 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 de 1,2 semanas de trabalho para cuidar do paciente.

6.1.11 Redução na qualidade de vida

O tema redução na qualidade de vida contemplou 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.

O crescente interesse em investigar a qualidade da recuperação, qualidade de vida e satisfação de pacientes cirúrgicos tem resultado na redução de morbimortalidades, e consequentemente aumento da procura dos serviços de saúde pelos pacientes no pós-operatório ao longo das últimas décadas. A importância de avaliar o resultado funcional do paciente após cirurgia está em destaque, principalmente devido aos custos na saúde e a demanda de pacientes para manter a qualidade de vida após o tratamento cirúrgico (ARKO et al., 2003; WU et al., 2005).

O retorno ao trabalho/emprego é utilizado como indicador de sucesso no processo de recuperação após procedimento cirúrgico. A incapacidade funcional foi apontada como preditor de dificuldades para o retorno ao trabalho (PUOLAKKA et al., 2008; VOHRA et al., 2008).

Os 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 qualidade de vida (WU et al., 2005; PETERS et al., 2007).

Segundo Peters et al. (2010), a maioria dos pacientes apresentou melhora em vários aspectos da saúde e qualidade de vida após cirurgia, porém percentual considerável (14-24 %) demonstrou deterioração em seis e 12 meses de pós-operatório.

O tempo de permanência hospitalar está diminuindo, como resultado de cuidados perioperatórios melhores, avanços na prática clínica, considerações financeiras, disponibilidade de assistência de enfermagem qualificada e de cuidados domiciliares de enfermagem/outro cuidador. A diminuição do tempo de permanência hospitalar não se traduz necessariamente em recuperação funcional mais rápida após a alta (ARKO et al., 2003).

As complicações envolvendo os domínios do processo de recuperação cirúrgica exercem efeitos adversos sobre a função física, psicossocial e bem-estar do paciente durante o período de recuperação. O investimento em esforços para melhorar a qualidade de vida de pacientes exige compreensão das causas, manifestações e impacto das complicações no processo de recuperação, bem como, a implementação de intervenções efetivas para diminuir os efeitos dos sintomas, além destes aspectos, a comunicação adequada é crucial entre a equipe multidisciplinar, pacientes e família no oferecimento de informações antes e após a cirurgia (DECHERNEY et al., 2002).

6.2 Comparação do conceito recuperação cirúrgica retardada com a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2013) e estudo de Appoloni (2012)

Atualmente o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é um dos mais conhecidos quando comparado com outros sistemas de classificação de terminologias da ciência de enfermagem. Nesse sistema, os fenômenos são identificados, definidos e sistematicamente ordenados, e utilizados para documentar o julgamento clínico sobre a experiência ou resposta do indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde atual ou potencial (VON KROGH, 2008; NANDA-I, 2013).

A definição conceitual de recuperação cirúrgica retardada padronizada pela NANDA-I (2013) 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”.

Em dissertação de mestrado brasileira, cujo autor analisou o conceito recuperação cirúrgica retardada fundamentado no modelo de Walker e Avant (2005), o conceito foi definido como “extensão do número de dias de pós-operatório mediato e/tardio para reiniciar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar” (APPOLONI, 2012).

No presente estudo, a recuperação cirúrgica retardada foi definida como alteração no processo de recuperação cirúrgica, envolvendo 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.

Na análise das definições mencionadas, podem-se observar diferenças nas conceitualizações das ideias. Na NANDA-I (2013) e no estudo de Appoloni (2012), a “extensão do número de dias de pós-operatório” é a principal ideia na definição conceitual de recuperação cirúrgica retardada, e está claramente direcionada para a extensão do período pós-operatório; a seguir, o tempo necessário para desempenhar atividades é uma ideia utilizada 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.

Quanto à descrição da recuperação cirúrgica retardada realizada na análise deste estudo, a principal ideia é de que a recuperação cirúrgica é um processo que se inicia com o término do procedimento cirúrgico e continua por período variável, até que o paciente recupere o bem-estar em condição superior ou igual ao período pré-operatório, 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 comprometida.

Frente ao exposto, o qualificador ou julgamento comprometido representa melhor as falhas ou danos na dimensão do processo de recuperação cirúrgica, uma vez que o qualificador retardado compreende exclusivamente a ideia relativa ao período de tempo da recuperação. Portanto, o conceito recuperação cirúrgica retardada pode ser visto de forma reducionista, com profundidade insuficiente para descrever os significados inerentes à complexa experiência humana ao redor da recuperação cirúrgica.

As dimensões da recuperação cirúrgica devem ser compreendidas em perspectiva ampla, pois se referem além da hospitalização e do tempo em torno da alta hospitalar. Pode ser difícil determinar o final da recuperação cirúrgica, em consequência da presença de complicações (ALLVIN et al., 2009; ALLVIN et al., 2011; ARAKELIAN et al., 2011). Assim, implica que a recuperação após cirurgia deve ser mensurada tendo como referência a condição de base do paciente.

Na comparação do estudo de Appoloni (2012) com a presente investigação verificam-se algumas discrepâncias, principalmente relativas à temporalidade dos eventos (antecedentes, atributos, consequentes). Ressalta-se que ambos realizaram a análise do conceito recuperação cirúrgica retardada, sendo que o primeiro adotou o modelo de Walker e Avant (2005) e o segundo o modelo

evolucionário de análise de conceito de Rodgers (2000).

Em relação aos antecedentes identificados neste estudo, a ideia principal está relacionada às experiências prévias do paciente que podem influenciar o processo de recuperação cirúrgica, a qual englobou 32 subdescritores divididos em aspectos fisiológicos, psicológicos, ambientais e os relacionadas ao procedimento cirúrgico (Figura 5). Já o estudo de Appoloni (2012) apontou 16 antecedentes, desses apenas oito foram similares entre os estudos (procedimento cirúrgico prolongado, procedimento cirúrgico complexo, infecção, ansiedade, tabagismo, comorbidades, idade avançada e obesidade).

A NANDA-I (2013) indica fatores que podem mostrar algum tipo de relação com o diagnóstico de enfermagem, os quais são denominados de fatores relacionados e podem também serem descritos como antecedentes. O diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada, publicado na NANDA-I (2013) apresenta apenas seis fatores relacionados ou antecedentes (dor, expectativas pré-operatórias, infecção pós-operatória no local da cirurgia, obesidade, procedimento cirúrgico extenso e procedimento cirúrgico prolongado).

O estudo de Appoloni (2012) apontou 14 atributos principais ou definidores do conceito recuperação cirúrgica retardada (habilidade para caminhar comprometida, necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária, dificuldade para desempenhar o autocuidado, necessidade de mais tempo para recuperar, dificuldade em reassumir papéis sociais, problemas com a cicatrização da ferida operatória, persistência da dor, persistência de fadiga, perda de apetite, sensação de desconforto, alterações de eliminação intestinal e urinária, comprometimento cognitivo, complicações pulmonares e cardiovasculares e problemas com sono e repouso).

Alguns dos atributos identificados na pesquisa de Appoloni (2012) apresentam similaridades com os atributos principais identificados neste estudo (alteração no processo de recuperação cirúrgica, comprometimento das funções fisiológicas, comprometimento das funções psicológicas, nível de energia (força) reduzido, capacidade limitada para restabelecer atividades e extensão do tempo de recuperação), entretanto, a maioria dos descritores representa mais a ideia de resultados ou manifestações observáveis (fenômeno) que ocorrem quando a recuperação cirúrgica retardada está instalada, ou seja, manifestações que ocorrem quando o paciente está vivenciando a recuperação cirúrgica retardada. De acordo

com estudiosos dos métodos de análise de conceito, os atributos constituem a definição real do conceito, a identificação do conjunto de atributos mais frequentemente associados com o conceito deve permitir ao analista uma visão mais ampla do conceito (RODGERS, 2000; WALKER; AVANT, 2005).

As características definidoras são definidas pela NANDA-I (2013), como “indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações que asseguram um dado diagnóstico de enfermagem”, ou seja, para o diagnóstico recuperação cirúrgica retardada são manifestações (sinais e sintomas) observáveis vivenciadas pelos pacientes resultantes da recuperação cirúrgica retardada.

A NANDA-I (2013) aponta dez características definidoras, dentre tais características oito foram semelhantes aos eventos consequentes identificados neste estudo, que refletem os efeitos ou resultados da ocorrência do conceito (adia o retorno às atividades de trabalho/emprego; dificuldade para movimentar-se; evidências de interrupção na cicatrização da área cirúrgica-por exemplo, vermelha, endurecida, imobilizada, drenada; fadiga; náusea; perda do apetite; precisa de ajuda para completar o autocuidado e dor) (Figura 5).

Em suma, na comparação dos componentes do conceito recuperação cirúrgica retardada descritos na presente pesquisa com a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2013) e o estudo de Appoloni (2012) identifica-se diferenças em relação aos atributos do conceito e características temporais (antecedentes, consequentes) apontados, bem como diferenças quanto às relações de ideias referentes ao conceito recuperação cirúrgica retardada.

6.3 Implicações para o desenvolvimento futuro do conceito

Nesta pesquisa, a definição do conceito recuperação cirúrgica retardada foi pautada no método evolucionário de análise de conceito proposto por Rodgers (2000). O atual uso e o significado do conceito recuperação cirúrgica retardada foram construídos por meio de dados extraídos de 66 estudos primários que investigaram o conceito, e contemplaram os critérios de inclusão e exclusão delimitados para a condução da RI.

A identificação do uso comum e o significado do conceito forneceram as

bases para a descrição clara e coesiva do conceito recuperação cirúrgica retardada. Uma compreensão sólida das fronteiras dos conceitos e a rede de conceitos relacionados podem influenciar o enfermeiro na seleção de conceitos relevantes, não apenas concernentes aos sistemas de classificação de enfermagem, mas também, para a tomada de decisão em todas as fases do processo de enfermagem.

A descrição do conceito recuperação cirúrgica retardada neste estudo demonstrou diferenças, quando comparada com a definição do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada proposto pela NANDA-I (2013).

A definição do conceito nesta pesquisa foi embasada por revisão criteriosa do corpo de conhecimento já produzido e análise do conceito. A reconsideração da definição conceitual de recuperação cirúrgica retardada proposta pela NANDA-I (2013) pode ser indicada, de modo que, com a disseminação dos resultados desta pesquisa pode ocorrer consensual entendimento na disciplina de enfermagem, sobre como e o quê o conceito representa, servindo assim, como ponto de referência na comparação de similaridades e discrepâncias na classificação ou caracterização dos conceitos.

De acordo com Rodgers (2000), o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem geralmente denota considerável esforço para testar, avaliar e conseqüentemente refinar as categorias diagnósticas para melhorar o seu uso na prática de enfermagem. Tal avaliação e teste, sobretudo, não podem ser considerados como uma única atividade. Devido à contínua mudança e problemas envolvendo a prática de enfermagem, o repertório conceitual precisa ser avaliado periodicamente, para assegurar que os conceitos em enfermagem continuem sendo úteis e relevantes. Portanto, as aplicações dos conceitos precisam ser avaliadas continuamente para evitar perpetuar o uso de conceitos arcaicos ou que são irrelevantes frente ao novo contexto.

A partir do presente estudo, podem-se identificar as implicações para o uso do conceito recuperação cirúrgica retardada no desenvolvimento de teorias de enfermagem. Pois os resultados desta análise mostram a complexidade do conceito estudado e fornecem descrições dos componentes da recuperação cirúrgica retardada, o que pode promover o desenvolvimento de teorias futuras.

Para tanto, é premente o delineamento de pesquisas que investigue os fenômenos que envolvem o conceito recuperação cirúrgica na sua aplicação, para determinar sua utilidade. Assim, o resultado desta análise deve ser investigado na

prática, para determinar sua efetividade em capturar relevantes situações, e fenômenos suficientes para representar as experiências humanas em relação à recuperação cirúrgica.

Pesquisas tanto de abordagens quantitativa ou qualitativa, quanto mistas, podem ser aplicadas para explorar os resultados apresentados. O conhecimento sobre os perfis de recuperação cirúrgica, e sua conceitualização tal como descrito neste estudo fornece estrutura e referência que pode ajudar no desenvolvimento ou identificação de instrumentos para mensurar o conceito em pesquisas futuras, e estabelecer estrutura normativa aceita e válida para avaliação dos fenômenos que envolvem o processo de recuperação cirúrgica. Os resultados fornecem subsídios para elaborar protocolos e testar intervenções em grupos de pacientes cirúrgicos e verificar os resultados positivos ou negativos.

Ainda, estudos com abordagens qualitativas podem focar na identificação do contexto e o significado para o paciente, de vivenciar o processo de recuperação cirúrgica, e as relações e consequências desta experiência em suas vidas, o que fornecerá bases de conhecimento para equipe de saúde desenvolver e testar intervenções que visem enfrentamento melhor de possíveis complicações e satisfação dos pacientes.

Portanto, por meio da execução de novas investigações sobre a recuperação cirúrgica, estrutura teórica consistente e congruente com a descrição conceitual pode ser construída, e subsidiar o planejamento de cuidados, construção de instrumentos, facilitar a operacionalização de recursos para acompanhar o progresso do paciente, e definir os pontos críticos para mensurar as mudanças e determinar parâmetros fidedignos para a funcionalidade do paciente, bem como, a elaboração de protocolos.

A identificação e descrição de estrutura teórica compatível com o conceito recuperação cirúrgica retardada, tal qual desenvolvido nesta pesquisa permitirá o avanço do corpo de conhecimento em relação às experiências humanas ao redor do processo de recuperação cirúrgica, o que será relevante para a enfermagem, as demais disciplinas da saúde, instituições de saúde, paciente e família.

7. CONCLUSÃO

Frente aos resultados evidenciados da análise do conceito recuperação cirúrgica retardada fundamentada no conhecimento já produzido e disponível na literatura, as conclusões são elencadas a seguir:

- ✓ o antecedente identificado na análise do conceito recuperação cirúrgica retardada foi experiências prévias, abrangendo aspectos fisiológicos, psicológicos, ambientais e os relacionadas ao procedimento cirúrgico, capazes de influenciar o processo de recuperação;
- ✓ os atributos do conceito recuperação cirúrgica retardada são: alteração no processo de recuperação cirúrgica, comprometimento das funções fisiológicas, comprometimento das funções psicológicas, nível de energia (força) reduzido, capacidade limitada para restabelecer atividades e extensão do tempo de recuperação;
- ✓ os consequentes do conceito recuperação cirúrgica retardada são expressos por manifestações clínicas, reintervenções, dependência de cuidados e redução na qualidade de vida;
- ✓ a recuperação cirúrgica retardada foi definida como alteração no processo de recuperação cirúrgica, envolvendo 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;
- ✓ os termos substitutos identificados do conceito recuperação cirúrgica retardada são: recuperação cirúrgica prolongada, recuperação cirúrgica afetada, recuperação cirúrgica pobre, recuperação cirúrgica lenta, recuperação cirúrgica tardia, recuperação cirúrgica prejudicada e recuperação cirúrgica complicada;
- ✓ os conceitos relacionados à recuperação cirúrgica retardada delimitados são: recuperação pós-operatória, convalescença retardada, convalescença prolongada, recuperação pós-operatória complicada, recuperação pós-operatória retardada, recuperação pós-operatória prolongada e convalescença;
- ✓ as referências da recuperação cirúrgica retardada ou formas de mensuração apresentaram-se como instrumentos específicos para mensurar a recuperação cirúrgica, os quais encontram-se em desenvolvimento para o

estabelecimento de padrão ouro. Nas pesquisas também são utilizados associações de diferentes instrumentos para mensurar domínios da recuperação cirúrgica, assim como o autorrelato do paciente para obter a percepção desse processo;

- ✓ as implicações para o desenvolvimento teórico do conceito são apresentadas na análise, uma vez que os resultados do estudo demonstraram a complexidade do conceito recuperação cirúrgica retardada e forneceram subsídios que podem promover o desenvolvimento futuro de teorias de enfermagem, e ainda, implicações para pesquisas adicionais foram indicadas para continuar o desenvolvimento teórico associado com a recuperação cirúrgica retardada. As diferentes abordagens metodológicas (quantitativa, qualitativa ou mistas) podem ser conduzidas para explorar os resultados apresentados, de modo que garantam esclarecimentos adicionais do conceito recuperação cirúrgica retardada e sua aplicabilidade em situações práticas da enfermagem, portanto, a compreensão da recuperação cirúrgica retardada pelo enfermeiro possibilitará caracterizar os fenômenos, descrever situações e estabelecer comunicação efetiva, o que fornecerá competências para a realização da monitoração e avaliação do paciente cirúrgico, visando identificar precocemente os fatores que possam comprometer o processo de recuperação cirúrgica, permitindo assim, a implementação de intervenções efetivas, e conseqüentemente, o alcance de resultados melhores e bem-estar do paciente.

*REFERÊNCIAS**

* De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ABDELRAZEQ, A. S. et al. Short-term and long-term outcomes of the cleft lift procedure in the management of nonacute pilonidal disorders. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 51, n. 7, p. 1100-1106, 2008.

ALLVIN, R. et al. Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: Content validity and intra-patient reliability. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 15, n. 3, p. 411-419, 2009.

ALLVIN, R. et al. The Postoperative Recovery Profile (PRP) - a multidimensional questionnaire for evaluation of recovery profiles. **J Eval Clin Pract**, v. 17, n. 2, p. 236-43, 2011.

ALLVIN, R. **Postoperative recovery: development of a multi-dimensional questionnaire for assessment of recovery**. 2009. 73p. (Thesis) - Örebro Studies in Medicine, Örebro University, Örebro, 2009.

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

ALVES, A. R.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n.4, p. 649-655, 2008.

ANDERSEN, L. O. et al. Subacute pain and function after fast-track hip and knee arthroplasty. **Anaesthesia**, v. 64, n. 5, p. 508-13, 2009.

APPOLONI, A. H. **Validação do diagnóstico de enfermagem recuperação cirúrgica retardada**. 2012. 178 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

ARAKELIAN, E. et al. Factors influencing early postoperative recovery after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. **European Journal of Surgical Oncology**, v. 37, n. 10, p. 897-903, 2011.

ARKO, F. R. et al. Early and late functional outcome assessments following endovascular and open aneurysm repair. **Journal of Endovascular Therapy**, v. 10, n. 1, p. 2-9, 2003.

BARKER, J. et al. Incidence and impact of dysphagia in patients receiving prolonged endotracheal intubation after cardiac surgery. **Can J Surg**, v. 52, n. 2, p. 119-24, 2009.

BARNASON, S. et al. Relationships between fatigue and early postoperative recovery outcomes over time in elderly patients undergoing coronary artery bypass

graft surgery. **Heart & Lung**, v. 37, n. 4, p. 245-256, 2008.

BECKWITH, S.; DICKINSON, A.; KENDALL, S. The "con" of concept analysis. A discussion paper which explores and critiques the ontological focus, reliability and antecedents of concept analysis frameworks. **International Journal of Nursing Studies**, v. 45, n. 12, p. 1831-1841, 2008.

BIBB, S. C.; WANZER, L. J. Determining the evidence in the perioperative environment: standardizing research process tools for conducting the integrative literature review. **Perioperative Nursing Clinics**, v.3, n.1, p.1-17, 2008.

BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. From acute to chronic pain after laparoscopic cholecystectomy: a prospective follow-up analysis. **Scand J Gastroenterol**, v. 40, n. 11, p. 1358-64, 2005.

BORGHI, A. C. S. **As complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico**. 2007. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

BRATTWALL, M. et al. Patients' assessment of 4-week recovery after ambulatory surgery. **Acta Anaesthesiol Scand**, v. 55, n. 1, p. 92-8, 2011.

BROWN, J. R. et al. Determinants of acute kidney injury duration after cardiac surgery: An externally validated tool. **Annals of Thoracic Surgery**, v. 93, n. 2, p. 570-576, 2012.

CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e conseqüências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 554-557, 2009. Número especial.

CARVALHO, E. C.; MELO, A. S. O significado de processo de enfermagem para quem o ministra. **Revista Cogitare em Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 352-360, 2008.

CATRO-ALVES, L. J. S. et al. The effect of neuraxial versus general anesthesia techniques on postoperative quality of recovery and analgesia after abdominal hysterectomy: A prospective, randomized, controlled trial. **Anesthesia and Analgesia**, v. 113, n. 6, p. 1480-1486, 2011.

CELMAN, M. A. et al. Readmission and mortality in patients undergoing off-pump coronary artery bypass surgery with fast-track recovery protocol. **Heart and Vessels**, v. 20, n. 6, p. 251-255, 2005.

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. Clinical reasoning and critical thinking. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 124-129, 2010.

CHAUSHU, G. et al. Patients' perceptions of recovery after exposure of impacted teeth with a closed-eruption technique. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 125, n.

6, p. 690-6, 2004.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008.

CHUNG, F. Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. **Anesthesia and Analgesia**, v. 80, n. 5, p. 896-902, 1995.

CRONIN, P.; RYAN, F.; COUGHLAN, M. Concept analysis in healthcare research. **International Journal of Therapy & Rehabilitation**, v. 17, n. 2, p. 62-68, 2010.

DAVIDGE, K. et al. Patient expectations for surgical outcome in extremity soft tissue sarcoma. **Journal of Surgical Oncology**, v. 100, n. 5, p. 375-381, 2009.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A. V. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 207-12, 2007.

SOUZA, A. P. M. A. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para cliente adulto em unidade cirúrgica**. 2007. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

DECHERNEY, A. H. et al. Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. **Obstet Gynecol**, v. 99, n. 1, p. 51-7, 2002.

DEN BOER, J. J. et al. Continued disability and pain after lumbar disc surgery: the role of cognitive-behavioral factors. **Pain**, v. 123, n. 1-2, p. 45-52, 2006.

DIXON-WOODS, M. et al. A. The problem of appraising qualitative research. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. 3, p. 223-225, 2004.

DOWSEY, M. M. et al. 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**, v. 92, n. 4, p. 513-20, 2010.

DUNCAN, C.; CLOUTIER, J. D.; BAILEY, P. H. Concept analysis: the importance of differentiating the ontological focus. **Journal of Advanced Nursing**, v. 58, n. 3, p. 293-300, 2007.

EL-GAZZAZ, G. et al. Analysis of function and predictors of failure in women undergoing repair of Crohn's related rectovaginal fistula. **Journal of Gastrointestinal Surgery**, v. 14, n. 5, p. 824-829, 2010.

EVANS, D. Overview of methods. IN: WEBB, C; ROE, B. **Reviewing research evidence for nursing practice**: systematic reviews. Oxford: Blackwell Publishing,

2007.p. 137-148.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-29, 1987.

FELDMAN, L. S. et al. Validation of a physical activity questionnaire (CHAMPS) as an indicator of postoperative recovery after laparoscopic cholecystectomy. **Surgery**, v. 146, n. 1, p. 31-39, 2009.

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

FINFGELD-CONNETT, D. Qualitative concept development: implications for nursing research and knowledge. **Nursing Forum**, v. 41, n. 3, p. 103-112, 2006.

FLEISCHMANN, E. et al. Tissue oxygenation in obese and non-obese patients during laparoscopy. **Obesity Surgery**, v. 15, n. 6, p. 813-819, 2005.

FOLDEN, S.; TAPPEN, R. Factors influencing function and recovery following hip repair surgery. **Orthopaedic nursing**, v. 26, n. 4, p. 234-241, 2007.

FURUYA, R. K. et al. A. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 167-175, 2011.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e a revascularização do miocárdio**. 2007. 152f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GALDEANO, L. E. et al. Diagnóstico de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.1, p.26-33, 2006.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências**: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória. 2002.114f. Tese (Livre-Docência)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. IN: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. **Trabalho de conclusão de curso**: guia prático para docentes e alunos da área da saúde São Paulo: látrica, 2010. p. 105-126.

GILMARTIN, J. Contemporary day surgery: Patients' experience of discharge and recovery. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 6, p. 1109-1117, 2007.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. An overview of clinical research: the lay of the land. **The Lancet**, v. 359, n. 5, p. 57-61, 2002.

HIROSE, H.; AMANO, A.; TAKAHASHI, A. On-pump versus off-pump coronary artery bypass using quadruple arterial grafts. **Asian Cardiovascular and Thoracic Annals**, v. 10, n. 2, p. 101-106, 2002.

HORVATH, K. J. Postoperative recovery at home after ambulatory gynecologic laparoscopic surgery. **J Perianesth Nurs**, v. 18, n. 5, p. 324-34, 2003.

HUPCEY, J. E.; PENROD, J. Concept analysis: examining the state of the science. **Research & Theory for Nursing Practice**, v. 19, n. 2, p. 197-208, 2005.

ILLE, R. et al. Influence of patient-related and surgery-related risk factors on cognitive performance, emotional state, and convalescence after cardiac surgery. **Cardiovascular Revascularization Medicine**, v. 8, n. 3, p. 166-169, 2007.

JADAD, A. R. et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary?. **Controlled Clinical Trials**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 1996.

JÄRVINEN, O. et al. Changes in health-related quality of life and functional capacity following coronary artery bypass graft surgery. **Eur J Cardiothorac Surg**, v. 24, n. 5, p. 750-6, 2003.

JOURNAL CITATION REPORTS® (JCR). Disponível em: <http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR?SID=2Coe7jM1B33nnL17kKd>. Acesso em 10 Março. 2013.

KABON, B. et al. Obesity decreases perioperative tissue oxygenation. **Anesthesiology**, v. 100, n. 2, p. 274-280, 2004.

KAGAN, I.; BAR-TAL, Y. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 5, p. 576-583, 2008.

KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. Reduced length of stay and convalescence in laparoscopic vs open sigmoid resection with traditional care: A double blinded randomized clinical trial. **Colorectal Disease**, v. 13, n. 6, p. 123-130, 2011.

KHAN, R. S. et al. The association between preoperative pain catastrophizing and postoperative pain intensity in cardiac surgery patients. **Pain Medicine**, v. 13 n. 6, p. 820-7, 2012.

KIM, H. J. et al. Diabetes and smoking as prognostic factors after cervical laminoplasty. **Journal of Bone and Joint Surgery - Series B**, v. 90, n. 11, p. 1468-

1472, 2008.

KLEINBECK, S. V. M. Self-reported at-home postoperative recovery. **Research in nursing & health**, v. 23, n. 6, p. 461-472, 2000.

KNAFL, K. A.; DEATRICK, J. A. Knowledge synthesis and concept development in nursing. IN: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications**. United States, W. B. Saunders, 2000, chap. 3, p. 39-54.

LAWRENCE, V. A. et al. Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 199, n. 5, p. 762-772, 2004.

LEADEBAL, O. D. C. P.; FONTES, W. D.; SILVA, C. C. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 190-198, 2010.

LEDESMA-DELGADO, M. E.; MENDES, M. M. R. The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 328-334, 2009.

LOPES, M. H. B. M. et al. Evaluation of the nursing process used at a Brazilian teaching hospital. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 21, n. 3, p. 116-123, 2010.

LUNNEY, M. Use of Critical Thinking in the Diagnostic Process. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 21, n. 2, p. 82-88, 2010.

MAJHOLM, B. et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 56, n. 3, p. 323-331, 2012.

MASIERO, S. et al. Dysphagia in Post-Carotid Endarterectomy: A Prospective Study. **Annals of Vascular Surgery**, v. 21, n. 3, p. 318-320, 2007.

MATTILA, K. et al. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. **Anesthesia and Analgesia**, v. 101, n. 6, p. 1643-1650, 2005.

MAYO, N. E. et al. Impact of preoperative change in physical function on postoperative recovery: argument supporting prehabilitation for colorectal surgery. **Surgery**, v. 150, n. 3, p. 505-14, 2011.

MELNYK, B. M.; FINEOUT- OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. IN: MELNYK, B. M.; FINEOUT- OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best

practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2011. chap.1 p.3-24.

MELNYK, B. M. et al. The seven steps of evidence-based practice. **American Journal of Nursing**, v.110, n.1, p.51-53, 2010.

MORAES, L. O.; PENICHE, A. C. G. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.37, n.4, p.32-42, 2003.

MORSE, J. M. et al. Criteria for concept evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. 2, p. 385-390, 1996.

MORSE, J. M. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. **Advances in Nursing Science**, v. 17, n. 3, p. 31-46, 1995.

MÜLLER-STAU, M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. **International Journal of Nursing Terminologies & Classifications**, v. 20, n. 1, p. 9-15, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATIONS (Org) **NANDA-I – Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATIONS – INTERNATIONAL (Org) **NANDA-I – Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificações 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PADDISON, J. S. et al. Development and validation of the surgical recovery scale (SRS). **Journal of Surgical Research**, v. 167, n. 2, p. 85-91, 2011.

PARKER, L.; LUNNEY, M. Moving beyond content validation of nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies & Classifications**, v. 9, n. 4, p. 144-150, 1998.

PAVLIN, D. J. et al. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. **Anesth Analg**, v. 95, n. 3, p. 627-34, 2002.

PENHA, R. M. **A expressão da dimensão espiritual no cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2008. 176f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PENROD, J.; HUPCEY, J. E. Enhancing methodological clarity: principle-based concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 50, n. 4, p. 403-409, 2005.

PERRY, K. T. et al. Quality of life, pain and return to normal activities following laparoscopic donor nephrectomy versus open mini-incision donor nephrectomy. **Journal of Urology**, v. 169, n. 6, p. 2018-2021, 2003.

PETERS, M. L. et al. Predictors of physical and emotional recovery 6 and 12 months after surgery. **Br J Surg**, v. 97, n. 10, p. 1518-27, 2010.

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

PHILLIPS, C. et al. Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 61, n. 12, p. 1436-48, 2003.

PIEPER, M. et al. Discharge information needs of patients after surgery. **Journal Wound Ostomy & Continence Nursing**, v. 33, n. 3, p. 281-289, 2006.

PIERSON, L. M. et al. Recovery of self-reported functional capacity after coronary artery bypass surgery. **CHEST**, v. 123, n. 5, p. 1367-1374, 2003.

PILEGGI, S. O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2007. 224f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

POKORSKI, S. et al. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 302-307, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 487.

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

PRINSSSEN, M. et al. Sexual dysfunction after conventional and endovascular AAA repair: results of the DREAM Trial. **Journal of Endovascular Therapy**, v. 11, n. 6, p. 613-620, 2004.

PUENTES, A. M. C. et al. Prevalence of acute postoperative pain and quality of recovery at a university-affiliated hospital in Medellin, Colombia, 2007. **Iatreia**, v. 22, n. 1, p. 11-15, 2009.

PUOLAKKA, K. et al. Risk factors for back pain-related loss of working time after surgery for lumbar disc herniation: A 5-year follow-up study. **European Spine Journal**, v. 17, n. 3, p. 386-392, 2008.

- RAMÍREZ, J. M. et al. Enhanced recovery in colorectal surgery: a multicentre study. **BMC Surg**, v.11, n.1, p. 1-9, 2011.
- RISJORD, M. Rethinking concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 3, p. 684-691, 2009.
- RODGERS, B. Concept analysis: an evolutionary view. In: RODGERS, B.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. 2th ed. United States, W. B. Saunders, 2000. Cap. 6, p. 77-102.
- RODGERS, B. L. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. **Journal of Advanced Nursing**, v. 14, n. 4, p. 330-335, 1989.
- ROSÉN, H. I. et al. Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. **BMC Nurs**, v.9, n.16, p. 1-8, 2010.
- ROSÉN, H. I. et al. Patients experiences of pain following day surgery - at 48 hours, seven days and three months. **Open Nurs J**, v.5, n.1, p. 52-55, 2011.
- ROTHOLTZ, N. A. et al. Long-term assessment of fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy. **Techniques in Coloproctology**, v. 9, n. 2, p. 115-118, 2005.
- ROYSE, C. F. et al. Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery : The post-operative quality recovery scale. **Anesthesiology**, v. 113, n. 4, p. 892-905, 2010.
- RUVO, A. T. et al. The impact of delayed clinical healing after third molar surgery on health-related quality-of-life outcomes. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 63, n. 7, p. 929-935, 2005.
- SAHAKYAN, K. et al. Comparison of Functional Status After Coronary Artery Bypass Grafting in Patients With and Without Diabetes Mellitus. **American Journal of Cardiology**, v. 98, n. 5, p. 619-623, 2006.
- SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. Influence of the emotional response to surgery on functional recovery during 6 months after hip arthroplasty. **J Behav Med**, v. 24, n. 5, p. 489-502, 2001.
- SALVIN, J. W. et al. Factors associated with prolonged recovery after the fontan operation. **Circulation**, v. 118, n. 14 Suppl, p. S171-176, 2008.
- SILVA, D. C. P. **Segurança do paciente no período pós-operatório imediato na sala de recuperação pós-anestésica**. 2008. 82f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

- SINGH, J. A. et al. Pessimistic explanatory style: a psychological risk factor for poor pain and functional outcomes two years after knee replacement. **J Bone Joint Surg Br**, v. 92, n. 6, p. 799-806, 2010.
- SINIKALLIO, S. et al. Coexistence of pain and depression predicts poor 2-year surgery outcome among lumbar spinal stenosis patients. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 64, n. 6, p. 391-396, 2010.
- SORENSEN, L. T. et al. Risk factors for tissue and wound complications in gastrointestinal surgery. **Annals of Surgery**, v. 241, n. 4, p. 654-658, 2005.
- SPILOTIS, J. et al. Wound dehiscence: is still a problem in the 21th century: a retrospective study. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 4, n.12, p. 01- 05, 2009.
- SURESH ATTILI, V. S. et al. Influence of postoperative complications on relapse-free survival in gastrointestinal malignancies. **Gastrointestinal Cancer Research**, v. 3, n. 5, p. 179-182, 2009.
- SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. Recovery of Finnish short-stay surgery patients. **Medsurg nursing**, v. 13, n. 5, p. 326-335, 2004.
- TOFTHAGEN, R.; FAGERSTROM, L. M. Rodgers' evolutionary concept analysis - a valid method for developing knowledge in nursing science. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 24, p. 21-31, 2010.
- URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto, 2005. 128f Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- VOHRA, R. S. et al. Predictors of return to work following carotid endarterectomy. **British Journal of Surgery**, v. 95, n. 9, p. 1111-1114, 2008.
- VON KROGH, G. An examination of the NANDA International taxonomy for domain completeness, ontological homogeneity, and clinical functionality. **International Journal of Nursing Terminologies & Classifications**, v. 19, n. 2, p. 65-75, 2008.
- WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2005.
- WANG, M. Y. et al. Complications associated with lumbar stenosis surgery in patients older than 75 years of age. **Neurosurgical focus**, v. 14, n. 2, p. 1-4, 2003.
- WEAVER, K.; MITCHAM, C. Nursing concept analysis in North America: state of the art. **Nursing Philosophy**, v. 9, n. 3, p. 180-194, 2008.

WELFORD, C. et al. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 9-10, p. 1226-1235, 2010.

WHITLEY, G. G. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies & Classifications**, v. 10, n. 1, p. 5-14, 1999.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILSON, J. **Thinking with concepts**. Cambridge University Press; Cambridge, UK: 1963.

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

WU, C. L. et al. Correlation of postoperative pain to quality of recovery in the immediate postoperative period. **Reg Anesth Pain Med**, v. 30, n. 6, p. 516-22, 2005.

ZALON, M. L. Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery. **Nurs Res**, v. 53, n. 2, p. 99-106, 2004.

Apêndice A - Instrumento de coleta de dados

1. IDENTIFICAÇÃO

REFERÊNCIA
Título da publicação: _____
Título do periódico: _____
Volume _____ nº _____ Ano: _____
Idioma: _____
País de origem: _____
Fator de Impacto: _____
BASE DE DADOS
() PUBMED/MEDLINE () EMBASE () CINAHL () LILACS
PRIMEIRO AUTOR
Nome: _____
Local de trabalho: _____
Graduação: _____
Especialidade: _____
País: _____
ÁREA DO ESTUDO
() Enfermagem perioperatória
() Enfermagem de outra especialidade
Qual: _____
() Médica
() Outras áreas da saúde
Especificar: _____

2. OBJETIVO/TIPO DE QUESTÃO DE PESQUISA

OBJETIVO/TIPO DE QUESTÃO DE PESQUISA
O objetivo do estudo está claramente definido?
() Sim () Não
Descrever o objetivo: _____

Qual é o tipo de questão de pesquisa?
() Intervenção
() Diagnóstico ou teste diagnóstico
() Prognóstico ou predição
() Etiológica
() Significado
() Outro. Especificar: _____

continua...

CARACTERÍSTICA METODOLÓGICA/DELINEAMENTO DO ESTUDO
<p>Descrever:</p> <p>A – Estudo primário</p> <p>() Abordagem Quantitativa*</p> <div style="margin-left: 150px;"> <p>() Ensaio clínico controlado randomizado</p> <p>() Ensaio clínico sem randomização</p> <p>() Estudo de coorte</p> <p>() Caso-controle</p> <p>() Outro. Especificar: _____</p> </div> <p>() Abordagem Qualitativa**</p> <div style="margin-left: 150px;"> <p>() Etnografia</p> <p>() Fenomenologia</p> <p>() Teoria Fundamentada nos Dados</p> <p>() Outra. Especificar: _____</p> </div> <p>O estudo apontou o referencial metodológico adotado?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>O delineamento do estudo está claramente definido?</p> <p>() Sim () Não</p>
AMOSTRA/PESQUISA QUANTITATIVA
<p>Seleção da amostra: () Randômica () Conveniência () Outra. Especificar: _____</p> <p>O estudo possui grupo controle?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Como foi a sequência de alocação entre os grupos?</p> <p>() Aleatorizada () Conveniência () Outra. Especificar: _____</p> <p>Houve cegamento na condução da pesquisa?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Quem estava cego?</p> <p>() Participantes () Pesquisador () Assessores () Analistas dos desfechos () Outros. Especificar: _____</p> <p>Tamanho (n): Inicial _____ Final: _____</p> <p>Características: Idade (média): _____; Sexo: () M () F</p> <p>Classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA):</p> <p>() I () II () III () IV () V</p> <p>Critérios de inclusão dos sujeitos: _____</p> <p>Critérios de exclusão dos sujeitos: _____</p> <p>() Cirurgia eletiva () Cirurgia de emergência/urgência</p> <p>Tipo de procedimento anestésico: _____</p> <p>Tempo de procedimento anestésico: _____</p> <p>Tipo de procedimento cirúrgico: _____</p> <p>Tempo de procedimento cirúrgico: _____</p> <p>A seleção e composição da amostra da pesquisa estão claramente descritas?</p> <p>() Sim () Não</p>

continua...

COLETA DOS DADOS/PESQUISA QUANTITATIVA
☐ Escalas ☐ Questionário: ☐ Tipo checklist ☐ Questões abertas ☐ Outro tipo. Especificar: _____
O instrumento de coleta de dados foi submetido à validação? ☐ Sim ☐ Não
O processo de coleta de dados e os instrumentos utilizados são descritos com clareza? ☐ Sim ☐ Não
A coleta de dados foi apropriada para o tipo de pesquisa? ☐ Sim ☐ Não
Duração do estudo: _____
ANÁLISE DOS DADOS/PESQUISA QUANTITATIVA
☐ Análise descritiva ☐ Análise estatística Descrever: _____ _____ _____
O estudo explicita claramente o método utilizado para a análise dos dados? ☐ Sim ☐ Não
A análise dos dados foi adequada para a questão de estudo? ☐ Sim ☐ Não
Os dados apresentaram diferença estatisticamente significantes? ☐ Sim ☐ Não
AMOSTRA/PESQUISA QUALITATIVA
Quem são os participantes da pesquisa? _____
Quantos sujeitos participaram do estudo: _____
Há descrição detalhada da amostra ou grupos abrangidos? ☐ Sim ☐ Não
Em que cenário a pesquisa foi realizada? _____ _____ _____

continua...

COLETA DOS DADOS/PESQUISA QUALITATIVA
A – Observação: ☐ Não participantes ☐ Participantes ☐ Outros. Especificar:_____
B – Entrevistas: ☐ Estruturada ☐ Semiestruturada ☐ Em profundidade ☐ Grupos focais ☐ Outros. Especificar:_____
C – Documentos: ☐ Jornais ☐ Atas de reunião ☐ Relatórios oficiais ☐ Registros pessoais e diários ☐ Cartas ☐ E-mails ☐ Outros. Especificar:_____
D – Material de áudio e visual: ☐ Fotografias ☐ Objetos de arte ☐ Fita de vídeo ☐ Outros. Especificar:_____
Duração do estudo:_____
ANÁLISE DOS DADOS/PESQUISA QUALITATIVA
Qual é a técnica empregada para análise dos dados? ☐ Análise de conteúdo ☐ Teoria Fundamentada nos dados ☐ Análise fenomenológica ☐ Hermenêutica ☐ Outra. Especificar:_____
O estudo explicita claramente o método utilizado para a análise dos dados? ☐ Sim ☐ Não
A análise dos dados foi adequada para a questão de estudo? ☐ Sim ☐ Não

3. RESULTADOS

RESULTADOS
Descrever: _____ _____ _____ _____
São pertinentes e coerentes com os objetivos? ☐ Sim ☐ Não
Foram apresentados de maneira clara e objetiva? ☐ Sim ☐ Não
Foram explorados e discutidos? ☐ Sim ☐ Não

continua...

4. ANÁLISE DO CONCEITO

ATRIBUTOS (CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS)
<p>Não () Sim ()</p> <p>Quais são os atributos da recuperação cirúrgica retardada?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
EVENTOS ANTECEDENTES (FATORES PREDITORES)
<p>Não () Sim ()</p> <p>Quais são os eventos, situação e/ou fenômeno que contribuem para o conceito recuperação cirúrgica retardada?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
EVENTOS CONSEQUENTES (SINAIS E SINTOMAS)
<p>Não () Sim ()</p> <p>Quais são os eventos, situação e/ou fenômeno resultantes da recuperação cirúrgica retardada?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
TERMOS SUBSTITUTOS
<p>Não () Sim ()</p> <p>Quais são os termos ou palavras que expressam a mesma coisa que o conceito de recuperação cirúrgica retardada?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
CONCEITOS RELACIONADOS
<p>Não () Sim ()</p> <p>Quais são os conceitos ou termos que frequentemente aparecem relacionados de forma literal ou figurada ao conceito de recuperação cirúrgica retardada?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
VARIAÇÃO SOCIOCULTURAL
<p>Não () Sim ()</p> <p>O conceito de recuperação cirúrgica retardada é usado em diferentes situações por diferentes pessoas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

continua...

REFERÊNCIAS DO CONCEITO
Não () Sim ()
Qual evento, atividade ou situação atual a que o conceito de recuperação cirúrgica retardada se refere?

5. CONCLUSÕES

CONCLUSÕES
Descrever: _____

As conclusões são justificadas com base nos dados?
Sim () Não ()
Quais são as recomendações dos autores?

Os dados, interpretações e conclusões estão claramente integrados?
Sim () Não ()
O estudo apresenta contribuições úteis referentes ao tema?
Sim () Não ()
ESCALA DE JADAD***
() Escore 1 () Escore 2 () Escore 3 () Escore 4 () Escore 5
NÍVEL DE EVIDÊNCIA ****
A– Intervenção ou Diagnóstico/Teste diagnóstico
() I () II () III () IV () V () VI () VII
B– Prognóstico/Predição ou Etiologia
() I () II () III () IV () V
C– Significado
() I () II () III () IV () V

conclusão.

* GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. An overview of clinical research: the lay of the land. **The Lancet**, v. I 359, n. 5, p. 57-61, 2002.

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

*** JADAD, A. R. et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? **Controlled Clinical Trials**, v. 17, n. 1, p. 1–12, 1996.

**** MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. IN: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2011. chap.1 p.3-24.

Apêndice B – Descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Medicina

Estudo	Descritores	Significado associado
CHUNG, F. (1995)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Tempo	Extensão do tempo da alta hospitalar
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento de atividades	Dificuldade para retornar às atividades normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
	Reintervenção	Visita pós-cirúrgica inesperada no hospital com o tratamento
PAVLIN, D. J. et al. (2002)	Processo	Alteração no processo de recuperação do paciente.
	Tempo	Extensão do tempo para a alta hospitalar e recuperação cirúrgica por fatores que complicaram a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental, nociceptiva, emotiva e cognitiva) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada para executar atividades diárias normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
DECHERNEY, A. H. et al. (2002)	Informações	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia são insuficientes.
	Nível de energia	Nível de energia reduzido, sensação de cansaço debilitante ou perda de energia.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Impacto econômico	Dificuldade financeira devido ao tempo de recuperação cirúrgica, por restrição de atividade ou limitação.
	Tempo	Tempo de recuperação mais longo do que o esperado devido aos fatores que complicaram a recuperação.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
	Dependência	Necessidade de cuidadores
	Percepção	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação).
HIROSE, H.; AMANO, A.; TAKAHASHI, A. (2002)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Tempo	Tempo de recuperação mais longo do que o esperado devido aos fatores que complicaram a recuperação.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
PIERSON, L. M. et al. (2003)	Reintervenção	Visita pós-cirúrgica inesperada no hospital com o tratamento com ou sem internação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Tempo	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
JÄRVINEN, O. et al. (2003)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Qualidade de vida	Mudança na qualidade de vida devido ao problema de saúde, que interfere nas atividades diárias que mantém a vida, a saúde e o bem estar.
ARKO, F. R. et al. (2003)	Tempo	Necessidade de mais tempo de hospitalização e recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
	Reintervenção	Visita pós-cirúrgica inesperada no hospital com o tratamento.
	Dependência	Necessidade de cuidados de especialistas.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
ARKO, F. R. et al. (2003)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
PERRY, K. T. et al. (2003)	Tempo	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retornar as atividades diárias normais.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
WANG, M. Y. et al. (2003)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
PRINSEN, M. et al. (2004)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
KABON, B. et al. (2004)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
LAWRENCE, V. A. et al. (2004)	Tempo	Extenso período de tempo para recuperar.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Nível de energia	Evidência de diminuição de energia (força).
	Dependência	Dependência funcional.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório).
BISGAARD, T.; ROSENBERG, J.; KEHLET, H. (2005)	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
WU, C. L. et al. (2005)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
	Qualidade de vida	Mudança na qualidade de vida frente ao problema de saúde, que interfere nas atividades diárias que mantêm a vida, a saúde e o bem estar.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
CELKAN, M. A. et al. (2005)	Reintervenção	Visita pós-cirúrgica ou reinternação inesperada no hospital com tratamento.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
FLEISCHMANN, E. et al. (2005)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).
ROTHOLTZ, N. A. et al. (2005)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando negativos efeitos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Processo	Processo de cura da ferida cirúrgica.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
SAHAKYAN, K. et al. (2006)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional) (nível pré-operatório).
	Reintervenção	Visita pós-cirúrgica ou reinternação inesperada no hospital com tratamento.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
MASIERO, S. et al. (2007)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Reintervenção	Reoperações ou readmissão hospitalar pós-cirúrgica no centro médico com administração de tratamento.
KIM, H. J. et al. (2008)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos.
PUOLAKKA, K. et al. (2008)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional) (nível pré-operatório).
	Impacto econômico	Perda de emprego (trabalho) devido ao tempo de recuperação cirúrgica, por restrição de atividade ou limitação.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos.
	Percepção	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
SALVIN, J. W. et al. (2008)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).
ABDELRAZEQ, A. S. et al. (2008)	Tempo	Requer mais tempo (semana) para completar a cicatrização da ferida cirúrgica e recuperação funcional completa.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Reintervenção	Reoperações ou visita pós-cirúrgica inesperada no centro médico com tratamento.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
WONG, J. et al. (2009)	Tempo	Extensão de tempo para reassumir atividades normais após a alta hospitalar.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório).
	Qualidade de vida	Mudança na qualidade de vida devido à dificuldade de reassumir atividades diárias normais.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
ANDERSEN, L. O. et al. (2009)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Reintervenção	Alteração no regime terapêutico.
DAVIDGE, K. et al. (2009)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Reintervenção	Reoperações ou visita pós-cirúrgica inesperada no centro médico com tratamento.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
SURESH ATTILI, V. S. et al. (2009)	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, durante a recuperação.
FELDMAN, L. S. et al. (2009)	Tempo	Período de incapacidade, extensão da internação, e gasto calórico semanal reduzido para atividade física.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
FELDMAN, L. S. et al. (2009)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Nível de energia	Falta de energia para desempenhar atividades.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Qualidade de vida	Mudança na qualidade de vida devido à dificuldade de reassumir atividades diárias normais.
PUENTES, A. M. C. et al. (2009)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
SINGH, J. A. et al. (2010)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
EL-GAZZAZ, G. et al. (2010)	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
EL-GAZZAZ, G. et al. (2010)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental, nociceptiva, emotiva e cognitiva) (nível pré-operatório).
	Tempo	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retornar as atividades diárias normais (nível pré-operatório).
	Processo	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios até o retorno aos valores basais, ou melhor, do período pré-operatório.
ROYSE, C. F. et al. (2010)	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental, nociceptiva, emotiva e cognitiva) (nível pré-operatório).
	Tempo	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retornar as atividades diárias normais (nível pré-operatório).
	Processo	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios até o retorno aos valores basais, ou melhor, do período pré-operatório.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
BRATTWALL, M. et al. (2011)	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Processo	Alteração no processo de recuperação que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Tempo	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para restituição integral dos valores basais do período pré-operatório.
MAYO, N. E. et al. (2011)	Reintervenção	Reoperações ou visita pós-cirúrgica inesperada no centro médico com tratamento.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Dependência	Necessidade de cuidados intensivos de especialistas.
	Reintervenção	Reoperações ou visita pós-cirúrgica no centro médico com tratamento.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
MAYO, N. E. et al. (2011)	Processo	Alteração no processo de recuperação que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório.
	Nível de energia	Falta de energia para desempenhar atividades.
PADDISON, J. S. et al. (2011)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Tempo	Necessidade de mais tempo para a recuperação (internação hospitalar) após a cirurgia para retornar as atividades normais do período pré-operatório.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional) (nível pré-operatório).
	Qualidade de vida	Mudança na qualidade de vida devido à dificuldade de reassumir atividades diárias normais.
RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Tempo	Necessidade de mais tempo para recuperação das atividades normais (nível pré-operatório) após a cirurgia.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Reintervenção	Reoperações ou readmissão hospitalar pós-cirúrgica no centro médico com administração de tratamento.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
RAMÍREZ, J. M. et al. (2011)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
CATRO-ALVES, L. J. S. et al. (2011)	Restabelecimento de atividades	Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Qualidade de vida	Mudança na qualidade de vida devido à dificuldade de reassumir atividades diárias.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
KALTOFT, B.; GOGENUR, I.; ROSENBERG, J. (2011)	Tempo	Necessidade de mais tempo para alta hospitalar e para recuperação das atividades normais (nível pré-operatório) após a cirurgia.
	Reintervenção	Reoperações ou readmissão hospitalar pós-cirúrgica no centro médico com administração de tratamento.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
KHAN, R. S. et al. (2012)	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
KHAN, R. S. et al. (2012)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Reintervenção	Reoperações ou readmissão hospitalar pós-cirúrgica no centro médico com administração de tratamento.
	Qualidade de vida	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
BROWN, J. R. et al. (2012)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).
	Tempo	Necessidade de mais tempo para alta hospitalar e para recuperação das atividades normais (nível pré-operatório) após a cirurgia.
MAJHOLM, B. et al. (2012)	Reintervenção	Reoperações ou readmissão hospitalar pós-cirúrgica no centro médico com administração de tratamento.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório).

conclusão.

Apêndice C – Descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Enfermagem

Estudo	Descritores	Significado associado
KLEINBECK, S. V. M. (2000)	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Percepção	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Informações	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia são insuficientes.
	Reintervenção	Reintervenção ou readmissão pós-cirúrgica no serviço de saúde com administração de tratamento.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Tempo	Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional e atividades normais (nível pré-operatório).
HORVATH, K. J. (2003)	Processo	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com o retorno as atividades usuais realizadas no pré-operatório.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
HORVATH, K. J. (2003)	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Tempo	Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional e atividades da vida diária (nível pré-operatório).
ZALON, M. L. (2004)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Tempo	Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno bem sucedido do estado funcional do paciente (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Nível de energia	Dificuldades para retornar à total restauração da integridade, por falta de energia.
	Percepção	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação).
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
ZALON, M. L. (2004)	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
SUSILAHTI, H.; SUOMINEN, T.; LEINO-KILPI, H. (2004)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Reintervenção	Reintervenção pós-cirúrgicas com administração de tratamento.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
FOLDEN, S.; TAPPEN, R. (2007)	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Tempo	Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais (nível pré-operatório).
BARNASON, S. et al. (2008)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando negativos efeitos físicos, psicossociais, econômicos e bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
BARNASON, S. et al. (2008)	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
KAGAN, I.; BARTAL, Y. (2008)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Qualidade de vida	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
VOHRA, R. S. et al. (2008)	Dependência	Dependência de cuidados intensivos de especialistas no pós-operatório.
	Impacto econômico	Dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente do tempo do processo de recuperação da cirurgia.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais (trabalho) realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Tempo	Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia, para retornar ao trabalho após a alta hospitalar.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
ALLVIN, R. et al. (2009)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.
	Processo	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais (trabalho) realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Tempo	Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais (nível pré-operatório).
	Impacto econômico	Dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente do tempo do processo de recuperação da cirurgia.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Dependência	Dependência para realizar atividades.
	Nível de energia	Dificuldades para retornar à total restauração da integridade, por falta de energia.
ROSÉN, H. I. et al. (2010)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Reintervenção	Reintervenção pós-cirúrgicas com administração de tratamento.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
ROSÉN, H. I. et al. (2010)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais (trabalho) realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Informações	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia são insuficientes.
	Processo	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com o retorno as atividades usuais realizadas no pré-operatório.
DOWSEY, M. M. et al. (2010)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Reintervenção	Reintervenção ou readmissão pós-cirúrgica no serviço de saúde com administração de tratamento.
ROSÉN, H. I. et al. (2011)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
ROSÉN, H. I. et al. (2011)	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Impacto econômico	Perda ou dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente do tempo do processo de recuperação da cirurgia.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.
ALLVIN, R. et al. (2011)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.
	Processo	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais (trabalho) realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Tempo	Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais (nível pré-operatório).
	Impacto econômico	Dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente do tempo do processo de recuperação da cirurgia.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
ALLVIN, R. et al. (2011)	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Dependência	Dependência para realizar atividades.
	Nível de energia	Dificuldades para retornar à total restauração da integridade, por falta de energia.
ARAKELIAN, E. et al. (2011)	Processo	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição da vida normal do período pré-operatório, atingindo grau de independência/dependência nas atividades diárias.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais (trabalho) realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Tempo	Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais normais (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.

conclusão.

Apêndice D – Descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Psicologia

Estudo	Descritores	Significado associado
SALMON, P.; HALL, G. M.; PEERBHOY, D. (2001)	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
ILLE, R. et al. (2007)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
GILMARTIN, J. (2007)	Informações	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia sobre a retomada das atividades são insuficientes.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
GILMARTIN, J. (2007)	Percepção	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação).
PETERS, M. L. et al. (2007)	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Qualidade de vida	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias.
PETERS, M. L. et al. (2010)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Qualidade de vida	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.
SINIKALLIO, S. et al. (2010)	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.

Estudo	Descritores	Significado associado
SINIKALLIO, S. et al. (2010)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Processo	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório

conclusão.

Apêndice E – Descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Odontologia

Estudo	Descritores	Significado associado
PHILLIPS, C. et al. (2003)	Restabelecimento psicológico	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório).
	Reintervenções	Reintervenções ou readmissão pós-cirúrgica no serviço de saúde com administração de tratamento.
	Tempo	Extensão do número de visitas pós-cirúrgicas com tratamento necessário para retorno das habilidades funcionais e atividades (nível pré-operatório).
	Qualidade de vida	Prolongada recuperação de qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias.
CHAUSHU, G. et al. (2004)	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Tempo	Extensão do número de dias necessários de recuperação após a cirurgia para retornar as habilidades funcionais e atividades (nível pré-operatório).

continua...

Estudo	Descritores	Significado associado
CHAUSHU, G. et al. (2004)	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.
RUVO, A. T. et al. (2005)	Reintervenções	Reintervenções ou readmissão pós-cirúrgica no serviço de saúde com administração de tratamento.
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Restabelecimento fisiológico	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.
	Qualidade de vida	Prolongada recuperação de qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias.
	Tempo	Extensão do número de visitas pós-cirúrgicas com tratamento necessário para retorno das habilidades funcionais e atividades (nível pré-operatório).

conclusão.

Apêndice F – Descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Fisioterapia e Fonoaudiologia

Estudo	Descritores	Significado associado
DEN BOER, J. J. et al. (2006)	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.
BARKER, J. et al. (2009)	Experiências prévias	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico.
	Processo	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório.
	Restabelecimento de atividades	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório).
	Manifestações clínicas	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica.

Apêndice G – Frequência de ocorrência dos descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Medicina

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Dependência	4	Dependência de cuidados intensivos de especialistas	1	Dependência para realizar atividades
		Dependência para realizar atividades	1	
		Dependência de cuidados de especialistas	1	
		Dependência de cuidadores	1	
Experiências prévias	30	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório)	20	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico
		Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividade funcional normal (nível pré-operatório)	10	
Impacto econômico	2	Dificuldade financeira devido ao tempo de recuperação cirúrgica, por restrição de atividade ou limitação	1	Perda de emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente do tempo de recuperação
		Perda de emprego (trabalho) devido ao tempo de recuperação cirúrgica, por restrição de atividade ou limitação	1	
Informações	1	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia são insuficientes	1	Informações processadas sobre o procedimento cirúrgico são insuficientes

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Manifestações clínicas	31	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta.	1	Manifestação de sinais e sintomas que evidencia interferência no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos que afeta o bem-estar de pacientes durante a recuperação
		Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação.	1	
		Manifestação de sinais e sintomas que pôster-ga a alta e interfere no processo de recupera-ção, causando efeitos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação	6	
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômi-cos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação	11	
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação	3	
		Manifestação de sinais e sintomas que inter-fere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos	2	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Manifestações clínicas	31	Manifestação de sinais e sintomas que interfere na recuperação cirúrgica, causando efeitos negativos físicos, durante a recuperação.	1	
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.	6	
Nível de energia	4	Nível de energia reduzido, sensação de cansaço debilitante ou perda de energia	1	Nível de energia (força) reduzido para desempenhar atividades
		Evidência de diminuição de energia (força)	1	
		Falta de energia para desempenhar atividades	2	
Percepção	2	Percepção de quanto perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação)	2	Percepção do quanto perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias)
Processo	6	Alteração no processo de recuperação do paciente	1	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório
		Processo de cura da ferida cirúrgica	1	
		Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios até o retorno aos valores basais, ou melhor, do período pré-operatório	2	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Processo	6	Alteração no processo de recuperação que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório	2	
Qualidade de vida	7	Redução da qualidade de vida devido ao problema de saúde, que interfere nas atividades diárias que mantém a vida, a saúde e o bem estar	1	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias normais
		Mudança na qualidade de vida frente ao problema de saúde, que interfere nas atividades diárias que mantém a vida, a saúde e o bem esta.	1	
		Mudança na qualidade de vida devido à dificuldade de reassumir atividades diárias normais	4	
		Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias	1	
Reintervenção	15	Visita pós-cirúrgica inesperada no hospital com tratamento	3	Reintervenção ou visita pós-cirúrgica inesperada no serviço de saúde com administração de tratamento.
		Visita pós-cirúrgica ou reinternação inesperada no hospital com tratamento	2	
		Reoperações ou readmissão hospitalar pós-cirúrgica no centro médico com administração de tratamento	5	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Reintervenção	15	Reoperações ou visita pós-cirúrgica inesperada no centro médico com tratamento	4	
		Alteração no regime terapêutico	1	
Restabelecimento de atividades	23	Dificuldade para retornar às atividades normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório)	1	Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)
		Capacidade prejudicada para executar atividades diárias normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório)	9	
		Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)	8	
		Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional) (nível pré-operatório)	5	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Restabelecimento fisiológico	16	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório)	12	Dificuldade para recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório)
		Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (nível pré-operatório)	1	
		Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório)	3	
Restabelecimento psicológico	14	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório)	11	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental, nociceptiva, emotiva e cognitiva) (nível pré-operatório)
		Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental, nociceptiva, emotiva e cognitiva) (nível pré-operatório)	3	
Tempo	18	Extensão do tempo da alta hospitalar	1	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional e atividades normais (nível pré-operatório)
		Extensão do tempo para a alta hospitalar e recuperação cirúrgica por fatores que complicaram a recuperação	1	
		Tempo de recuperação mais longo do que o esperado devido aos fatores que complicaram a recuperação.	2	
		Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional	1	
		Necessidade de mais tempo de hospitalização e	1	

Tempo	18	recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional		Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional e atividades normais (nível pré-operatório)
		Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retornar as atividades diárias normais.	1	
		Extenso período de tempo para recuperar	1	
		Requer mais tempo (semana) para completar a cicatrização da ferida cirúrgica e recuperação funcional completa	1	
		Extensão de tempo para reassumir atividades normais após a alta hospitalar	1	
		Período de incapacidade, extensão da internação, e gasto calórico semanal reduzido para atividade física	1	
		Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retornar as atividades diárias normais (nível pré-operatório).	2	
		Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para restituição integral dos valores basais do período pré-operatório.	1	
		Necessidade de mais tempo para a recuperação (internação hospitalar) após a cirurgia para retornar as atividades normais de pré-operatório.	1	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Tempo	18	Necessidade de mais tempo para recuperação das atividades normais (nível pré-operatório) após a cirurgia.	1	
		Necessidade de mais tempo para alta hospitalar e para recuperação das atividades normais (nível pré-operatório) após a cirurgia.	2	

conclusão

Apêndice H – Frequência de ocorrência dos descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Enfermagem

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Dependência	3	Dependência de cuidados intensivos de especialistas	1	Dependência de cuidados para realizar atividades
		Dependência para realizar atividades	2	
Experiências prévias	13	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico	4	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico
		Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais (trabalho) realizadas antes do procedimento cirúrgico	9	
Impacto econômico	4	Dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente do tempo do processo de recuperação da cirurgia.	3	Perda ou dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente da extensão do tempo do processo de recuperação da cirurgia
		Perda ou dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente do tempo do processo de recuperação da cirurgia.	1	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Informações	2	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia são insuficientes	2	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia são insuficientes
Manifestações clínicas	12	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação	9	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica	3	
Nível de energia	3	Dificuldades para retornar à total restauração da integridade, por falta de energia	3	Dificuldades para retornar à total restauração da integridade, por falta de energia
Percepção	2	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação)	2	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação)

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Processo	5	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com o retorno as atividades usuais realizadas no pré-operatório	2	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório, atingindo grau de independência/ dependência nas atividades diárias
		Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório	2	
		Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição da vida normal do período pré-operatório, atingindo grau de independência/ dependência nas atividades diárias	1	
Qualidade de vida	1	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias	1	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias
Reintervenção	4	Reintervenções ou readmissão pós-cirúrgica no serviço de saúde com administração de tratamento.	2	Reintervenções ou readmissão pós-cirúrgica no serviço de saúde com administração de tratamento
		Reintervenções pós-cirúrgicas com administração de tratamento.	2	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Restabelecimen- to de atividades	12	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)	12	Capacidade limitada para exe- cutar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habili- dades, perform- ance em ativida- des funcional, social e psico- lógica) (nível pré- operatório)
Restabelecimen- to fisiológico	8	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório)	8	Dificuldade de recuperar funções fisioló- gicas (cicatriza- ção da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório)
Restabelecimen- to psicológico	6	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório)	6	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (ní- vel pré-operatório)
Tempo	8	Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional e atividades normais (nível pré-operatório)	1	Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais e atividades (nível pré-operatório)
		Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional e atividades da vida diária (nível pré-operatório).	1	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Tempo		Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno bem sucedido do estado funcional do paciente (nível pré-operatório)	1	
		Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais (nível pré-operatório)	3	
		Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia, para retornar ao trabalho após a alta hospitalar.	1	
		Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais normais (nível pré-operatório)	1	

conclusão.

Apêndice I – Frequência de ocorrência dos descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Psicologia

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Experiências prévias	6	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico	6	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico
Informações	1	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia sobre a retomada das atividades são insuficientes	1	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia sobre a retomada das atividades são insuficientes
Manifestações clínicas	3	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica	3	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Percepção	1	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação)	1	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação)
Processo	1	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório	1	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório
Qualidade de vida	2	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias	2	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias
Restabelecimento de atividades	5	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)	5	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Restabelecimen to fisiológico	1	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório)	1	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório)
Restabelecimen to psicológico	2	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório)	2	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório)

conclusão

Apêndice J – Frequência de ocorrência dos descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Odontologia

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Experiências prévias	3	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico	3	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico
Manifestações clínicas	2	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica	2	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica
Qualidade de vida	2	Prolongada recuperação de qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias	2	Prolongada recuperação de qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Reintervenções	2	Reintervenções ou readmissão pós-cirúrgica no serviço de saúde com administração de tratamento	2	Reintervenções ou readmissão pós-cirúrgica no serviço de saúde com administração de tratamento
Restabelecimen to de atividades	3	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)	3	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)
Restabelecimen to fisiológico	3	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório)	3	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório)
Restabelecimen to psicológico	1	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório)	1	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório)

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Tempo	3	Extensão do número de visitas pós-cirúrgicas com tratamento necessário para retorno das habilidades funcionais e atividades (nível pré-operatório)	2	Extensão do número de dias e de visitas com tratamento após a cirurgia, necessários para retorno das habilidades funcionais e atividades (nível pré-operatório)
		Extensão do número de dias necessários de recuperação após a cirurgia para retornar as habilidades funcionais e atividades (nível pré-operatório)	1	

Conclusão.

Apêndice K – Frequência de ocorrência dos descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Fisioterapia e na Fonoaudiologia

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Experiências prévias	2	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico	2	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico
Manifestações clínicas	2	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica	2	Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica
Processo	1	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório	1	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Restabelecimento de atividades	2	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)	2	Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)

conclusão.

Apêndice L – Frequência de ocorrência dos descritores ou expressões que representam as características do conceito recuperação cirúrgica retardada na Medicina, Enfermagem, Psicologia, Odontologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Dependência	7	Dependência de cuidados intensivos de especialistas	2	Dependência de cuidados para realizar atividades
		Dependência para realizar atividades	3	
		Dependência de cuidados de especialistas	1	
		Dependência de cuidadores	1	
Experiências prévias	54	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e a retomada de atividades (nível pré-operatório)	20	Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais antes do procedimento cirúrgico (nível pré-operatório)
		Experiências prévias de fatores que podem influenciar a retomada de atividades funcional normal (nível pré-operatório)	10	
		Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais realizadas antes do procedimento cirúrgico	15	
		Experiências prévias de fatores que podem influenciar a recuperação cirúrgica, alta e retomada de atividades normais (trabalho) realizadas antes do procedimento cirúrgico	9	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Impacto econômico	6	Dificuldade financeira devido ao tempo de recuperação cirúrgica, por restrição de atividade ou limitação	1	Perda ou dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente da extensão do tempo do processo de recuperação da cirurgia
		Perda de emprego (trabalho) devido ao tempo de recuperação cirúrgica, por restrição de atividade ou limitação	1	
		Dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente do tempo do processo de recuperação da cirurgia	3	
		Perda ou dificuldade para retornar ao emprego (trabalho) devido restrição de atividade ou limitação decorrente do tempo do processo de recuperação da cirurgia.	1	
Informações	4	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia são insuficientes	3	Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia sobre a retomada das atividades são insuficientes
		Informações processadas sobre as instruções antes e depois da cirurgia sobre a retomada das atividades são insuficientes	1	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Manifestações clínicas	50	Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta	1	Manifestação de sinais e sintomas que evidencia interferência no processo de recuperação cirúrgica, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e econômicos, afetando o bem-estar de pacientes
		Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação	1	
		Manifestação de sinais e sintomas que posterga a alta e interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação.	6	
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação	20	
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação	3	
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos	2	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Manifestações clínicas	50	Manifestação de sinais e sintomas que interfere na recuperação cirúrgica, causando efeitos negativos físicos, durante a recuperação	1	
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais e de bem-estar sobre os pacientes durante a recuperação	6	
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, econômicos e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica	8	
		Manifestação de sinais e sintomas que interfere no processo de recuperação, causando efeitos negativos físicos, psicossociais, e de bem-estar sobre os pacientes durante o processo de recuperação cirúrgica	2	
Nível de energia	7	Nível de energia reduzido, sensação de cansaço debilitante ou perda de energia	1	Nível de energia (força) reduzido que dificulta o retorno à total restauração da integridade
		Evidência de diminuição de energia (força)	1	
		Falta de energia para desempenhar atividades	2	
		Dificuldades para retornar à total restauração da integridade, por falta de energia	3	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Percepção	5	Percepção de quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias) (relato da necessidade de mais tempo para recuperação)	5	Percepção do quão perto está o retorno ao estado normal de saúde, tendo como referência vivência prévia (cirurgias)
Processo	13	Alteração no processo de recuperação do paciente	1	Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório, atingindo grau de independência/ dependência nas atividades diárias
		Processo de cura da ferida cirúrgica	1	
		Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios até o retorno dos valores basais, ou melhor, do período pré-operatório.	2	
		Alteração no processo de recuperação que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório.	2	
		Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com o retorno as atividades usuais realizadas no pré-operatório.	2	
		Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição integral dos valores basais do período pré-operatório	4	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
		Alteração no processo de recuperação que envolve múltiplos domínios, e que se completa com a restituição da vida normal do período pré-operatório, atingindo grau de independência / dependência nas atividades diárias	1	
Qualidade de vida	12	Redução da qualidade de vida devido ao problema de saúde, que interfere nas atividades diárias que mantém a vida, a saúde e o bem estar	1	Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias normais
		Mudança na qualidade de vida frente ao problema de saúde, que interfere nas atividades diárias que mantém a vida, a saúde e o bem estar	1	
		Mudança na qualidade de vida devido à dificuldade de reassumir atividades diárias normais	4	
		Redução na qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias	4	
		Prolongada recuperação de qualidade de vida devido às manifestações clínicas e dificuldades de reassumir atividades diárias	2	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Reintervenção	21	Visita pós-cirúrgica inesperada no hospital com tratamento	3	Reoperação ou visita pós-cirúrgica inesperada no serviço de saúde com administração de novo regime terapêutico
		Visita pós-cirúrgica ou reinternação inesperada no hospital com tratamento	2	
		Reoperações ou readmissão hospitalar pós-cirúrgica no centro médico com administração de tratamento	5	
		Reoperações ou visita pós-cirúrgicas inesperada no centro médico com tratamento	4	
		Alteração no regime terapêutico.	1	
		Reintervensões ou readmissão pós-cirúrgicas no serviço de saúde com administração de tratamento	4	
		Reintervensões pós-cirúrgicas com administração de tratamento	2	
Restabelecimento de atividades	45	Dificuldade para retornar às atividades normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório)	1	Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)
		Capacidade prejudicada para executar atividades diárias normais (habilidade e performance em atividades funcional e social) (nível pré-operatório)	9	
		Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)	8	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Restabelecimento de atividades		Capacidade prejudicada de executar atividades (tarefas ou ações) diárias normais (habilidade, performance em atividades funcional) (nível pré-operatório)	5	
		Capacidade limitada para executar atividades (quantidade e tipo de tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)	12	
		Capacidade comprometida para executar atividades (tarefas ou ações) diárias do cotidiano (habilidades, performance em atividades funcional, social e psicológica) (nível pré-operatório)	10	
Restabelecimento fisiológico	28	Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório)	21	Dificuldade para recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida, respiração, circulação) (nível pré-operatório)
		Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (nível pré-operatório)	1	
		Dificuldade de recuperar funções fisiológicas (cicatrização da ferida) (nível pré-operatório)	6	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Restabelecimento psicológico	23	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental) (nível pré-operatório)	20	Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental, nociceptiva, emotiva e cognitiva) (nível pré-operatório)
		Dificuldade de recuperar funções psicológicas (consciência, estado mental, nociceptiva, emotiva e cognitiva) (nível pré-operatório)	3	
Tempo	29	Extensão do tempo da alta hospitalar	1	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais e atividades do cotidiano (nível pré-operatório)
		Extensão do tempo para a alta hospitalar e recuperação cirúrgica por fatores que complicaram a recuperação	1	
		Tempo de recuperação mais longo do que o esperado devido aos fatores que complicaram a recuperação	2	
		Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional	1	
		Necessidade de mais tempo de hospitalização e recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional.	1	
		Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retornar as atividades diárias normais	1	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Tempo	29	Extenso período de tempo para recuperar	1	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais e atividades do cotidiano (nível pré-operatório)
		Requer mais tempo (semana) para completar a cicatrização da ferida cirúrgica e recuperação funcional completa	1	
		Extensão de tempo para reassumir atividades normais após a alta hospitalar	1	
		Período de incapacidade, extensão da internação, e gasto calórico semanal reduzido para atividade física	1	
		Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retornar as atividades diárias normais (nível pré-operatório)	2	
		Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para restituição integral dos valores basais do período pré-operatório.	1	
		Necessidade de mais tempo para a recuperação (internação hospitalar) após a cirurgia para retornar as atividades normais do período pré-operatório	1	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Tempo	29	Necessidade de mais tempo para recuperação das atividades normais (nível pré-operatório) após a cirurgia	1	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais e atividades do cotidiano (nível pré-operatório)
		Necessidade de mais tempo para alta hospitalar e para recuperação das atividades normais (nível pré-operatório) após a cirurgia.	2	
		Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional e atividades normais (nível pré-operatório).	1	
		Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para recuperar a capacidade funcional e atividades da vida diária (nível pré-operatório).	1	
		Necessidade de mais tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno bem sucedido do estado funcional do paciente (nível pré-operatório)	1	
		Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais (nível pré-operatório)	3	

continua...

Descritores	Número de estudos primários	Significado associado	Frequência	Ideia central
Tempo	29	Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia, para retornar ao trabalho após a alta hospitalar.	1	Necessidade de mais tempo de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais e atividades do cotidiano (nível pré-operatório)
		Extensão do tempo em número de dias de recuperação após a cirurgia para retorno das habilidades funcionais normais (nível pré-operatório)	1	
		Extensão do número de visitas pós-cirúrgicas com tratamento necessário para retorno das habilidades funcionais e atividades (nível pré-operatório)	2	
		Extensão do número de dias necessários de recuperação após a cirurgia para retornar as habilidades funcionais e atividades (nível pré-operatório)	1	

conclusão.