

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA PAULA MARQUES ANDRADE DE SOUZA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA  
DE DADOS PARA CLIENTES ADULTOS EM UNIDADE CIRÚRGICA**

**JOÃO PESSOA – PB**

**2007**

**ANA PAULA MARQUES ANDRADE DE SOUZA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA  
DE DADOS PARA CLIENTES ADULTOS EM UNIDADE CIRÚRGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível de Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Inserida na linha de pesquisa **Processo de cuidar em saúde e enfermagem**, da área de concentração **Enfermagem Fundamental**.

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares  
Universidade Federal da Paraíba

**JOÃO PESSOA - PB**

**2007**

S731c SOUZA, Ana Paula Marques Andrade de.

Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para clientes adultos em unidade cirúrgica./Ana Paula Marques Andrade de Souza. – João Pessoa, 2007.  
123p.: il.

Orientadora: Maria Julia Guimarães Oliveira Soares  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Enfermagem – Paciente cirúrgico. 2. Validação de instrumento. 3. Coleta de dados

UFPB/BC

CDU: 616 – 083 (43)

**ANA PAULA MARQUES ANDRADE DE SOUZA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA  
DE DADOS PARA CLIENTES ADULTOS EM UNIDADE CIRÚRGICA**

**Aprovada em 28/02/2007**

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares - UFPB  
Orientadora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enêde Andrade da Cruz - UFBA  
Membro

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Miriam Lima da Nóbrega - UFPB  
Membro

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Wilma Dias de Fontes - UFPB  
Membro

*Ao meu esposo, **SILVIO**, por não me deixar desistir dos sonhos e estar sempre ao meu lado em todos os momentos da vida, dando-me força, amor e carinho.*

*Ao meu filho, **DANIEL**, que, apesar de ser ainda uma criança, foi capaz de compreender minhas ausências e com seus beijos e abraços enche-me de força para vencer os momentos de angústia.*

*Saibam que sem o apoio, carinho e, principalmente, sem o amor de ambos, eu não conseguiria. **AMO VOCÊS.***

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*A Deus, por estar presente na minha vida, iluminando meus caminhos, fortalecendo minha alma; por mostrar-me que podemos superar as dificuldades quando acreditamos em sua força.*

*Aos meus pais por sempre acreditarem em mim.*

*Aos meus irmãos, grandes amigos, que sempre me incentivaram e apoiaram.*

*A D. Nevinha (minha sogra), pelo apoio dado nesta trajetória.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares, minha orientadora, por ter compartilhado seus conhecimentos e sabedoria, contribuindo com meu crescimento profissional. Mas principalmente a você, JÚLIA, a quem admiro e respeito, por quem tenho um carinho muito especial, por ter sido mais do que uma orientadora, uma verdadeira AMIGA; que Deus sempre a ilumine.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Miriam Lima da Nóbrega, por quem tenho uma profunda admiração, pela convivência maravilhosa e harmoniosa, e por ter contribuído intensamente na elaboração deste trabalho, compartilhando seus conhecimentos e sua experiência.*

*A minha grande amiga Ellen Martins Norat, pela amizade compartilhada há anos e, principalmente pela ajuda e pelo companheirismo demonstrado durante os momentos difíceis dessa trajetória.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Profª Drª Enêde Andrade da Cruz, pela disponibilidade para participar da banca examinadora e pelas importantes contribuições dadas a este trabalho.*

*À Profª Drª Wilma Dias de Fontes, pelas palavras de conforto e apoio dado durante os momentos de dificuldades, pelas valiosas contribuições dadas a este trabalho desde as etapas preliminares.*

*À Enfª Edleide Raulino Barros, gerente da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pelo apoio, compreensão e incentivo dado para a concretização deste trabalho.*

*As Docentes da disciplina Enfermagem Cirúrgica da UFPB por terem participado nas etapas de elaboração do instrumento com valiosas contribuições.*

*A todas as colegas enfermeiras da Clínica Cirúrgica do HULW, em especial a Marta Ferreira, Vera Lacerda e Stella Costa por terem contribuído ativamente nas etapas de elaboração do instrumento.*

*Aos clientes internos na Clínica Cirúrgica do HULW, por terem aceitado participar do processo de construção do instrumento.*

*À Enfª Kenya de Lima Silva, pela amizade e por ter compartilhado seus conhecimentos contribuindo com a elaboração deste trabalho.*

*As Profªs Marta Miriam e Iolanda Santos, por sempre incentivar-me para o crescimento profissional na área da docência.*

*As amigas Stella e Gisélia, por termos dividido os momentos de alegria e dificuldades nesta trajetória.*

*À Ana Paula Oliveira, pela amizade construída e pela convivência harmoniosa nesta trajetória.*

*À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela competência e responsabilidade com que conduz o programa; a todos os docentes, pelo conhecimento compartilhado, e aos funcionários, pela atenção dada as mestrandas.*

*As colegas do mestrado Ana Cristina, Ana Paula Oliveira, Bianca, Candice, Cláudia, Dayse, Eulina, Fernanda, Gisélia, Hérica, Luciana, Marclineide, Rebeca, Simara, Stella, Suzana, Viviane, pela convivência compartilhada.*

*A Prof<sup>a</sup> Elivalva Félix, pela contribuição nos recursos de informática.*

*À Prof<sup>a</sup> Nivaldete D. Nicácio da Cruz pela revisão da linguagem.*

*As Prof<sup>as</sup> Mirta Simões e Adriana Costeira (minha cunhada), pela construção do abstract.*

*A Bibliotecária Bernadete de Lourdes Oliveira dos Santos pela revisão bibliográfica.*

*À Kaila Medina Alarcon pela construção do resumo em espanhol.*

*A todos aqueles que aqui não foram citados, mas que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização e concretização deste trabalho.*

**MUITO OBRIGADA!**

*“Comece fazendo o que é necessário,  
depois o que é possível e, de repente,  
você estará fazendo o impossível.”*

*São Francisco de Assis*

## RESUMO

SOUZA, Ana Paula Marques Andrade de. **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.

O Histórico de enfermagem constitui uma ferramenta fundamental para viabilizar a implantação da primeira fase do processo de enfermagem: a coleta de dados. Visando contribuir com a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), a presente pesquisa teve como objetivo principal construir e validar um instrumento de coleta de dados para cliente adulto cirúrgico. Utilizou-se a pesquisa do tipo metodológica, constituída por quatro fases: **1º Fase: Identificação dos indicadores empíricos** – realizada através do levantamento bibliográfico sobre o modelo da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta. Nesta fase foi registrada cada necessidade humana básica, culminando em um instrumento com 367 indicadores. **2º Fase: Estruturação do instrumento** – foi realizado um levantamento, na literatura, de instrumentos de coleta de dados para clientes cirúrgicos, utilizando-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta. Foi feita a verificação dos indicadores empíricos através da aplicação do instrumento, construído anteriormente, em 61 clientes internos na clínica cirúrgica. Após essa verificação, 30 indicadores apresentaram frequência de surgimento  $\geq 50\%$ , distribuídos nas necessidades psicobiológicas e psissociais, Foram incluídos 55 indicadores que apresentaram percentual abaixo de 50%, levando-se em consideração a relação entre os indicadores, tipo de cirurgia e o período de coleta de dados. Ao término dessa fase, foi elaborada a primeira versão do instrumento de coleta de dados para cliente adulto cirúrgico, de acordo com a estruturação do modelo do Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem do HULW. **3º Fase: Validação do Conteúdo** - A primeira versão do instrumento de coleta de dados foi validada por enfermeiras assistenciais e docentes que atuam na unidade de clinica cirúrgica do HULW. O conteúdo do instrumento foi validado através do índice de concordância. Foram considerados os itens que apresentaram índice de concordância  $\geq 0,80$ . Após a validação, foi elaborada a segunda versão do instrumento. **4º Fase: Operacionalização do Instrumento** – a segunda versão do instrumento foi aplicada pelas enfermeiras assistenciais da clínica cirúrgica em clientes cirúrgicos, com a finalidade de verificar a viabilidade de operacionalização do mesmo. Como resultado, obteve-se um instrumento viável de ser aplicado ao cliente cirúrgico. Após a operacionalização, foi elaborada a versão final do instrumento e o guia instrucional. Finaliza-se com a certeza de que esta pesquisa contribuirá para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem da clínica cirúrgica do HULW, que este instrumento seja utilizado na docência, mostrando aos discentes a importância da utilização de uma prática assistencial embasada num referencial teórico e que sirva de parâmetro para que outras instituições de saúde desenvolvam seu próprio instrumento de coleta de dados.

**Palavras-chaves:** Coleta de dados. Validação. Enfermagem. Paciente cirúrgico.

## ABSTRACT

SOUZA, Ana Paula Marques Andrade de. **Construction and validation of a data collection instrument for adult client in a surgical unit** . 2007. 123f. Dissertation. (Masters in Nursing) – Health Science Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

The nursing history constitutes in an outstanding tool in order to accomplish the setting up of the first phase of the nursing process: data collection. Aiming to contribute with the implementation of the Nursing Assistance Systematization (SAE) in the Surgical Unit of the *Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW)*, this research had as its main goal to make up and to validate a data collection instrument for grown-up surgical patient. The methodological kind of research was used and it is made up of four phases: **1<sup>st</sup> Phase: Identification of empirical indicators** – fulfilled by means of bibliographical evidence on Horta's model of Basic Human Needs Theory. In this phase, each basic human need was registered, finishing with a 367 indicators instrument. **2<sup>nd</sup> Phase: Instrument Organization** – a study was made, in the literature, about the data collection instruments for surgical patients, by means of Horta's Basic Human Needs Theory. The verification of the empirical indicators through the instrument application was done, which was previously made, in 61 internal patients of the surgical unit. After this verification, 30 indicators presented occurrence frequency  $\geq 50\%$ , distributed in the psychobiological and psychosocial needs. Fifty-five indicators were included which presented a percentage below 50%, taking into consideration the relation among the indicators, kind of surgery and the data collection period. At the end of this phase, the first version of the data collection instrument for adult surgical patient was made up in accordance with the model set-up of the Nursing Assistance Systematization Project at *HULW*. **3<sup>rd</sup> Phase: Content Validation** – the first version of the data collection instrument was validated by assistant nurses and professors who work in the surgical unit at *HULW*. The instrument content was validated through the agreement rate. The itens which presented agreement rate  $\geq 0,80$  were taken into account. After such a validation, the second version of the instrument was made up. **4<sup>th</sup> Phase: Instrument Implementation** – the second version of the instrument was applied by the assistant nurses of the surgical unit in surgical patients, with the intention to analyse how viable its use is. As a result, a viable instrument, to be used in surgical patient, was obtained. After the implementation, the instrument final version as well as the instructional guide were made up. This research comes to an end with a certainty that it will be of great help for the quality improvement of the nursing assistance in the surgical unit at *HULW*; this instrument will be used in the mastering of classes showing the students the importance of an assistance practice use based on a theoretical reference and that it may be a parameter so that other health institutions may develop their own data collection.

**Key-words:** Data collection. Validation. Nursing. Surgical patient.

## RESUMEN

SOUZA, Ana Paula Marques Andrade de. **Construcción y validación de un instrumento de recolección de datos para cliente adulto en unidad quirúrgica**. 2007. 123f. Disertación (Maestría en enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

La historia de la enfermería constituye una herramienta fundamental para viabilizar la implantación de la primera fase del proceso de la enfermería: la recolección de datos. Viendo la contribución con la implantación de la sistematización de la Asistencia de la enfermería (SAE) en la Clínica Quirúrgica del Hospital Universitario Lauro Wanderley (HULW), la presente investigación tuvo como objetivo principal construir y validar un instrumento de recolección de datos para el cliente adulto quirúrgico. Se utilizó una investigación del tipo metodológica, constituida por cuatro fases: **1º Fase: Identificación de los indicadores empíricos** – Hecha a través del levantamiento bibliográfico sobre el modelo de la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas, de Horta. En esta fase fue registrada cada necesidad humana básica, terminando en un instrumento con 367 indicadores. **2º Fase: Estructuración del instrumento** – fue realizado un levantamiento, en la literatura, de instrumentos de recolección de datos para los clientes quirúrgicos, se utilizó la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas, de Horta. Fue hecha la verificación de los indicadores empíricos a través de la aplicación del instrumento, construido anteriormente, en 61 clientes internos en la Clínica Quirúrgica. Después de esa verificación, 30 indicadores presentaron una frecuencia de surgimiento  $\geq 50\%$ , distribuidos en las necesidades psicológicas y sicosociales, fueron incluidos 55 indicadores que presentaron un porcentaje abajo de 50% se llevó en consideración la relación entre los indicadores, de tipo quirúrgica y el periodo de recolección de datos. Al término de esa fase, fue elaborada la primera versión del instrumento de recolección para el cliente adulto quirúrgico, de acuerdo con la estructuración del modelo del proyecto de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería del HULW. **3º Fase: validación del contenido** – La primera versión del instrumento de recolección de datos fue validada por enfermeras y docentes que actúan en la unidad de Clínica quirúrgica de HULW. El contenido del instrumento fue validado a través del índice de concordancia. Fueron considerados los ítem que presentaron índice de concordancia  $\geq 0,80$ . Después la validación, fue elaborada la segunda versión del instrumento. **4º Fase: Operacional del instrumento** – la segunda versión del instrumento fue aplicada por las enfermeras asistenciales de la clínica quirúrgica en clientes quirúrgicos, con la finalidad de verificar la viabilidad de la operación del mismo. Como resultado, se obtuvo un instrumento viable de ser aplicado al cliente quirúrgico. Después de la operación. Fue elaborado la versión final del instrumento y el guía instrumental. Se finaliza con la seguridad de que esta investigación contribuirá para la mejoría de la calidad de la asistencia de la enfermería de la clínica quirúrgica del HULW, que este instrumento sea utilizado en la docencia, mostrando a los discentes la importancia de la utilización de una práctica asistencial embasada en un referencial teórico y que sirva de parámetro para que otras instituciones de salud desarrollen su propio instrumento de recolección de datos.

**Palabras llaves:** Recolección de datos. Validación. Enfermería. Paciente quirúrgico.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1</b>	—	Percurso metodológico da pesquisa adaptado do modelo de Silva (2004).....	57
<b>FIGURA 2</b>	—	Etapas da primeira fase da pesquisa.....	58
<b>FIGURA 3</b>	—	Etapas da segunda fase da pesquisa.....	60
<b>QUADRO 1</b>	—	Distribuição dos indicadores empíricos nas fases pré e pós-operatórias com freqüência de surgimento maior ou igual a 50%.....	64
<b>QUADRO 2</b>	—	Distribuição dos indicadores empíricos nas fases pré e pós-operatórias com freqüência de surgimento menor que 50% .....	66
<b>FIGURA 4</b>	—	Etapas da terceira fase da pesquisa.....	68
<b>FIGURA 5</b>	—	Etapas da quarta fase da pesquisa.....	72

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
	Objetivos.....	23
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
<b>2.1</b>	<b>TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b> .....	25
<b>2.2</b>	<b>O CLIENTE CIRÚRGICO E AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b> .....	31
<b>3</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	55
<b>3.1</b>	<b>PRIMEIRA FASE: IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES EMPÍRICOS</b> .....	58
3.1.1	<i>Revisão da literatura</i> .....	58
3.1.2	<i>Estruturação dos indicadores e Resultados obtidos</i> .....	59
<b>3.2</b>	<b>SEGUNDA FASE: ESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO</b> .....	60
3.2.1	<i>Busca de instrumentos</i> .....	60
3.2.2	<i>Verificação dos indicadores</i> .....	61
3.2.3	<i>Resultado da Verificação dos indicadores</i> .....	63
<b>3.3</b>	<b>TERCEIRA FASE: VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO</b> .....	68
3.3.1	<i>Percurso da validação</i> .....	69
3.3.2	<i>Resultado da validação</i> .....	70
<b>3.4</b>	<b>QUARTA FASE: OPERACIONALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO</b> .....	72
3.4.1	<i>Passos iniciais da operacionalização</i> .....	73
3.4.2	<i>Achados da operacionalização</i> .....	74
3.4.3	<i>Versão final do instrumento de coleta de dados</i> .....	77
3.4.4	<i>Guia instrucional</i> .....	79
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	94



# *1. INTRODUÇÃO*

A Enfermagem é, simultaneamente, uma ciência e uma arte. Como ciência, baseia-se num amplo quadro teórico; como arte, depende da capacidade e perícia de cada enfermeira<sup>1</sup>. (DOENGES; MOORHOUSE, 1992). Durante muito tempo, ela baseou-se em ações empíricas e na autoridade de saberes dos profissionais com maior experiência clínica, resultando numa prática não-sistematizada, na qual o que importava era o volume de trabalho executado. A assistência de enfermagem focalizava tarefas julgadas importantes para o atendimento do cliente, sem considerar a individualidade deste e a adequação dos procedimentos executados a cada um (CAMPEDELLI et al., 1989; RIBEIRO; SARDENBERG; SARDENBERG, 2004).

Nos últimos tempos, a Enfermagem deixou de ser empírica e começou a se preocupar com uma prática baseada em princípios científicos, que possibilitasse uma assistência qualificada, voltada para o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade. Surgiu, então, o desafio da aplicação do Processo de Enfermagem (PE) como método sistematizado de prestação de cuidados humanizado e qualificado, fazendo com que a mesma evoluísse como profissão e ciência.

O uso do processo de enfermagem, de acordo com Iyer; Taptich e Bernocchi-Losey (1993), aumenta a satisfação e acentua o aperfeiçoamento profissional, evitando a monotonia que pode advir de uma prática repetitiva, voltada somente para a execução de tarefas. Para Alfaro-Lefevre (2005), o uso desse processo fornece os fundamentos para a aplicação das habilidades de pensamento crítico, necessárias ao exercício profissional, de maneira segura e eficiente; possibilita o cuidado humanizado, direcionado a resultados eficientes e de baixo custo; conduz as enfermeiras a, continuamente, examinarem a qualidade da assistência produzida e a analisarem, de forma crítica, como poderiam realizá-la

---

<sup>1</sup> Neste trabalho utilizaremos a forma feminina – enfermeira – pelo fato da grande maioria dos profissionais de enfermagem, ser do sexo feminino.

melhor; direciona os clientes para a busca da promoção da saúde, aumentando a autonomia das ações, a sensação de bem-estar e a capacidade funcional dos mesmos, independentemente da presença de alguma doença ou incapacidade.

Alfaro-Lefevre (2000) define o processo de enfermagem como um método sistematizado e humanizado de prestação de cuidados. É sistemático, por consistir em passos (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação); e humanizado, porque as ações são planejadas, levando-se em consideração os interesses, ideais e desejos do cliente, família e comunidade, no atendimento à saúde. Podemos acrescentar sua individualização, porque as necessidades são identificadas para cada cliente, família e comunidade.

Além de proporcionar uma assistência individualizada, possibilita uma maior interação da enfermeira com o cliente, a família, a comunidade e com a própria equipe de saúde, gerando um aspecto positivo para a melhoria da assistência Guimarães (1996 apud BARROS et al, 2002). Vale destacar a autonomia que a utilização desse método oferece a enfermeira, dando-lhe oportunidade de planejar ações escolhidas a partir das necessidades identificadas e do raciocínio clínico elaborado, culminando, conseqüentemente, com a implementação de cuidados independentes.

De acordo com Virgínio (2003), o processo de enfermagem permite o planejamento para o atendimento das necessidades específicas do cliente, com a participação do mesmo, sempre que possível.

Para que o processo de enfermagem possa ser aplicado, faz-se necessário que a enfermeira possua uma ampla base de conhecimentos, pensamento crítico, habilidades interpessoais, técnicas e desejo de cuidar, pois ela e sua equipe são responsáveis por atenderem às necessidades humanas básicas e prestarem cuidados para a promoção de saúde e conforto aos usuários dos seus serviços (ALFARO-LEFEVRE, 2005). É necessário também que ela tenha conhecimento de si própria, de modo que crenças, valores e julgamentos errôneos não possam interferir na operacionalização do processo assistencial. Portanto, a enfermeira deve primar por uma prática assistencial que lhe permita descobrir, compreender e atender o cliente quanto às necessidades afetadas, pois o sucesso do desempenho profissional depende da maneira como ela encara e assume o seu papel no processo de cuidar.

Em 1986, foi aprovada a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, nº 7498/86, que contempla, entre as atividades privativas da enfermeira, a consulta de enfermagem. Ressalta a importância do processo de enfermagem como meio de conferir qualidade na forma de assistir (RIBEIRO; SARDENBERG; SARDENBERG, 2004). A partir de então, esse processo tem sido alvo de diversos estudos e pesquisas com o intuito de efetivar a sua aplicabilidade na prática assistencial. Conforme Barros (1998 apud VIRGÍNIO, 2003), existe uma preocupação crescente no Brasil em assistir o cliente utilizando o processo de enfermagem. Nos últimos anos, este vem sendo adotado como metodologia assistencial, como forma de ordenar, programar, planejar e sistematizar as atividades da enfermeira. Além de conferir à profissão um caráter científico, ele contribui para uma melhor qualidade no processo de cuidar (BARROS, 1997).

A Resolução 272 do Conselho Federal de Enfermagem, de 27 de agosto de 2002 (COFEN, 2002), dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Em seus artigos segundo e terceiro, essa resolução determina a implantação da SAE em todas as instituições de saúde, públicas e privadas, e o registro formal das suas fases nos prontuários dos clientes. Embora em alguns hospitais do Brasil a SAE já houvesse sido implantada em todas as suas fases, após essa resolução intensificou-se o interesse dos profissionais de enfermagem para sua implantação.

Outro fato que possivelmente poderá contribuir para que a implementação do PE faça parte da rotina na assistência de enfermagem prestada nas instituições de saúde diz respeito à criação, pelo Ministério da Saúde, do programa brasileiro de Acreditação Hospitalar, através da Portaria GM/MS nº 1107, de 14 de junho de 1995. Nesse programa, os hospitais são qualificados em três níveis: o **nível 1** contempla as exigências mínimas relacionadas às normas legais do exercício profissional; o **nível 2** refere-se aos padrões de qualidade no atendimento; e o **nível 3** diz respeito aos padrões de excelência; logo as instituições buscam a melhoria da qualidade do atendimento através da sistematização na prestação da assistência (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002). Esse último nível, segundo Silva (2004), só será alcançado no momento em que os cuidados de enfermagem realizados pela equipe forem documentados através da implementação do processo de enfermagem, utilizando-se todas as etapas necessárias para, concretamente, alcançar padrões de excelência

quanto à qualidade da assistência prestada pelo serviço. Portanto, entende-se que a SAE tornou-se uma condição *sine qua non* para trilhar o caminho para alcançar um nível de assistência de enfermagem de qualidade e, conseqüentemente, para atingir o tão almejado padrão de excelência na prestação de serviços à clientela.

A importância e a necessidade de implantação do processo de enfermagem como estratégia de buscar uma maneira de cuidar de forma a trabalhar organizadamente, planejadamente e, acima de tudo, dando um caráter científico ao processo da assistência de enfermagem, motivaram e levaram a chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) a iniciar efetivamente a implantação do processo de enfermagem em todas as unidades de internação. Assim, elaborou-se em 1998, com a participação do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria (DESSP) e do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico e Administração (DEMCA), um projeto integrado de pesquisa e extensão com a finalidade de implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem para cliente hospitalizado. Esse projeto conta com o apoio do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, promovendo uma melhor interação das enfermeiras docentes e assistenciais.

Inicialmente, foram realizados cursos (treinamento) para as enfermeiras assistenciais, com a finalidade de aprofundar os conhecimentos referentes às etapas do PE, como também à atualização direcionada à prática do exame físico. Como elemento indispensável para a concretização desse projeto, o grupo definiu a teoria mais adequada, de acordo com a filosofia do hospital, para ser adotada como referencial no processo de cuidar. O modelo escolhido foi o das Necessidades Humanas Básicas, de Horta. A intenção desse projeto tem sido melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente internado e favorecer a prática das enfermeiras do hospital. Essa assistência deve ser baseada no atendimento das necessidades bio-psico-socio-espirituais afetadas do cliente considerando-o, desse modo, como um ser único e indivisível.

O referido projeto teve como ponto inicial a implementação do processo de enfermagem na Clínica Médica, com a utilização de todas as suas etapas. Essa unidade foi escolhida em virtude de ela já desenvolver três etapas: histórico,

prescrição e evolução de enfermagem. Além desta, a perspectiva é implantar a SAE nas demais unidades de internação do hospital (NÓBREGA et al., 1998).

Como parte desse processo de mudança, e compreendendo a necessidade de modificar a forma de assistir nossa clientela, busquei, enquanto profissional da área, participar dos cursos com o objetivo de aprofundar meus conhecimentos em relação à temática e adquirir subsídios para implantar a SAE na clínica cirúrgica.

A necessidade emergente de contribuir com a implantação da SAE na clínica cirúrgica nasceu concomitante com a perspectiva de ingressar no mestrado; de forma que a idéia se transformou em objeto de estudo para a realização da presente pesquisa. A sua relevância está na mudança da forma de assistência ao cliente em tratamento cirúrgico identificando-se suas necessidades individuais.

Também podemos destacar a relevância científica do estudo quando trata da integração da prática com o conhecimento científico e social. Prática, através dos modelos que dão sentidos e fundamentam as atitudes assistenciais dos profissionais; e científica e social, não só pela relação estabelecida entre os profissionais, clientes e familiares, como também pela indissociabilidade dos fatores que concorrem para configuração dos papéis profissionais, a partir de sua utilização como modelo na academia.

O fato de vivenciar-se ao longo de vários anos o atendimento de clientes nas fases pré e pós-operatórias fez com que diversos problemas fossem observados. Entre muitos, podem-se destacar: a não identificação de algumas necessidades; falta de uma avaliação conjunta das respostas do cliente a um problema identificado; ações implementadas de forma isolada (resposta imediata à apresentação de um sintoma); subvalorização de dados importantes durante a admissão do cliente na clínica, devido a esta ser realizada sem a utilização de um roteiro. Assim sendo, a falta de um guia que oriente a coleta de dados interfere substancialmente na qualidade dos dados colhidos, de forma que os prejuízos incidem diretamente no produto final: a qualidade da assistência.

Para Norat (1996), a inexistência de um modelo padronizado de instrumento para a enfermeira levantar dados sobre as necessidades do cliente

cirúrgico dificulta o planejamento dos cuidados de enfermagem, bem como a compreensão do cliente acerca do seu tratamento cirúrgico.

Portanto, diante dos problemas identificados, decidiu-se iniciar o processo de implantação da SAE na referida clínica pela construção de um instrumento de coleta de dados que atendesse às necessidades do cliente cirúrgico nas fases pré e pós-operatória (a exclusão da fase trans-operatória justifica-se em virtude da existência de um instrumento de coleta de dados que identifica as necessidades do cliente nessa fase). Sendo assim, a construção desse instrumento certamente contribuirá para que as enfermeiras exercitem a observação sistemática, identificando e registrando os indicadores que refletirão os possíveis diagnósticos de enfermagem e possibilitarão a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), uma vez que disporão de um instrumento construído e testado, de acordo com as necessidades identificadas nos clientes nas fases pré e pós-operatória. Deve-se lembrar a importância de se ter um instrumento de coleta de dados que atenda às especificidades da clientela assistida.

Além das inúmeras vantagens que se podem encontrar com a implantação da SAE, torna-se pertinente enfatizar a visibilidade do papel dos profissionais de enfermagem diante da equipe de saúde. Estes deixarão de ser vistos como meros executores de tarefas; passarão a ser agentes responsáveis pelas intervenções independentes, interferindo ativamente nos resultados do processo de cuidar.

De acordo com Galvão; Sawada e Rossi (2002), a complexidade de ações do cliente cirúrgico justifica a implantação da SAE como metodologia assistencial para a realização dos cuidados de enfermagem, necessários para esse cliente.

O cliente cirúrgico encontra-se numa situação de conflito, decorrente da incerteza, medo do desconhecido e da falta de confiança acerca do ato cirúrgico, necessitando de apoio e amparo para solucionar seus problemas (NORAT, 1996). Corroborando a opinião da autora, Galvão; Sawada e Rossi (2002); Santos e Luís (2002); Flório e Galvão (2003) referem que a hospitalização em si já torna o cliente vulnerável e, quando esta tem o objetivo de realização de procedimento cirúrgico, por mais simples que seja, causa-lhe ansiedade por acarretar mudanças no estilo de vida e incerteza do que lhe ocorrerá durante e após o procedimento, além das

preocupações que pode haver em relação à responsabilidade familiar e problemas financeiros.

Volta-se a afirmar que o cliente cirúrgico possui características específicas, assim, entende-se que a SAE possibilitará a melhoria da qualidade da assistência prestada a ele por esta tornar-se um processo individualizado, planejado, avaliado e, principalmente, contínuo, abrangendo o período perioperatório da sua experiência cirúrgica e proporcionando intervenções de enfermagem que atendam às suas reais necessidades (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Para Ferraz (1997 apud RIBEIRO et al., 1999), a aplicação da SAEP é uma forma de humanizar a assistência, preconizando um tratamento individualizado, holístico, continuado, documentado e avaliado. Nessa mesma linha de pensamento, Okamura e Azuma (1999) referem que, para uma assistência diferenciada, é necessário aprender a ouvir, pois esse ato é tão importante quanto orientar e passar informações técnicas. O processo de enfermagem permite que a enfermeira aprenda a ouvir o cliente mais atentamente, observando seu lado bio-psico-social.

Além das inúmeras vantagens enfocadas, Timby (2001) afirma que, ao se colocar em prática o processo de enfermagem, os clientes recebem uma assistência qualificada, num tempo mínimo e com uma maior eficiência. Por esse motivo, torna-se imprescindível à enfermeira identificar as necessidades humanas básicas desses clientes, de modo a refletir e decidir por ações que possam minimizar ou resolver os problemas através de um planejamento sistemático. Segundo Galdeano e Rossi (2002), em se tratando do cliente cirúrgico, as necessidades afetadas no pré e trans-operatório refletem na sua recuperação, ou seja, no pós-operatório.

Conforme Oliveira (1990 apud GALDEANO; ROSSI, 2002), a utilização de um instrumento de coleta de dados permite a identificação dessas necessidades e estabelece um fluxo de comunicação entre as enfermeiras da clínica cirúrgica e do centro cirúrgico, garantindo a continuidade da assistência nos períodos pré, trans e pós-operatório.

Considerando-se que a primeira etapa para o processo de enfermagem é a identificação dos problemas através da coleta de dados, tendo como base de dados o histórico de enfermagem (ATKINSON; MURRAY, 1989); e que a clínica cirúrgica não dispõe de um instrumento de coleta de dados que atenda às

especificidades do cliente cirúrgico, decidiu-se pela construção e validação desse instrumento.

Barros (2002) refere que, tendo-se um instrumento específico, este garantirá uma visão holística do cliente cirúrgico, possibilitando a aplicação de uma assistência sistematizada, que pode ser estendida tanto para o ensino quanto para a pesquisa.

Segundo a mesma autora, a construção de um instrumento para a coleta de dados é um processo dinâmico, devendo-se levar em consideração a filosofia do hospital, as características da clientela, as necessidades da equipe de enfermagem e as mudanças em relação à informatização adotada pela instituição hospitalar.

Sendo assim, a construção desse instrumento proporcionará uma assistência planejada a partir de problemas identificados, que serão relacionados através de um raciocínio clínico, culminando em ações eficazes na resolução dos mesmos.

A identificação dos dados através do Histórico de Enfermagem também possibilitará as enfermeiras da clínica cirúrgica atender às necessidades do cliente enquanto um ser único, que se submeterá, ou submeteu-se, a uma intervenção cirúrgica. As informações contidas nesse histórico de enfermagem correspondem ao ponto de partida para a elaboração das intervenções de enfermagem (MEEKER; ROTHROCK, 1997; GOMES, 1998).

O presente estudo contribuirá para que as enfermeiras, através do instrumento de coleta de dados construído, conheçam as necessidades individuais de cada cliente cirúrgico, fazendo com que possam planejar uma assistência mais precisa, real, consciente, por ter partido da identificação dos problemas. Contribuirá de forma efetiva na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando e protegendo o cliente de ações repetitivas, negligenciadas pela falta de necessidades identificadas; e contribuirá para que as ações de enfermagem sejam documentadas, transparentes, reconhecidas e valorizadas, uma vez que as decisões estarão pautadas em conhecimentos científicos.

Pode-se afirmar que a Enfermagem poderá efetivamente mostrar nos registros o importante papel que desempenha na promoção, prevenção e recuperação da saúde da clientela.

Diante da importância da SAE na prática assistencial das enfermeiras da clínica cirúrgica e as necessidades prementes da elaboração dessa sistematização, o presente estudo tem como objetivos:

**Geral:**

- Construir um instrumento de coleta de dados para indivíduos adultos atendidos na unidade de clínica cirúrgica do HULW, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta.

**Específicos:**

- Identificar as Necessidades Humanas Básicas em clientes internados na unidade de clínica cirúrgica, nas fases pré e pós-operatória.
- Estruturar o instrumento de coleta de dados com base nos indicadores identificados.
- Validar o instrumento de coleta de dados com enfermeiras assistenciais da Clínica Cirúrgica do HULW e docentes da disciplina Enfermagem Cirúrgica.
- Verificar a operacionalização do instrumento de coleta de dados em clientes adultos, na unidade de clínica cirúrgica, através de sua aplicação.

## *2.REFERÊNICAL TEÓRICO*

A busca dos profissionais de enfermagem pela construção de um conhecimento específico, que norteasse a prática assistencial e lhes desse, entre outros aspectos, autonomia profissional, fez com que, na década de 1950, surgissem as teorias de enfermagem.

A conscientização desses profissionais - de realizarem uma assistência de forma sistematizada - tem contribuído para o uso de uma metodologia científica baseada em teorias ou modelos assistenciais, proporcionando, com isso, maior segurança à sua equipe na prestação dos cuidados.

Neste estudo, utilizaremos a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, por esta atender às necessidades do cliente cirúrgico durante todo o perioperatório e ser o referencial utilizado no projeto de sistematização do HULW. Entendemos que a utilização dessa teoria para a construção do instrumento de coleta de dados, baseado nas necessidades do cliente cirúrgico, facilitará a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória de forma individualizada, uma vez que irá atender às reais necessidades destes.

## **2.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANA BÁSICAS**

Wanda de Aguiar Horta sempre se preocupou com a forma como os profissionais de enfermagem desenvolviam suas atividades e com o rumo que a Enfermagem deveria tomar: desenvolver-se como ciência ou como mera executora de ações médicas?

Diante disso, Horta passou a registrar sua preocupação através de publicações em forma de artigos, apontando como estava sendo realizada a

assistência de enfermagem e como as enfermeiras poderiam melhorar a qualidade dessa assistência (NEGREIROS, 2005).

Devido a sua preocupação em estabelecer a Enfermagem como ciência, Wanda apresentou, no XXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1970, o trabalho intitulado **Contribuição a uma teoria de enfermagem**, o qual apresentava as primeiras idéias de sua teoria. Esta sugeria a implantação da sistematização da assistência de enfermagem como forma de organizar o conhecimento e o trabalho da Enfermagem. Em seu trabalho, a autora procurou “explicar a natureza da Enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia”, estabelecendo-a como ciência (HORTA, 1970; HORTA, 1979, p. 27).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi apresentada por Horta no I Congresso Nacional de Enfermagem, em 1973, realizado em Lisboa (HORTA, 1975b). Sua teoria foi difundida em todo o Brasil e adotada como guia norteador da prática assistencial; e foi amplamente utilizada nos cursos de graduação e pós-graduação das universidades brasileiras.

Discorrendo sobre a teoria, iniciamos com o pensamento da autora de que nenhuma ciência sobrevive sem filosofia; assim, ela distingue três seres na Enfermagem: o **Ser-Enfermeiro**, ser humano com todas as suas características, comprometido com a profissão e capacitado para cuidar do outro, ou seja, “gente que cuida de gente”; o **Ser-Cliente**, “ser humano que necessita de cuidados de outros seres humanos”; e o **Ser-Enfermagem**, “ser abstrato”, que existe quando há interação entre o ser-enfermeiro e o ser-cliente, ou seja, são as experiências vividas pela enfermeira diante dessa interação, que é única para cada cliente (HORTA, 1979, p. 3).

A teoria de Horta é apoiada nas leis que regem o universo, que são: a **Lei do Equilíbrio** (homeostase ou homeodinâmica), que compreende o ser humano como parte integrante do universo; a **Lei da Adaptação**, segundo a qual o ser humano se adapta ao meio buscando o equilíbrio; e a **Lei do Holismo**, segundo a qual o ser humano integra-se ao universo como um todo unificado e dinâmico (LEOPARDI, 1999).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta, sofreu influência de várias teorias, como a teoria Homeostática, Holística e da Adaptação; mas foi a

Teoria da Motivação, de Maslow, que serviu de base para o seu desenvolvimento. Para Maslow, o cliente sempre terá uma necessidade para ser suprida. Essas necessidades são apresentadas na sua teoria hierarquicamente, em forma de pirâmide, tendo na sua base as necessidades fisiológicas, seguidas das necessidades de: segurança, relacionamento social, amor e estima; e, no ápice, a necessidade de auto-realização (HORTA, 1979; SERRANO, 2003).

Apesar de Horta basear-se na teoria de Maslow, preferiu utilizar na sua teoria a denominação de João Mohana dos níveis de vida psíquica, agrupando as necessidades humanas básicas em: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Ela classificou como **necessidades psicobiológicas** as necessidades de: oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividade física; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo-mucosa; integridade física; regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica; crescimento celular; vascular; locomoção; percepção; ambiente; terapêutica. Como **psicossociais**, as necessidades de: segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem; gregária; recreação; lazer; espaço; orientação no tempo e no espaço; aceitação; auto-realização; auto-estima; participação; auto-imagem e atenção. Por fim, as **necessidades psicoespirituais**, como: religiosa ou teológica; ética ou de filosofia da vida (HORTA, 1979).

Para fundamentar a ciência da Enfermagem, a autora elaborou conceitos, princípios e proposições. Iniciou conceituando **Enfermagem** como sendo “a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais” (HORTA, 1979, p. 29).

**Ser humano** é definido por ela como “parte integrante do universo dinâmico, sujeito a todas as leis que o regem no tempo e no espaço”, ou seja, o indivíduo interage com o universo sofrendo mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Para Horta, “estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço” é estar com **saúde**. “Universo dinâmico” é o **ambiente** no qual o indivíduo está inserido (HORTA, 1979, p. 28-29).

Além desses conceitos, Horta definiu o elemento principal de sua teoria - as **necessidades humanas básicas** - como “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”; esses são universais e diferentes de um indivíduo para outro (HORTA, 1975a, p.266). Para ela, as necessidades do indivíduo são manifestadas por sinais e sintomas, os quais denominou de **problemas de enfermagem**, que são “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade e que exigem do enfermeiro sua assistência profissional” (HORTA, 1979, p. 39).

Tendo a enfermeira o objetivo de assistir o ser humano nas suas necessidades, a autora (1979, p.39) define **assistir, em enfermagem**, como sendo “fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais”.

A partir desses conceitos, foram elaborados proposições e princípios para guiar as ações de enfermagem. A primeira proposição considerou três áreas de ação para a enfermeira: a) **área específica**, cuja função é assistir o ser humano no atendimento das necessidades; b) **área de interdependência**, que atua na manutenção, promoção e recuperação da saúde; c) **área social**, que atua a serviço da comunidade, na pesquisa, no ensino, na associação de classe. A segunda proposição compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram suas manifestações e da assistência a ser prestada (HORTA, 1979).

Alguns dos princípios elencados por Horta (1979) foram: a Enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano; a assistência é prestada ao indivíduo e não à doença; todo cuidado é preventivo, curativo e de reabilitação; o ser humano é reconhecido como membro da família, da comunidade e como sujeito participante do seu autocuidado.

Para atender às necessidades do ser humano, era necessário operacionalizar a teoria através da implantação de ações que utilizassem o método científico; a autora então, apresentou o **processo de enfermagem** como sendo “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano” (HORTA, 1979, p. 35).

O processo de enfermagem apresentado pela autora consta de seis fases inter-relacionadas, que têm como centro da assistência o indivíduo, a família e a comunidade. Essas fases são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico.

O **histórico de enfermagem** é o “roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas”, é o primeiro passo do processo; deve ser conciso, sem repetições, claro, preciso e conter informações que permitam cuidados imediatos, além de ser individual (HORTA, 1979, p. 41).

A realização do histórico de enfermagem é de responsabilidade da enfermeira; deve ser feita de preferência na admissão do cliente, utilizando as técnicas de entrevista com o cliente e familiares, observação e do exame físico para a coleta de dados.

Alguns fatores interferem na realização do histórico. Segundo Horta (1979), estes consistem em: fatores relacionados ao cliente (como condição ou estado geral, idade, sexo, cultura, escolaridade, etc); relacionados ao profissional (autoconhecimento, preparo e o tempo disponível para preenchimento do histórico); relacionados à instituição (filosofia da mesma e do serviço de enfermagem, e a quantidade e qualidade do pessoal).

Para Horta (1979, p. 43), o histórico permite a “interação enfermeiro-cliente; conduz ao diagnóstico de enfermagem; determina prioridades, orientações e observações”. Com sua aplicação, o cuidado deixa de ser empírico para se tornar científico, uma vez que será orientado no levantamento de dados e no conhecimento da problemática do cliente.

Horta (1979) aplicou o histórico de enfermagem junto com seus alunos, pela primeira vez em 1965, com o nome de anamnese de enfermagem. Com a sua aplicação, observou-se a necessidade de coletar novos dados; então a autora chegou a elaborar três modelos, sendo o último resultado de um grupo de estudos de docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O modelo completo continha doze páginas.

Atualmente, o histórico de enfermagem tem sido bastante discutido e adaptado às realidades investigadas. Sua construção é fruto de estudos com a finalidade de implantá-lo como instrumento indispensável na prática assistencial. Ele tem ficado cada vez mais específico, proporcionando o direcionamento do cuidado e assistência individualizada (SILVA, 2004).

O segundo passo do processo é o **diagnóstico de enfermagem**, definido por Horta (1979, p. 58) como “identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão”.

O **plano assistencial** é “resultante da análise do diagnóstico de enfermagem, examinando-se o problema de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência” (HORTA, 1979, p. 65).

O **plano de cuidado ou prescrição de enfermagem**, quarta fase, “é o roteiro diário que coordena as ações da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano” (HORTA, 1979, p. 66).

A **evolução de enfermagem** é o relatório diário das mudanças do cliente enquanto este estiver sob cuidados profissionais; consiste numa avaliação do plano de cuidados estabelecido para o cliente (HORTA, 1979).

O **prognóstico de enfermagem** “é a estimativa da capacidade do ser humano em atender as suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem” (HORTA, 1979, p. 68).

A aplicação do processo de enfermagem contribui para a ciência da Enfermagem e nos permite realizar uma assistência individualizada de acordo com as necessidades do cliente e priorizar os cuidados, contribuindo assim para seu melhor restabelecimento.

## 2. 2 O CLIENTE CIRÚRGICO E AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Quando o cliente é informado da necessidade de realizar um procedimento cirúrgico, por menor que seja, esse procedimento resulta em alterações orgânicas e emocionais no indivíduo, decorrentes de mudanças que poderão ocorrer no estilo de vida ou mesmo do próprio risco à vida. Essas alterações vão refletir no equilíbrio de suas necessidades humanas básicas, levando-o a apresentar características específicas decorrentes da própria complexidade do processo cirúrgico.

Para que as necessidades do cliente cirúrgico sejam atendidas, é necessário que este seja visto como um todo, único e indivisível e não apenas como parte da cirurgia à qual se submeteu ou irá submeter-se. Suas necessidades estão interligadas e fazem parte do ser humano como um todo; e o comprometimento de qualquer uma das necessidades, conseqüentemente, afetará as demais (HORTA, 1975a; PITREZ; PIONER, 2003a).

Apesar de todas as necessidades humanas básicas estarem inter-relacionadas, elas diferem de cliente para cliente quanto à forma de se manifestar, decorrente da própria condição fisiológica do mesmo, das crenças religiosas e da própria reação deste frente à situação em que se encontra. Diante disso, apresentaremos a seguir as necessidades humanas básicas (NHB) apresentadas por Horta e sua relação com o cliente cirúrgico. Para uma melhor apresentação dessas necessidades seguimos a classificação das NHB de Horta apresentada por Benedet e Bub (2001).

### ***Necessidades Psicobiológicas:***

Horta (1979, p. 40) define a *Necessidade de Oxigenação* como sendo “o processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxi-redução das atividades vitais”.

Essa necessidade é considerada como essencial para a sobrevivência humana. No cliente cirúrgico a oxigenação pode ser afetada devido ao alto risco de este apresentar complicações respiratórias, decorrentes do efeito de certas

medicações anestésicas que podem desenvolver depressão respiratória (ATKINSON; MURRAY, 1989; ODON, 1997; POTTER; PERRY, 1999).

Uma das complicações que esse cliente pode apresentar é a hipoxemia definida por Hoffer (1997, p. 165) como “oxigenação inadequada do sangue ou uma diminuição do conteúdo arterial de oxigênio”. O autor refere ainda que clientes idosos, obesos, tabagistas ou que já apresentam doenças pulmonares pré-existentes possuem maior risco de desenvolverem, no pós-operatório, complicações pulmonares.

A atelectasia é uma complicação respiratória comum nos clientes submetidos à cirurgia abdominal; apresenta febre nas primeiras 48 horas pós-operatória, principalmente quando os mesmos são submetidos à anestesia geral, devido à desidratação do ar das vias aéreas provocada pelos gases anestésicos, ocasionando a diminuição da atividade ciliar e o acúmulo de secreções brônquicas.

Geralmente a dor pós-operatória, o resíduo das drogas anestésicas e dos relaxantes musculares contribuem para que o cliente cirúrgico tussa de maneira ineficaz, favorecendo o acúmulo de secreções nos brônquios provocando hipoventilação, o que contribui para a instalação da atelectasia. Uma das maneiras de prevenir é estimular o cliente no pós-operatório a mobilização precoce, mudança de decúbito e a tossir eficazmente para promover a liberação de secreções (PELLEGRINE, 1993; LEMCHEN; IRIGARAY, 2003).

Em relação aos clientes cirúrgicos idosos, estes já são mais susceptíveis a complicações respiratórias por apresentarem alterações orgânicas, como perda da elasticidade dos pulmões e enfraquecimento dos músculos que participam do processo de expiração e inspiração, decorrentes do processo de envelhecimento (MECKES, 1997).

#### *Necessidade Neurológica*

“É a necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento (ATKINSON; MURRAY, 1989 apud BENEDET; BUB, 2001, p.62)”.

O cliente cirúrgico pode apresentar alterações afetivas ou cognitivas manifestadas através da desorientação, agitação, déficit de memória, depressão, entre outros; decorrentes do estresse ocasionado pelo próprio ato cirúrgico, de medicamentos utilizados para anestesia e alívio da dor, ou mesmo da própria dor. Os idosos e os clientes que apresentam dependência química ou distúrbios psiquiátricos têm maior probabilidade de desenvolver alterações neurológicas no pós-operatório. Essas alterações podem variar desde uma discreta confusão mental até o quadro de delírio total, desencadeando no cliente comportamento irracional, desorientação e alucinações (DAYTON, 2005).

Uma complicação comum nos clientes que apresentam dependência química é o ***delirium tremens*** desencadeado pela síndrome da abstinência durante o período de recuperação cirúrgica (SMELTZER; BARE, 1993).

#### *Necessidade de Regulação Vascular*

Conforme Guyton; Hall (2000 apud BENEDET; BUB, 2001, p.78), é a “necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais a sobrevivência do organismo”.

O cliente submetido a um procedimento cirúrgico pode apresentar, principalmente no pós-operatório imediato, alterações no sistema cardiovascular decorrentes da perda sanguínea durante o ato cirúrgico, do efeito das drogas anestésicas, do desequilíbrio hidroeletrólítico ou mesmo ocasionado pela depressão do mecanismo de regulação circulatória (POTTER; PERRY, 2005).

Uma complicação comum neste tipo de cliente é a ***hemorragia***, caracterizada pela perda de sangue. Essa perda pode ser *primária*, quando ocorre no momento da cirurgia; *intermediária*, ocorre nas primeiras horas após o procedimento cirúrgico; e *secundária*, ocorre no pós-operatório tardio decorrente do rompimento da sutura ou erosão do vaso. Quando ocorre hemorragia, o cliente apresenta hipotensão, taquicardia, taquipnéia, pulso filiforme, pele fria, úmida e pegajosa além de agitação (SMELTZER; BARE, 1993; POTTER; PERRY, 2005).

Podem apresentar, ainda, hipotensão ou hipertensão, tendo em vista a pressão sanguínea refletir a relação entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica. Considera-se **hipotensão** quando o cliente apresenta pressão arterial menor que 20% do nível basal ou do valor aferido no pré-operatório. Pode ser decorrente de hemorragias, tamponamento cardíaco, infarto do miocárdio, disfunção valvar ou do efeito das drogas depressoras do miocárdio, que diminuam o débito cardíaco (HOFFER, 1997; ODON, 1997).

Sintomas como dor, ansiedade, hipotermia, hipoxemia, distensão vesical levam o cliente cirúrgico a apresentar hipertensão – pressão arterial maior que 20% do nível basal ou da última aferição do pré-operatório – provocada pelo aumento da resistência vascular periférica (HOFFER, 1997; ODON, 1997).

Outras alterações cardiovasculares que esse cliente pode apresentar são as disritmias cardíacas desencadeadas por hipoxemia, alterações da temperatura corporal, estimulação vagal, ansiedade e ação das drogas anestésicas, levando o cliente a apresentar uma frequência cardíaca maior que 100 bpm ou menor que 60 bpm (ODON, 1997).

Os clientes com idade acima de 40 anos e os idosos, que se submetem a procedimento cirúrgico e aqueles submetidos a cirurgias ortopédicas, urológicas – como a prostatectomia transuretral –, apresentam maior risco de desenvolverem **trombose venosa profunda (TVP)** – inflamação venosa associada à coagulação do sangue, provocada por lesão venosa devido a ataduras; hemoconcentração, retardo do fluxo sanguíneo das extremidades, entre outros (SMELTZER; BARE, 1993).

#### *Necessidade de Nutrição*

Essa necessidade é definida por Benedet e Bub (2001, p.88), como “necessidade do indivíduo obter alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida”.

Lesões da boca e gengivas; doenças como câncer de boca e esôfago; náuseas e vômitos são algumas condições que interferem na ingestão alimentar, podendo levar o cliente a apresentar muitas vezes déficit nutricional em decorrência de uma alimentação insuficiente ou inadequada (SMELTZER; BARE, 2002).

No cliente cirúrgico, esses déficits devem ser corrigidos, quando possível, ainda no período pré-operatório, pois o mesmo necessitará de 1500kcal/dia para manter suas reservas energéticas no período pós-operatório, e estas dependerão do fornecimento adequado de nutrientes. A ingestão adequada de nutrientes, seja por via oral, endovenosa ou por sonda, tem a finalidade de suprir as necessidades protéico-calóricas necessárias para a recuperação dos tecidos lesados e do próprio cliente (ATKINSON; MURRAY, 1989; POTTER; PERRY, 2005).

A suspensão da ingestão alimentar geralmente ocorre por um período de oito horas antes do procedimento cirúrgico, e seu retorno ocorre assim que cessar o efeito da anestesia nas cirurgias que não envolvem o trato gastrointestinal. Porém essa suspensão pode apresentar períodos variados dependendo do tipo da cirurgia a ser realizada e das condições clínicas do cliente (ATKINSON; MURRAY, 1989; POTTER; PERRY, 2005).

Quando o cliente cirúrgico encontra-se desnutrido, irá responder à agressão cirúrgica de forma inadequada. Devido ao déficit de proteínas e outros micronutrientes, ele pode apresentar cicatrização inadequada da ferida operatória, depleção da reserva energética, aumento das taxas de infecção e morbimortalidade (PITREZ; PIONER; KISS, 2003).

Por outro lado, a obesidade também aumenta os riscos de o cliente desenvolver complicações pós-operatórias, principalmente em relação à cicatrização da ferida cirúrgica, tendo em vista que a grande camada de tecido adiposo é pouco vascularizada, levando a alterações na resposta inflamatória; o que resultará numa cicatrização inadequada, podendo apresentar infecção, deiscência, entre outras complicações (POTTER; PERRY, 2005; PENICHE et al., 2006).

#### *Necessidade de Hidratação e de Regulação Hidrossalina e Eletrolítica*

Segundo Benedet e Bub (2001, p. 85), a *Hidratação* é a “necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal”. Potter e Perry (2005, p. 801) referem que a *Regulação Hidrossalina e Eletrolítica* é a “necessidade de manter o equilíbrio entre a capacidade funcional de todos os órgãos e os sistemas do corpo” e

que a manutenção desse equilíbrio dependerá da ingestão e eliminação de líquidos e eletrólitos pelo organismo.

O ser humano possui cerca de 45 a 60% do seu peso corporal constituído de água. Essa quantidade sofre alterações de acordo com a idade, sexo, gordura, massa muscular, entre outros. Exemplificando, os idosos apresentam um percentil menor de água corporal em relação ao adulto jovem, devido ao aumento de tecido adiposo e diminuição da sua massa muscular (HUMPHREYS, 1993; SMELTZER; BARE, 1993).

A água total do corpo humano é dividida em dois compartimentos, contendo o líquido intracelular (LIC) e o extracelular (LEC). Esses líquidos possuem em sua composição sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloretos, bicarbonatos e fosfatos; eletrólitos indispensáveis para a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e metabólico. O potássio é o principal eletrólito do LIC; e o sódio, do LEC (MULLINS, 2005; POTTER; PERRY, 2005).

Os líquidos entram no organismo do ser humano por meio dos alimentos e da própria ingestão hídrica e são eliminados pelos rins, pulmões, pele e pelo trato gastrointestinal. O ser humano mantém-se hidratado quando consegue equilibrar a entrada e saída desses líquidos no organismo. Esse mecanismo é controlado pelo hipotálamo, centro regulador da sede, o qual é ativado ou estimulado decorrente da necessidade hídrica do indivíduo. Algumas situações como o medo, estresse, elevações da temperatura favorecem o aumento dessa necessidade (ATKINSON; MURRAY, 1989; SMELTZER; BARE, 1993; POTTER; PERRY, 1999).

Reportando-se ao cliente cirúrgico, este está sujeito a apresentar alterações do volume hídrico e eletrolítico decorrente da reação do organismo ocasionado pelo estresse do trauma cirúrgico. O ato cirúrgico leva o cliente a apresentar perda ou retenção de líquidos e eletrólitos, geralmente associada à presença de drenos, secreções, hemorragias, resultando no desequilíbrio hidroeletrolítico que pode se instalar num período compreendido entre 42 e 72 horas após a cirurgia. Esses distúrbios comprometem as funções fisiológicas do cliente. Portanto deve-se estar atento para sintomas que possam indicar a instalação desses distúrbios no cliente cirúrgico (POTTER; PERRY, 2005).

Segundo Humphreys (1993); Serra e Parvis (2003); Mullins (2005), os distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico mais presentes nesses clientes são: **desidratação** caracterizada pela perda excessiva de água e eletrólitos decorrente de hemorragias; do aumento da permeabilidade capilar, devido ao trauma tecidual; e das perdas do trato gastrointestinal ocasionadas por vômitos, diarreias, fístulas, e sonda nasogástrica. A **hiperhidratação** é caracterizada pelo excesso de volume de líquidos nos compartimentos do organismo, proveniente da liberação do hormônio antidiurético, decorrente da anestesia e do estresse cirúrgico. Esse hormônio promove a conservação da água pelos rins e sua liberação aumenta as retenções hídricas, que geralmente é manifestada pela presença de edema do sacro e extremidades, distensão da veia jugular, aumento do peso corporal e da pressão venosa central.

Outro distúrbio é a **hiponatremia** (diminuição do nível de sódio abaixo de 135mEq/l), causada pela perda excessiva de líquidos através de vômitos, sonda nasogástrica e fístulas. Essa perda pode desencadear no cliente sintomas, como mal estar, náuseas, letargias, câimbras musculares, cefaléia, confusão mental, obnubilação, delírio, convulsões, podendo levar a lesões neurológicas permanentes caso não seja detectada e tratada precocemente. A diminuição de potássio chamada de **hipopotassemia** é um dos distúrbios mais comum nos clientes submetidos à cirurgia do trato gastrointestinal e uma das complicações, decorrente dessa diminuição que o cliente cirúrgico pode desenvolver no pós-operatório: os chamados íleo paráliticos, conseqüentes da elevação da eliminação de potássio pelo catabolismo protéico.

A **hipocalcemia** (diminuição do cálcio) é um distúrbio raro nos clientes cirúrgicos, porém, como a manutenção da concentração de cálcio no organismo é mantida também pelos hormônios paratireoidianos, os clientes submetidos a cirurgias da tireóide e paratireóide podem apresentar esse distúrbio, que geralmente é caracterizado pela presença de câimbras musculares, hiperatividade de reflexos tendinosos profundos, espasmos carpopedal, tetania e convulsões.

Portanto, diante do risco de o cliente cirúrgico apresentar distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico, a Enfermagem deve estar atenta para sinais e sintomas que possam indicar alterações hidroeletrólíticas, bem como para o controle das infusões endovenosas, que geralmente são a única fonte de reposição hídrica e

eletrolítica no pós-operatório. As infusões endovenosas além de repor as perdas hídricas têm também a finalidade de corrigir as perdas eletrolíticas (ATKINSON; MURRAY, 1989; POTTER; PERRY, 1999; PITREZ; PIONER, 2003b).

### *Necessidade de Eliminação*

Segundo Benedet e Bub (2001, p. 95), “é a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas [...]”.

O cliente cirúrgico pode apresentar várias formas de eliminar substâncias do organismo como, por exemplo, através de vômitos, drenos, diurese, evacuações, entre outros. Porém as substâncias indesejáveis do organismo são eliminadas principalmente pelo trato urinário e digestivo. Esses sistemas podem apresentar alterações decorrentes do estresse e do uso de medicamentos anestésicos e analgésicos que provocam redução do débito urinário e do peristaltismo intestinal resultando em complicações vistas normalmente no pós-operatório.

Dentre as complicações do trato urinário, podemos citar a **retenção urinária** que é um problema comum nos clientes que se submetem a cirurgias pélvicas, perineais e anoretais. Neste caso, o cliente não consegue apresentar micção espontânea por um período de seis a sete horas, podendo ser aliviado pelo cateterismo vesical; evitando-se, portanto, a distensão vesical, sintoma comum evidenciado pelo abaulamento na região pubiana, nos clientes com retenção urinária (DAYTON, 2005; POTTER; PERRY, 2005).

Quando a bexiga concentra um volume de diurese maior que 200 ou 400ml, terminações nervosas estimulam a musculatura vesical, que contrai o músculo destrusor, elevando com isso a pressão intravesical e provocando, ao mesmo tempo, o relaxamento do esfíncter uretral externo; o que promove o esvaziamento da bexiga através da eliminação da diurese (ATKINSON; MURRAY, 1989; SMELTZER; BARE, 1993). No entanto, devido ao uso dos anestésicos e medicamentos para sedação pós-operatória, esses estímulos encontram-se diminuídos, portanto não ocorre a contração do músculo destrusor e nem o relaxamento do esfíncter, impossibilitando o relaxamento da bexiga; o que resulta na retenção urinária (LEMCHEN; IRIGARAY, 2003).

Nos casos graves de retenção, o cliente pode conter na bexiga um volume de 2000 a 3000ml de diurese e apresentar uma retenção com transbordamento, caracterizada pela eliminação involuntária de pequena quantidade de diurese duas ou três vezes por hora. No entanto, continua apresentando sensação de desconforto, peso e dor na região suprapúbica, pois não consegue esvaziar completamente a bexiga, sendo necessária a realização do cateterismo vesical (POTTER; PERRY, 2005).

Em relação ao trato gastrointestinal, a peristalse pode estar diminuída ou ausente devido ao efeito dos anestésicos, manuseio das alças intestinais durante o procedimento cirúrgico envolvendo a cavidade abdominal e pela imobilização do cliente. Esses fatores podem levar o cliente a apresentar os chamados íleo paralíticos, caracterizados pela ausência da peristalse intestinal e elevação da eliminação de potássio. Este pode apresentar ainda distensão abdominal devido ao acúmulo de gases na parede intestinal, náuseas, vômitos, respiração superficial provocada pela compressão do diafragma. Geralmente, o retorno do movimento peristáltico ocorre num período de 24 a 48 horas pós-operatórias para cirurgias que envolvem o intestino delgado e região gástrica; e de três a cinco dias para as de cólon. A ausência dos movimentos após esse período agrava o estado clínico do cliente, podendo levá-lo à morte (ATKINSON; MURRAY, 1989; PELLEGRINE, 1993; SMELTZER; BARE, 1993; LEMCHEN; IRIGARAY, 2003; POTTER; PERRY, 2005).

Outras complicações que o cliente cirúrgico pode apresentar no trato gastrointestinal é a **obstrução intestinal** causada por aderência pós-operatória e a impactação fecal pós-operatória proveniente da paralisia colônica e redução da plenitude retal, mais comum nos clientes idosos do que nos jovens (PELLEGRINE, 1993).

Para prevenir essas alterações, o cliente é estimulado a deambular o mais precocemente possível, devido ao ato de caminhar favorecer o retorno da peristalse gastrointestinal e a eliminação dos gases. Caso não seja possível essa deambulação, esta deve ser substituída por exercícios no próprio leito – esses também estimulam o movimento intestinal e promovem o aumento do tônus muscular.

### *Necessidade de Regulação Imunológica*

“É a capacidade que o organismo tem de reconhecer substâncias estranhas a si mesmo, desencadeando vários processos fisiológicos com a finalidade de destruir, eliminar ou neutralizar essa substância” (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Alguns medicamentos são capazes de desencadear alterações no sistema imunológico, a exemplo dos corticóides, de certos antibióticos, das drogas antiinflamatórias não esteróides (ADNEs), drogas citotóxicas, dentre outras. No cliente cirúrgico, o risco de desenvolver alterações imunológicas tende a aumentar devido ao uso de algumas dessas medicações e de drogas anestésicas como, por exemplo, o halotano, ciclopropano que podem desencadear resposta alérgica decorrente da inibição da fagocitose celular e diminuição das células T e B (SMELTZER; BARE, 2002).

A alergia é uma resposta do sistema imunológico a substâncias normalmente inofensivas. Essa reação no cliente cirúrgico é uma resposta à lesão do tecido decorrente da interação antígeno – anticorpo (SMELTZER; BARE, 2002).

Alguns clientes com indicação de procedimento cirúrgico podem apresentar problemas de imunossupressão. Estes podem ser causados por anormalidade genética à resposta imunológica, a qual os torna susceptíveis a infecção por bactéria comum; ou por doenças adquiridas, como síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Esses clientes podem apresentar processos infecciosos decorrentes da doença de base (FRY, 2005).

Diante disso, é necessário investigar no cliente cirúrgico história de alergia, uso de medicamentos imunossupressores ou doença que contribua para a diminuição da imunidade.

### *Necessidade de Regulação Térmica*

A **regulação térmica** é a necessidade que o organismo tem de manter o equilíbrio entre o calor produzido e o eliminado. Considera-se equilibrada quando a temperatura central (interna) está entre 36 a 37,3°C (ATKINSON; MURRAY, 1989; POTTER; PERRY, 2005).

Através de estímulos provenientes dos termorreceptores do interior do corpo e da pele, o hipotálamo regula a temperatura corporal agindo como um termostato, pois, quando há uma diminuição da temperatura corporal, ele diminui a perda e aumenta a produção do calor; quando ocorre um aumento dessa temperatura, há uma diminuição da produção e um aumento da perda do calor (GAYTON, 1988; ATKINSON; MURRAY, 1989).

Segundo Potter e Perry (2005), o organismo humano pode perder calor pelos seguintes mecanismos: **radiação**, quando a temperatura do corpo é maior do que a do ambiente; **condução** quando ocorre transferência de calor de um corpo para o outro; **convecção**, quando a perda de calor depende da temperatura da pele, do ar e da velocidade do ar; **evaporação** quando a perda de calor depende da temperatura do ambiente.

Relacionando-se esses mecanismos ao cliente cirúrgico, a perda de calor nestes se dá em decorrência de a temperatura da sala de cirurgia ser em torno de 22 a 23°C; a mesa cirúrgica de metal apresentar temperatura mais fria do que a do corpo do cliente; a umidade do ar na sala ser em torno de 58 a 60% e haver áreas úmidas expostas ao ar (ATKINSON; MURRAY, 1989; POSSARI, 2004).

Segundo Odon (1997); Dayton (2005), o cliente submetido a cirurgia pode apresentar **hipotermia** decorrente da exposição prolongada do mesmo ao ambiente frio da sala cirúrgica, da extensão da área operatória, do tempo cirúrgico e das infusões rápidas das soluções venosas frias durante o ato cirúrgico.

Já alguns clientes, devido a fatores genéticos, podem apresentar alteração na regulação da temperatura durante a indução da anestesia geral, chamada de **hipertermia maligna**. Esta é caracterizada pelo aumento da temperatura corporal em torno de 41 a 42°C, podendo ser desencadeada durante a indução do anestésico e até vinte e quatro horas após a cirurgia (ATKINSON; MURRAY, 1989; ODON, 1997; DAYTON, 2005).

Além dessas alterações, o cliente em pós-operatório pode apresentar, num período de 48 a 72 horas, uma febre com leve aumento da temperatura. Porém, se esta persistir entre o quarto e o décimo dia, pode estar associada a infecção do sítio cirúrgico (ODON, 1997; LEMCHEN; IRIGARAY, 2003; DAYTON, 2005).

*Necessidade de percepção: visual, olfativa, gustativa, tátil e dolorosa*

“É a necessidade do organismo perceber o meio através de estímulos nervosos, com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente” (BENEDET; BUB, 2001, p.69).

Dentre as necessidades de percepção, a dolorosa é a mais afetada no cliente cirúrgico, devido à dor ser desencadeada pelo próprio ato cirúrgico. A lesão dos tecidos, decorrente da incisão cirúrgica, e a própria manipulação dos órgãos e dos tecidos estimulam as terminações nervosas e os nociceptores, resultando no estímulo da dor (SECOLI et al, 2006). Além disso, fatores – como a separação familiar, medo do desconhecido, da anestesia, da cirurgia – contribuem para aumentar a percepção dolorosa do cliente que vivencia a experiência cirúrgica (MAY, 2003).

A dor já é considerada como o quinto sinal vital. Pode ser definida como “uma experiência sensorial ou emocional desagradável, associada com lesão tecidual real ou potencial” (INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN, 1995 apud MENDES; EVANGELISTA, 2003, p. 364).

Cada cliente reage de maneira diferente a esse estímulo, e essa reação pode ser influenciada pelo estado emocional, experiências anteriores de dor, antecedentes culturais, dentre outros. Portanto, evitá-la é uma necessidade humana básica, uma vez que constitui uma experiência desagradável emocionalmente, que leva o cliente a níveis estressantes, por proporcionar alterações no estilo de vida e bem-estar do mesmo (ATKINSON; MURRAY, 1989; POTTER; PERRY, 2005).

No cliente cirúrgico, pode ocorrer a **dor aguda**, tipo mais comum por estar associada a lesão específica. Pode durar de alguns segundos até semanas. O cliente pode obter alívio dos sintomas com ou sem tratamento. Pode ocorrer também a **dor crônica**, cujo sintoma não está associado a uma causa específica; pode durar meses ou anos sem se obter alívio total do sintoma. Outro tipo de dor encontrada é a **fantasma**: a queixa do cliente em relação ao sintoma é direcionada para a parte do corpo que não existe mais. Esse tipo de dor é bastante referido pelos clientes que se submetem a amputação de membros (ATKINSON; MURRAY, 1989; SMELTZER; BARE, 2002).

A presença de dor no pós-operatório representa maior risco de o cliente desenvolver complicações pulmonares, circulatórias e intestinais, tendo em vista o mesmo adotar posição imóvel no leito e respiração superficial, como mecanismo de defesa para aliviar a dor, devido ao medo de tornar-se dependente das medicações analgésicas. Esse comportamento contribui para que o cliente deixe de realizar medidas necessárias para evitar tais complicações, como: exercícios respiratórios, mudança de decúbito, deambulação precoce, entre outros (MAY, 2003).

À medida que o efeito da anestesia vai cessando, a dor pode se instalar. Porém é necessário realizar uma avaliação sistemática e contínua quanto ao tipo, à localização e à intensidade da mesma, antes de utilizar analgésico. Medidas terapêuticas como técnicas de relaxamento, mudança de decúbito, musicoterapia, dentre outras podem ser utilizadas com a finalidade de tentar aliviar o sintoma sem o uso constante dos analgésicos (MAY, 2003; POTTER; PERRY, 2005).

#### *Necessidade de Integridade Física e Cutâneo Mucosa*

“É a necessidade do organismo manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo” (BEYERS; DUDAS, 1989 apud BENEDIT; BUB, 2001; p. 103).

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano. Apresenta as funções sensitivas, assim como de proteção, secreção, excreção e regulação. É constituída por três camadas: epiderme, composta de tecido epitelial; derme, camada mais espessa que promove extensibilidade e elasticidade da pele e a hipoderme formada de tecido conjuntivo, o qual é responsável pela fixação da pele aos tecidos subjacentes (MARIA; MARTINS; PEIXOTO, 2003; POTTER; PERRY, 2005).

No ambiente hospitalar, os clientes idosos, ou muitos jovens, e aqueles que apresentam estado geral grave possuem maiores riscos de apresentarem alterações da integridade da pele, decorrente de traumatismo durante a manipulação, imobilizações, posicionamentos, entre outros. Os clientes idosos apresentam alterações tanto na função, quanto no aspecto da pele, decorrentes do próprio processo de envelhecimento. Essas alterações resultam na redução das

fibras elásticas e glândulas sebáceas, rigidez do colágeno e diminuição do tecido subcutâneo, ocasionando perda da elasticidade, assim como enrugamento, flacidez e ressecamento da pele, aumentando a possibilidade de lesão tecidual (POTTER, 2002; SMELTZER; BARE, 2002).

Na maioria das cirurgias, ocorre um rompimento intencional da integridade da pele e da sua função protetora, decorrente da criação da incisão cirúrgica. Além disso, essa integridade pode sofrer comprometimento resultante do posicionamento do cliente na mesa cirúrgica, o qual geralmente é determinado pelo tipo de abordagem cirúrgica; do uso dos anestésicos, que diminuem a circulação sanguínea nas áreas do corpo onde ocorre compressão com as superfícies duras da mesa cirúrgica como, por exemplo, os locais de proeminência óssea; da inclinação da mesa cirúrgica por provocar fricção; e das cirurgias com tempo de duração superior a duas horas, devido à permanência do cliente por um período prolongado na mesma posição (RICKER, 1997; SMELTZER; BARE, 2002; MATOS; PICOLI, 2004; SOBECC<sup>2</sup>, 2005).

Entre os clientes mais vulneráveis ao rompimento da integridade da pele devido a esses fatores incluem-se os idosos, obesos, desnutridos, diabéticos; e os que apresentam edema, infecção, câncer, entre outros. Para reduzir esses riscos, deve-se posicionar o cliente confortavelmente e utilizar dispositivos que possam reduzir essa compressão, como coxins, travesseiros, faixas, entre outros (SOBECC, 2005).

### *Necessidade de Sono e Repouso*

É a necessidade de o organismo manter um período de repouso do corpo e da mente com a finalidade de restaurar suas funções orgânicas (ATKINSON; MURRAY, 1989; POTTER; PERRY, 2005).

Essa necessidade encontra-se comprometida durante o processo de hospitalização, decorrente da mudança de ambiente, do estilo de vida do cliente, da presença de dor desencadeada pela própria doença ou traumatismo, dentre outros.

---

<sup>2</sup> Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

Relacionando-se ao cliente cirúrgico, o estresse ocasionado pela necessidade de realização da cirurgia e a dor desencadeada pelo próprio ato cirúrgico são alguns dos fatores que contribuem para alterações dessa necessidade, muitas vezes despercebidas pelo cliente (ATKINSON; MURRAY, 1989; POTTER; PERRY, 2005).

Sabendo-se que todo ser humano necessita de um período de repouso para poder restaurar suas energias física e mental, deve-se proporcionar medidas que favoreçam a realização desse período como, por exemplo, ambiente com pouca luminosidade, livre de ruídos, medidas que proporcionem alívio da dor, mudança de decúbito, entre outros, especialmente na fase de injúria.

*Necessidade de: Locomoção; Mobilidade; Exercício e Atividade Física*

A *Locomoção* pode ser entendida como um “conjunto de movimentos harmônicos e sinérgicos, executados pelos membros e troncos sob o comando ou controle do sistema nervoso central” (SILVEIRA, 1976, p. 258).

A *Necessidade de Mobilidade* é definida por Horta (1979, p. 60) como “a capacidade do cliente em movimentar os segmentos do corpo visando o atendimento de suas necessidades básicas”. Para Benedet e Bub (2001, p. 111), “a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares [...]” é definida como *Necessidade de Exercício e Atividade Física*.

Atualmente, em quase todos os procedimentos cirúrgicos, é indicada a deambulação precoce do cliente, pois quanto mais cedo o mesmo deambular, menos risco terá de desenvolver complicações respiratórias, cardiovasculares e gastrintestinais.

A deambulação estimula a circulação sangüínea, aumenta o tônus do trato gastrintestinal e as trocas gasosas da respiração, prevenindo, portanto, a tromboflebite, a distensão abdominal e o acúmulo de secreções brônquicas, além de contribuir para a redução do tempo de permanência hospitalar no pós-operatório (SMELTZER; BARE, 1993).

Porém, ao estimular o cliente a deambular, deve-se respeitar sua tolerância. Deve-se iniciar com caminhadas curtas dentro do quarto para evitar o risco de quedas e avaliar se o mesmo não apresenta vertigens, sensação de desmaio ou fadiga, pois, quando o cliente se encontra sem deambular por um longo período, pode apresentar hipotensão ortostática, decorrente da redução momentânea do fluxo sanguíneo no sistema nervoso autônomo (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Em algumas cirurgias, os clientes podem apresentar mobilização prejudicada devido à necessidade de imobilizações, uso de aparelhos ou mesmo curativos. Nesses casos, devem-se estimular exercícios no leito com o objetivo de permitir o retorno circulatório e das funções fisiológicas, e evitar contrações musculares. Esses exercícios podem ser realizados com a ajuda ou orientação do profissional, ou mesmo pelo próprio paciente, dependendo de sua situação clínica. Constam de respirações profundas, movimentos de flexão, rotação e elevação dos membros e contrações abdominais (SMELTZER; BARE, 1993).

#### *Necessidade de Sexualidade*

“É a necessidade de integrar aspectos somáticos emocionais, intelectuais e sociais do ser com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar” (BENEDET; BUB, 2001, p. 135).

A alteração dessa necessidade na grande maioria está relacionada às cirurgias que levam a mudanças corporais – ditas como mutiladoras – em que há extirpação de um órgão ou parte do corpo como, por exemplo, perda de um membro, retirada de uma mama, do útero, amputação do pênis, entre outras.

Essas cirurgias podem desencadear reações negativas no cliente. Dentre estas, destacamos a baixa auto-estima, distúrbio da imagem corporal, depressão, sentimentos de culpa, levando à diminuição da libido, impotência e perda da vontade do desejo sexual.

Essas reações podem variar de intensidade em cada cliente, de acordo com o tipo de cirurgia realizada. Ainda como fator desencadeante de alteração do

padrão de sexualidade temos as cirurgias de colostomia, jejunostomia, gastrostomia em que a imagem corporal é efetivamente afetada.

### *Necessidade de Regulação Hormonal*

“É a necessidade do organismo de manter em harmonia os reguladores químicos, produzidos e secretados pelo sistema endócrino, que são transportados para os tecidos com a finalidade de estimular, catalisar ou regular os ritmos dos processos metabólicos” (WONG, 1999 apud SILVA, 2004, p. 39).

O estresse cirúrgico ocasiona um aumento dos níveis de glicose sangüínea decorrente do aumento dos níveis de epinefrina, norepinefrina, glucagon, cortisol. Além disso, alguns agentes anestésicos podem causar hiperglicemia como, por exemplo, o tiopentano e o éter. Este último ocasiona, além da hiperglicemia, resistência a insulina e aumento do nível sangüíneo de lactato e corpos cetônicos (SMELTZER; BARE, 2002; GOLBERT; GOLBERT, 2003).

Tendo em vista o grande número de clientes diabéticos e considerando-se o que foi descrito acima, é importante se ter um controle glicêmico nesses clientes no período perioperatório, com o intuito de evitar e/ou controlar possíveis complicações.

Segundo Golbert e Golbert (2003), o valor da glicemia de jejum, considerado ideal para que o cliente diabético realize o procedimento cirúrgico, deve ser preferencialmente inferior a 200mg/dl.

A **hiperglicemia** acarreta uma perda excessiva de líquidos e eletrólitos, cetoacidose, acidemia, alterações na função leucocitária e no processo de cicatrização da ferida operatória. Por outro lado, a **hipoglicemia** pode acarretar danos irreversíveis no sistema nervoso central e cardiovascular. Justifica-se, portanto, a importância do controle glicêmico nos clientes cirúrgicos diabéticos. Esse controle deve ser realizado a cada duas ou quatro horas após o procedimento cirúrgico, e o cliente deve ser monitorizado quanto aos sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia (SIPERSTEIN, 1993; GOLBERT; GOLBERT, 2003).

Outra alteração hormonal que pode ocasionar problemas graves no cliente cirúrgico é o hipo ou hipertireoidismo. Os hormônios tireoideanos T<sub>3</sub> e T<sub>4</sub>,

produzidos pela glândula tireóide, possuem função de controlar a atividade metabólica celular. O **hipotireoidismo** é decorrente da diminuição do funcionamento tireoideano; já o **hipertireoidismo** é resultante da eliminação excessiva desses hormônios.

Os clientes com essas alterações, antes de realizarem o procedimento cirúrgico, são submetidos a iodoterapia para tentarem normalizar os níveis desses hormônios e da taxa metabólica, com o intuito de reduzir complicações pós-operatórias. Os clientes hipotireoideanos podem apresentar hipotensão, choque e hipotermia; e os hipertireoideanos, hipertensão arterial, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva e hipertermia, durante o procedimento cirúrgico (SIPERSTEIN, 1993; SMELTZER; BARE, 2002).

### ***Necessidades Psicossociais***

#### *Necessidade de Segurança*

“É a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente” (BENEDET; BUB, 2001, p. 154).

A hospitalização desenvolve no cliente sentimentos de insegurança, ansiedade, angústia, medo do desconhecido, da sua doença e do que lhe pode acontecer. Esses sentimentos são provocados pelo afastamento do convívio familiar e da rotina diária de sua vida, pois o mesmo é inserido num ambiente totalmente estranho, tendo de depender de pessoas também estranhas, para o seu cuidado.

Reportando-se ao cliente cirúrgico, além dos sentimentos desencadeados pela própria hospitalização, este apresenta ainda sentimentos relacionados ao trauma cirúrgico, ao ato anestésico, à dor e às conseqüências que o procedimento cirúrgico trará para o seu estilo de vida e imagem corporal; pois, por mais simples que seja esse procedimento, o cliente apresenta-se receoso, cheio de dúvidas e com medo do que lhe pode acontecer (BUENO; NORONHA; ARAÚJO, 2002; BELLUOMINE; TANAKA, 2003).

Para Pellegrini (1993), o sentimento de medo e ansiedade no cliente cirúrgico é normal, devido à cirurgia apresentar fatores psicodinâmicos como dor, dependência e incerteza, que desencadeiam esses sentimentos. Já para Souza; Souza e Fenili (2005), esses sentimentos são apresentados pela falta de conhecimento do que irá acontecer-lhe nas fases subseqüentes do processo cirúrgico.

A desinformação e a falta de orientação desenvolvem essas reações emocionais, principalmente quando o procedimento cirúrgico exige anestesia geral, pois o fato de estarem inconscientes representa, para esses clientes, um processo de aproximação da morte, gerando, portanto, sensação de apreensão, medo, tensão e ansiedade (MEDEIROS; PENICHE, 2006).

Segundo as autoras acima, a SAE contribui para a redução desses sentimentos, uma vez que o cliente recebe orientações sobre o que irá acontecer-lhe durante todo o período perioperatório.

#### *Necessidade de Comunicação*

“É a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada ou escrita) e não verbal (símbolos, gestos, expressões faciais) com o objetivo de interagir com os outros” (BENEDET; BUB, 2001, p. 146).

Para Stefanelli (2005, p. 29), a comunicação “é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas”. Portanto, para que a comunicação ocorra, é necessário se ter os seguintes elementos: **emissor**, responsável pelo início da comunicação, ou seja, quem envia a mensagem; uma informação a ser enviada ou expressa pelo emissor, ou seja, a **mensagem**; um **canal** para a mensagem ser conduzida e, por último um **receptor** para receber a mensagem. Essa mensagem pode ser enviada de forma verbal, através da escrita ou da fala; e de forma não verbal, através da linguagem corporal, gestos, expressões faciais, presença de sudorese, rubor, palidez, dentre outros. (POTTER; PERRY, 2005).

Para que esse processo ocorra de forma eficaz, é necessária a utilização de uma linguagem ou um vocabulário que possam ser entendidos tanto pelo emissor

quanto pelo receptor. Pode ainda ser influenciada por crenças, valores, cultura, nível de conhecimento de ambos (emissor/receptor) que participam do processo de comunicação, pois cada indivíduo pode interpretar e elaborar a mensagem de forma diferente.

O processo de comunicação é um instrumento essencial para a identificação dos problemas do cliente e para o atendimento de suas necessidades básicas afetadas. É através desse processo que as ações de enfermagem são guiadas, influenciando na qualidade da assistência prestada, tendo em vista ser o meio utilizado para que a enfermeira compreenda o modo de agir, pensar e sentir do cliente; e de encontrar a maneira de auxiliar na sua recuperação. A enfermeira deve estar atenta às reações do cliente para poder compreendê-lo, pois muitas vezes a comunicação é estabelecida através dessas reações (INABA; SILVA, 2005; SOUZA; SILVA; SALEH, 2005).

Através do processo de comunicação, as orientações pré e pós-operatórias necessárias para evitar complicações são repassadas para o cliente. A enfermeira deve, junto com o mesmo, buscar medidas que possam facilitar esse processo, pois, em determinados procedimentos cirúrgicos, a comunicação verbal (oral) pode estar comprometida como, por exemplo, nas cirurgias de traqueostomia ou de laringectomia, quando essa comunicação passa a ser realizada através da linguagem escrita e não verbal (gestos). Além disso, podemos identificar muitas vezes a presença de dor ou de ansiedade expressos através de gestos, como expressão facial, posicionamento, movimentações constantes dos pés – utilizando-se, portanto, a linguagem não verbal.

#### *Necessidade de Aprendizagem (educação para saúde)*

“É a necessidade que cada indivíduo tem em adquirir novos conhecimentos ou habilidades através da experiência ou novas práticas para obter comportamentos saudáveis e manter a saúde” (BENEDET; BUB, 2001, p. 183).

A educação é uma troca de saberes. Consiste num processo contínuo e dinâmico, em que a aprendizagem acontece através da própria experiência e da experiência dos outros. Para ensinar, é necessário saber escutar, dialogar, ter competência e comprometimento com o ensino. Esses elementos são essenciais

para que o educador consiga elaborar estratégias que motivem a aprendizagem do educando (UNICOVSKY, 2004; FREIRE, 1997 apud SOUZA; SOUZA; FENILI, 2005).

Na Enfermagem, a educação é um elemento essencial na prestação do cuidado. Está voltada geralmente para a prevenção da doença, assim como para a promoção, manutenção e restauração da saúde. Visa conscientizar o cliente para os fatos de sua realidade (ROCHA; SILVA, 2004).

Em relação ao cliente cirúrgico, ao ensiná-lo a enfrentar a nova situação, contribuí-se para que o mesmo aproxime-se da realidade vivida no momento, além de fornecer-lhe alternativa para participar ativamente do cuidado para a sua recuperação. Com isso, ele elimina mitos relacionados à cirurgia, minimiza o medo e a ansiedade (SOUZA et al., 2006).

O cliente cirúrgico necessita de orientações na fase pré-operatória, as quais irão auxiliar na sua recuperação no pós-operatório. Essas orientações são importantes, a fim de que os mesmos compreendam cada fase do processo cirúrgico, tornando-se mais seguros em relação à experiência a ser vivenciada; e aprendam exercícios que ajudam a diminuir o risco de complicações pós-operatórias (POTTER; PERRY, 2005; SOUZA et al., 2006).

Essas orientações devem ser realizadas quando o cliente encontra-se disposto a recebê-las. Deve-se levar em consideração o estado emocional, idade, consciência, capacidade de memória, motivação para a aprendizagem, entre outros fatores. Essas informações devem ser sucintas e voltadas para o que se pretende que o cliente alcance no pós-operatório (FOX, 1997; POTTER; PERRY, 2005).

No pré-operatório, as orientações consistem nos exercícios que o cliente cirúrgico deverá realizar no pós-operatório. Este deve ser despertado para a importância desses exercícios para sua recuperação pós-operatória, e da necessidade de realizá-los corretamente. Esses exercícios consistem em: respiração diafragmática, tosse com o objetivo de promover expansão pulmonar e oxigenação sanguínea, após anestesia geral; rotação do corpo e exercícios com as pernas, visando ativar a circulação e prevenir estase venosa. Os mesmos devem ser demonstrados pela enfermeira, e depois deve ser solicitado que o cliente os realize para avaliar a aprendizagem (SMELTZER; BARE, 2002; POTTER; PERRY, 2005).

Além dos exercícios descritos acima, o cliente cirúrgico deve ser orientado quanto ao preparo da pele, jejum, retirada de jóias, próteses, entre outros. Em relação ao pós-operatório, o mesmo deve receber informações sobre a possibilidade – dependendo do tipo do procedimento cirúrgico – de ir para unidades especiais, como o centro de tratamento intensivo, de necessitar do uso de ventilação mecânica, drenos, sondas ou outros dispositivos (SMELTZER; BARE, 2002).

#### *Necessidade de Auto-imagem; auto-estima*

“É a necessidade de se sentir adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias idéias, de se respeitar por si mesmo [...] idéia que se tem de si próprio” (ATKINSON; MURRAY, 1989, p. 574; BENEDET; BUB, 2001, p. 169).

No cliente cirúrgico, a presença de drenos, sondas, da própria ferida operatória contribui para que o mesmo ponha em dúvida seu autoconceito. Essa dúvida aumenta diante de procedimentos que alteram a imagem corporal do mesmo, a exemplo das cirurgias mutiladoras, porque muitas vezes o cliente desenvolve aversão sobre sua aparência, decorrente da baixa auto-estima que se instala diante do sentimento de culpa, inutilidade, rejeição (POTTER; PERRY, 2005).

Outro exemplo são as cirurgias de colostomia, através da qual o trânsito intestinal é desviado do seu percurso normal, e o cliente passa a eliminar fezes pela abertura realizada na parede abdominal, tornando-se obrigado a conviver com uma bolsa adaptada nessa abertura. Esse tipo de cirurgia – seja temporária ou definitiva – no primeiro impacto, desencadeia no cliente sentimentos de rejeição, não aceitação, depressão, resultando na perda da auto-estima resultante da alteração da imagem corporal.

#### ***Necessidade Psicoespiritual***

##### *Necessidade Espiritual*

“Necessidade inerente aos seres humanos, que estabelece um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem estar espiritual” (BENEDET; BUB, 2001, p. 192).

Para Potter e Perry (2005, p. 271), espiritualidade tem a ver com “a consciência do indivíduo em relação ao sentido maior da vida, a um ser divino e as forças internas que motivam para o bem e saúde”.

Geralmente, essa relação encontra-se afetada diante da doença, da ameaça de vida, da perda de um ente querido, entre outros; ocorrendo um rompimento do relacionamento do indivíduo com o “Ser” supremo, força estabelecadora de sua fé espiritual. Esse rompimento geralmente é expresso por sentimentos de culpa, pois o indivíduo acredita não ter correspondido às expectativas do “Ser”; de rancor, referindo-se à injustiça pelo que lhe aconteceu; de perda da fé nesse Ser supremo, entre outros (ATKINSON; MURRAY, 1989).

A espiritualidade é uma necessidade de todo ser humano e independe das condições socioeconômicas e culturais do indivíduo. Ela é expressa através da religião: os indivíduos possuem crenças religiosas que fortalecem sua fé ajudando-os a enfrentarem seus problemas de vida. Porém essas crenças algumas vezes podem afetar o restabelecimento da doença, pela não aceitação do tratamento estabelecido como, por exemplo, alguns clientes cirúrgicos que, devido a sua crença, não aceitam transfusão sanguínea, necessária em alguns procedimentos cirúrgicos, preferindo muitas vezes a morte a submeter-se ao tratamento (ATKINSON; MURRAY, 1989).

### *3. CAMINHO METODOLÓGICO*

A coleta de dados é a fase inicial e fundamental para a aplicação do processo de enfermagem e, para realizá-la de forma sistemática, faz-se necessária a utilização de um instrumento como ferramenta fundamental para que a enfermeira possa levantar, de forma sistemática, as necessidades do cliente do qual precisa cuidar.

Devido à conscientização dessa importância, vem crescendo o interesse dos profissionais de enfermagem em construir instrumentos específicos para o atendimento de sua clientela, a exemplo dos trabalhos de Silva (2004); Porto (2004); Almeida; Barros e Souza (2005); Galdeano e Rossi (2002); Vaz et al. (2002); Bueno; Noronha e Araújo (2002), os quais desenvolveram instrumentos para atenderem a criança, o idoso, o cliente de cirurgia cardíaca, de radioterapia, entre outros.

Portanto, para se construir um instrumento de coleta de dados, faz-se necessária a realização de uma pesquisa do tipo metodológica, pois, segundo Polit e Hungler (1995), constitui-se num método através do qual se pode obter, organizar e também analisar dados, quando se trabalha na construção de um instrumento. Para as referidas autoras, o instrumento tem como meta ser [...] confiável, preciso e utilizável, podendo ser empregado por outros pesquisadores, além de avaliar seu sucesso no alcance do objetivo.

Segundo Cianciarullo (1976), o instrumento utilizado no atendimento hospitalar deve facilitar a operacionalização do processo de enfermagem e permitir a identificação rápida dos problemas apresentados pelo cliente. Reportando-se ao cliente cirúrgico, a identificação rápida desses problemas facilitará a assistência e contribuirá para a prevenção de complicações pós-operatórias, uma vez que, em alguns casos, esses clientes são admitidos momentos antes da cirurgia.

Esta pesquisa foi desenvolvida na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), que está localizado no Campus I, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no município de João Pessoa – Pb. A referida clínica localiza-se no segundo andar do hospital e possui 58 leitos,

distribuídos em duas alas. Na ala A, encontramos 36 leitos para atender às especialidades de cirurgias gerais, gástricas, proctológica e urológica. Na ala B, são 22 leitos distribuídos para as cirurgias ginecológicas, vasculares e de cabeça e pescoço. Atende uma média de 160 clientes por mês e realiza em torno de 140 cirurgias mensais. Os clientes atendidos na clínica cirúrgica, na sua grande maioria, são submetidos a cirurgias eletivas, as quais são classificadas, em relação ao tempo cirúrgico, em Porte I e II; e, na minoria, em Porte III.

Segundo Possari (2004), cirurgias eletivas são aquelas que podem ser programadas, portanto os clientes podem ser submetidos a uma melhor avaliação clínica. As cirurgias de Porte I apresentam duração de duas horas; as de Porte II, de duas a quatro horas; e as de Porte III têm duração de quatro a seis horas.

A maioria da clientela atendida na clínica é procedente da grande João Pessoa, embora haja um significativo número de clientes do interior do Estado e até dos Estados circunvizinhos. Esses clientes são admitidos na clínica através do Serviço de Admissão e Alta (SAA) do ambulatório, onde são cadastrados quando indicado o procedimento cirúrgico. O maior número de admissões na clínica é realizado no primeiro dia útil da semana (geralmente na segunda-feira) e normalmente esse número é em torno de 15 a 20 admissões; esses clientes são admitidos nesse dia para poderem entrar na programação cirúrgica da semana. A média de permanência na referida clínica é em torno de quatro a cinco dias. Para o atendimento desses clientes, conta com uma equipe de enfermagem composta por 17 enfermeiras e 45 auxiliares de enfermagem.

Para a construção do instrumento de coleta de dados foram consideradas quatro fases: 1) identificação dos indicadores empíricos, realizada através do levantamento bibliográfico; 2) estruturação do instrumento – para tanto realizou-se a identificação dos indicadores empíricos no cliente cirúrgico; 3) validação do conteúdo do instrumento por especialistas da área e 4) operacionalização do instrumento, realizada através da aplicação prática do mesmo pelas enfermeiras da clínica. As etapas percorridas em cada fase estão demonstradas na figura 1. A seguir descrever-se-ão minuciosamente cada etapa bem como os resultados encontrados.

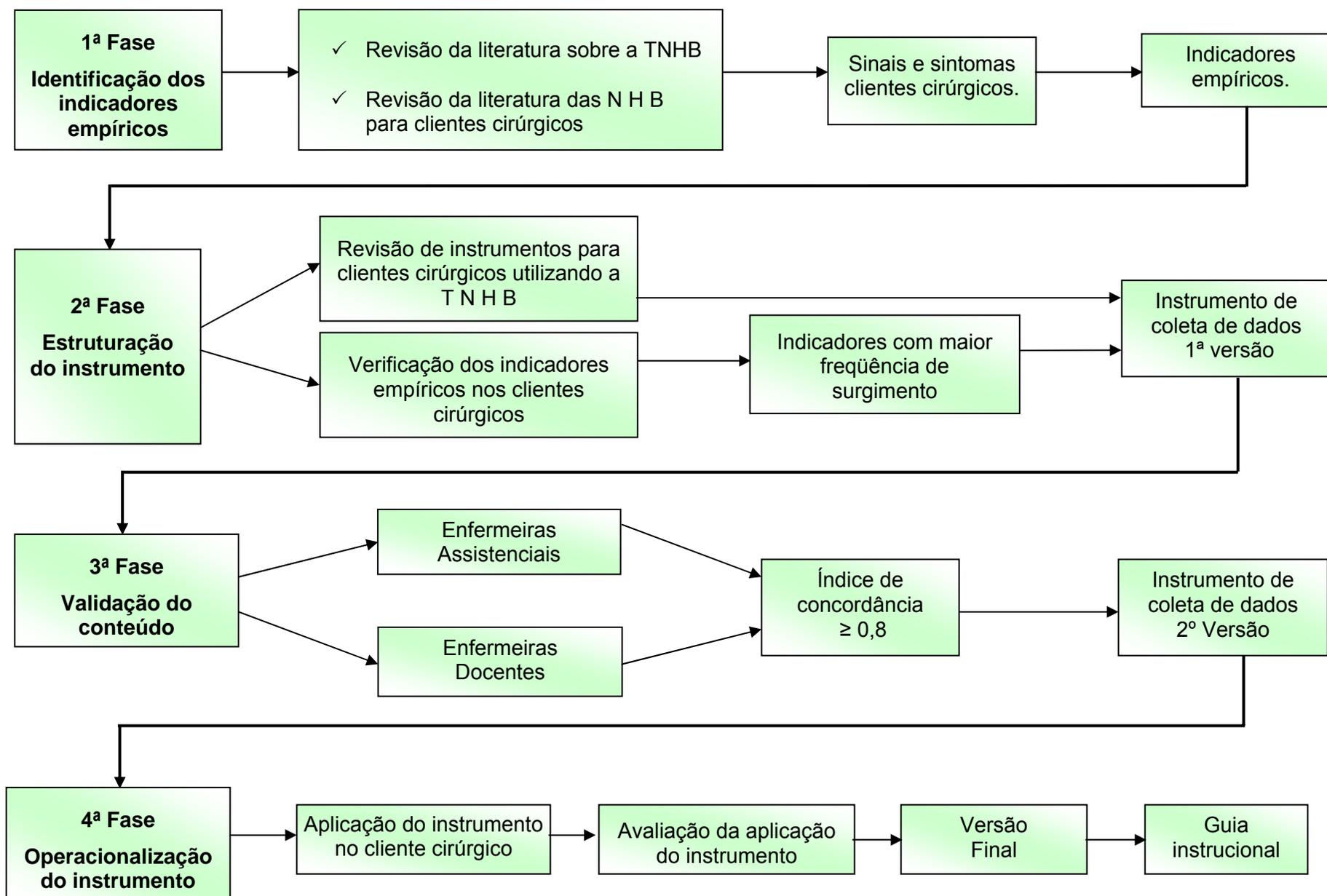


Fig.1: Percurso metodológico da pesquisa adaptado do modelo de Silva (2004)

### 3.1 PRIMEIRA FASE: IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES EMPÍRICOS

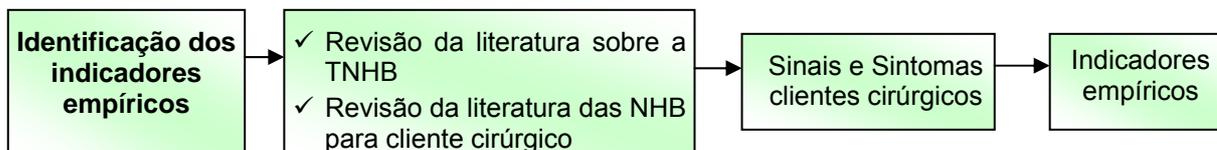


Fig. 2: Etapas da primeira fase da pesquisa

Construir um instrumento de coleta de dados para uma clientela específica não é tarefa fácil, uma vez que exige do pesquisador tempo para que faça uma revisão da literatura sobre o tema que deseja pesquisar. Esse procedimento é necessário por permitir ampliação do conhecimento do pesquisador e proporcionar uma maior segurança na hora de o mesmo definir o conteúdo que irá compor o instrumento (GREY, 2001).

Sendo assim, esta fase teve como objetivo levantar os possíveis indicadores empíricos para o cliente cirúrgico, através da revisão de literatura.

#### 3.1.1 Revisão da literatura

Iniciou-se esta fase com a elaboração de fichamentos através do levantamento bibliográfico sobre o modelo da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, e da leitura minuciosa do seu livro *Processo de Enfermagem*. Neste, a autora discorre sobre sua teoria, conforme descrito no referencial teórico deste trabalho.

Buscou-se também, na revisão da literatura, trabalhos que associassem a Teoria de Horta com o cliente cirúrgico. Foi pesquisado conteúdo relacionado ao exame físico que indicasse as necessidades humanas básicas desse cliente.

Após esse levantamento, foi registrada cada necessidade humana básica referida por Horta, com os seus subgrupos, além dos sinais e sintomas (indicadores clínicos) que pudessem revelar essas necessidades, conforme apontado anteriormente.

### 3.1.2 Estruturação dos indicadores e Resultados obtidos

Ao término desse levantamento, foi construído um instrumento (Apêndice A) contendo as definições dessas necessidades – algumas definidas por Horta e outras por outros autores pesquisados na literatura – e os indicadores empíricos encontrados para cada necessidade. Para isso, seguiu-se o modelo estrutural e alguns indicadores utilizados nas dissertações de Silva (2004) e Porto (2004), devido a ambas as autoras terem construído instrumentos para a coleta de dados utilizando a Teoria de Horta, partindo também da identificação dos indicadores empíricos.

O instrumento construído nesta fase foi composto por 367 indicadores empíricos, sendo 298 dentro das **Necessidades Psicobiológicas**, distribuídos da seguinte maneira: Regulação Neurológica (14); Oxigenação (16); Regulação Vascular (20); Nutrição (26); Hidratação (15); Eliminação (32); Regulação Hidrossalina e Eletrolítica (07); Regulação Hormonal (08); Regulação Imunológica (09); Regulação Térmica (12); Percepção Visual, Auditiva, Gustativa, Olfativa, Tátil e Dolorosa (31); Integridade Física e Cutâneo-mucosa (27); Sono e Repouso (13); Cuidado Corporal (10); Mecânica Corporal (08); Motilidade (13); Locomoção (11); Exercício e Atividade Física (08); Sexualidade (07); Abrigo (08); Ambiente Terapêutico (03). Nas **Necessidades Psicossociais** foram 64 indicadores distribuídos em: Comunicação (05); Gregária (04); Liberdade (05); Auto-imagem, Auto-estima (11); Auto-realização (03); Amor e Aceitação (07); Recreação/lazer (08); Segurança (09); Criatividade (02); Aprendizagem (educação para a saúde) (06); Atenção (04). E nas **Necessidades Psicoespirituais** foram 05 indicadores: Religiosa ou Teológica, Ética ou Filosofia de Vida (05).

A proposta inicial era a verificação desses indicadores apenas na fase pré-operatória, mas, como a clínica também admite clientes, embora em proporção menor, provenientes do centro cirúrgico, em pós-operatório imediato, decidiu-se acatar a sugestão da banca de qualificação do projeto de verificar a frequência de surgimento desses indicadores nas fases pré e pós-operatória. Antes de iniciar a segunda fase da pesquisa, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética do HULW.

### 3.2 SEGUNDA FASE: ESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO

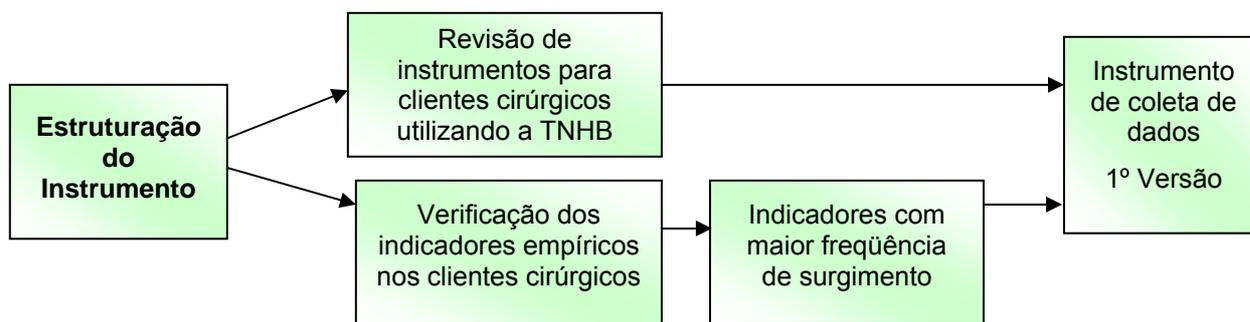


Fig. 3: Etapas da segunda fase da pesquisa

Ao se construir um instrumento de coleta de dados, deve-se tentar estruturá-lo de modo que facilite a aplicação do mesmo, para isso é necessário buscar outros modelos para se ter idéia de como fazê-lo. Sendo assim, esta fase iniciou-se com a busca de instrumentos.

#### 3.2.1 Busca de instrumentos

Enquanto o projeto era analisado pelo comitê de ética do HULW, buscou-se, através do levantamento bibliográfico, instrumentos de coleta de dados aplicados em clientes cirúrgicos utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta. Como resultado, verificou-se a escassa literatura em relação aos citados instrumentos de coleta de dados. Dentre os trabalhos encontrados com esse referencial, em nenhum constava o modelo estrutural desses instrumentos. Como estratégia para adquiri-los, foram feitas diversas tentativas via *e-mail*, porém todas sem sucesso. Outros instrumentos abordando outros referenciais teóricos e que estavam voltados para o cliente cirúrgico foram adquiridos, dentre eles citamos o de Bueno; Noronha e Araújo (2002), encontrado no trabalho *“Visita pós-operatória de enfermagem: aplicação de instrumento e apreciação dos enfermeiros”*; o de Almeida; Barros e Souza (2005), *“Relato de experiência: implantação de um instrumento de coleta de dados perioperatório”*; e o de Soares; Abrão e Pinelli (2006), *“Construção de um instrumento de coleta de dados para a identificação dos diagnósticos de enfermagem em ginecologia”*, dentre outros.

Esses instrumentos serviram como análise dos indicadores empíricos para esse tipo de cliente e da forma de apresentação, uma vez que, quando se deseja construir um instrumento, deve-se pensar que este seja de fácil aplicação e que, ao mesmo tempo, forneça a identificação rápida e necessária para o levantamento das necessidades do cliente, principalmente quando se trata do cliente cirúrgico, tendo em vista este ter, na grande maioria, uma curta permanência no ambiente hospitalar.

### *3.2.2 Verificação dos indicadores*

Após a aprovação do Comitê de ética do HULW (Anexo A), iniciou-se, no mês de maio de 2006, a verificação dos indicadores empíricos nos clientes internos na clínica cirúrgica. Essa verificação foi realizada pela pesquisadora e por duas enfermeiras que atuam na clínica cirúrgica, as quais se dispuseram a participar ativamente do processo de construção do instrumento, uma vez que estariam tendo a oportunidade de rever seus conhecimentos teóricos, bem como se familiarizar com o futuro instrumento a ser adotado na clínica.

Antes da coleta de dados ser iniciada pelas enfermeiras colaboradoras, realizou-se uma reunião em que foram explicados os objetivos da pesquisa, bem como o processo de coleta de dados e o instrumento (Apêndice A). As mesmas foram informadas de que cada necessidade contida no instrumento apresentava uma definição que era relacionada ao padrão esperado (normal) e, logo abaixo, era registrado o indicador empírico que poderia denunciar comprometimento da necessidade, portanto, indicadores capazes de sugerir diagnósticos de enfermagem.

Foi explicado também que o processo de coleta de dados ocorreria a partir da observação e da realização do exame físico no cliente cirúrgico. A partir desse procedimento, seria possível analisar os dados e assinalar os indicadores empíricos no instrumento, de acordo com a fase operatória (pré ou pós-operatório) em que o cliente se encontrava.

Inicialmente, a coleta de dados foi realizada com a participação da pesquisadora com o objetivo de esclarecer as dúvidas das enfermeiras

colaboradoras durante o procedimento. Após os esclarecimentos, estas deram início à coleta individualmente.

Esse instrumento foi aplicado em 61 clientes internos na clínica cirúrgica. Essa amostra correspondeu a 40% das admissões ocorridas nos meses de março e abril de 2006. Dos 61 clientes da amostra, 29 encontravam-se na fase pré-operatória; e 32, na fase pós-operatória. Ainda foi possível verificar, em 16 dos 61 clientes, esses indicadores nas fases pré e pós-operatória.

Inicialmente, pensou-se em verificar esses indicadores na fase pré-operatória, no momento da admissão do cliente na clínica cirúrgica; e, na fase pós-operatória, até no máximo oito horas após a cirurgia. Mas, devido às dificuldades encontradas para realizar a coleta dos dados nesse momento, optou-se por coletá-los na fase pré-operatória, desde a admissão do cliente até duas horas antes da cirurgia; e, na fase pós-operatória, até o período de 24 horas após o término da cirurgia.

Outro motivo que levou a repensar e a aumentar o período estabelecido para a coleta dos dados no pós-operatório se deu em virtude de o retorno dos clientes cirurgiados no período da tarde ocorrer normalmente no início da noite – evidentemente ainda sob efeito de anestésicos ou sedativos, o que os tornava sonolentos, dificultando, conseqüentemente, a abordagem para solicitar sua autorização para a realização da pesquisa. Para eliminar tais dificuldades, foi necessário estabelecer alguns critérios para a seleção dos clientes: concordar em participar da pesquisa; encontrar-se no período pré-operatório mediato e imediato; encontrar-se no pós-operatório imediato. No pós-operatório, a assistência de enfermagem deve estar voltada para o reestabelecimento do equilíbrio fisiológico do cliente e para a prevenção das complicações pós-operatórias; portanto o levantamento de dados, nesse período, deve ser minucioso para que as intervenções possam ajudar na recuperação do cliente (SMELTEZER; BARE, 2002).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), a fase pré-operatória inicia-se no momento em que o cliente é informado da necessidade do procedimento cirúrgico e vai até o momento da transferência do mesmo para a mesa de cirurgia. Já o período pós-operatório é iniciado quando o cliente é admitido na unidade de recuperação pós-anestésica (URPA), terminando quando o mesmo recebe alta hospitalar. Para Possari (2004), o período pré-operatório imediato inicia-se 24 horas antes da cirurgia

e termina com a entrada do cliente no Centro Cirúrgico; o pós-operatório imediato corresponde às primeiras 48 horas pós-operatórias.

De acordo com os critérios estabelecidos, a pesquisa teve início com a solicitação da autorização do cliente através de sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). Vale salientar que, antes da assinatura do termo de consentimento, os clientes foram informados da finalidade da pesquisa e dos objetivos propostos. Esse procedimento obedece às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), que dispõe sobre as normas referentes à pesquisa envolvendo seres humanos. Foram garantidos aos participantes o seu anonimato e o direito de desistirem em qualquer momento da pesquisa, sem ônus para o seu tratamento.

Após essa autorização, era realizado nos clientes o exame físico com a finalidade de identificar os indicadores empíricos para cada necessidade, de acordo com os sinais e sintomas que estes apresentavam no momento do exame. Ao término do exame físico, os indicadores observados foram assinalados de acordo com a fase em que se encontrava cada cliente (pré ou pós-operatório).

### *3.2.3 Resultado da Verificação dos indicadores*

Ao término da coleta de dados, foi verificada a freqüência dos indicadores nas fases pré e pós-operatória, com a finalidade de identificar os indicadores que apresentaram freqüência  $\geq 50\%$  em ambas as fases.

Para isso, foram computados inicialmente em cada instrumento, os indicadores assinalados nas fases pré e pós-operatória separadamente. Depois foram somados os indicadores de ambas as fases para cada necessidade; e, por fim, verificada, através do método de estatística simples, a freqüência de surgimento desses indicadores em ambas as fases.

Foram considerados os indicadores que apresentaram freqüência de surgimento maior ou igual a 50% para cada necessidade. Obteve-se um total de 30 indicadores distribuídos nas necessidades psicobiológicas e psisossociais. Para se ter uma melhor visualização desses indicadores, os mesmos foram listados no quadro 01.

	<b>NECESSIDADES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FREQÜÊNCIA %</b>
<b>PSICBIOLÓGICAS</b>	<b>Regulação Neurológica</b>	Nível de consciência	95,0
		Orientado no tempo e no espaço	95,0
		Coordenação dos movimentos	70,4
	<b>Oxigenação</b>	Ausculta pulmonar	52,4
		Freqüência respiratória	88,5
		Permeabilidade das vias aéreas	75,4
	<b>Nutrição</b>	Dentição incompleta	55,7
		Jejum	55,7
	<b>Hidratação</b>	Acesso venoso (periférico, central)	63,9
	<b>Regulação térmica</b>	Temperatura corporal	93,4
		Temperatura da pele ao tato	80,3
	<b>Regulação Vascular</b>	Coloração da pele	95,0
		Perfusão periférica	93,4
		Pressão arterial	96,7
		Freqüência cardíaca	91,8
		Ritmo cardíaco	70,4
		Características do pulso	95,0
		Condições da rede vascular periférica	91,8
		Pulso periférico	96,7
	<b>Percepção: visual, auditiva, gustativa, olfativa, tátil, dolorosa.</b>	Condição da visão	55,7
<b>Integridade física e cutâneo-mucosa</b>	Condições da pele	90,1	
	Mucosa oral	57,3	
	Venóclise	68,8	
<b>Cuidado Corporal</b>	Capaz de banha-se	50,8	
	Capaz de vesti-se	50,8	
<b>Motilidade</b>	Movimento de todas as partes do corpo	63,9	
	Mobilidade no leito	80,3	
<b>Ambiente terapêutico</b>	Iluminação adequada	60,6	
<b>PSICOSSOCIAIS</b>	<b>Segurança</b>	Ansiedade	67,2

**Quadro 1:** Distribuição dos indicadores empíricos das fases pré e pós-operatória com freqüência de surgimento maior ou igual a 50%.

Indicadores mostram alterações em situações consideradas normais ou esperadas e é através da sua identificação que se pode evitar a instalação do problema (DENSER, 2003). Segundo Daniel (1981, p. 71), problema “é toda situação que requer atendimento à necessidade”.

Tendo em vista as afirmações acima, foram considerados também alguns indicadores que apresentaram freqüência de surgimento inferior a 50% e que são

essenciais para a identificação de problemas em clientes cirúrgicos. Levando-se em consideração que a busca dos indicadores foi realizada em um determinado período e que diversos indicadores cirúrgicos estão relacionados ao tipo de cirurgia realizada, infere-se que o percentual abaixo de 50% pode estar relacionado à baixa frequência da cirurgia durante o período de coleta de dados. Apesar de nessa fase procurar-se identificar indicadores que apontem alterações em padrões considerados normais, foram considerados alguns indicadores não identificados durante a coleta de dados, porém essenciais para que a enfermeira, em sua avaliação, deva rotineiramente investigá-lo.

Para melhor entendimento, descreve-se o exemplo a seguir: a necessidade de eliminação constitui um indicador que é avaliado sempre em um cliente cirúrgico. Portanto o fato de sua alteração ter sido identificada com um percentual baixo não significa que ela deva ser excluída do instrumento. Sendo assim, as necessidades que apresentaram indicadores com baixa frequência foram analisadas; e aquelas consideradas relevantes – levando-se em conta a sua importância na avaliação do cliente cirúrgico e na prevenção de complicações – foram incluídas no instrumento. A relevância desses indicadores possui respaldo científico em toda a bibliografia consultada, o que justifica a sua agregação ao instrumento.

Dessa forma, tivemos 55 indicadores com frequência inferior a 50% considerados relevantes; desses, 49 encontravam-se nas **Necessidades Psicobiológicas**; e apenas 06, nas **Necessidades Psicossociais**, conforme demonstrado no quadro 2:

	<b>NECESSIDADES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FREQÜÊNCIA %</b>
<b>PSICOBIOLOGICAS</b>	<b>Regulação Neurológica</b>	Cefaléia	19,6
		Perda temporária da sensibilidade	21,3
	<b>Oxigenação</b>	Tosse	14,7
	<b>Regulação Vascular</b>	Varizes	26,2
		Doenças cardiovasculares	21,3
	<b>Nutrição</b>	Abdome globoso	26,2
		Abdome doloroso	24,5
		Uso de prótese	18,0
		Peso	27,8
	<b>Hidratação</b>	Diminuição do turgor e elasticidade	14,7
		Diminuição da umidade das mucosas	14,7
		Ingestão hídrica (freqüência, volume)	21,3
		Sede	47,5
	<b>Eliminação</b>	Sonda vesical de demora	29,5
		Náuseas	19,6
		Vômitos	11,4
		Ruído hidroaéreo diminuído ou ausente.	32,7
		Hábitos intestinais	14,7
	<b>Regulação hidrossalina e eletrolítica</b>	Risco de perdas líquidas e de eletrólitos	16,3
		Risco de perdas líquidas e de eletrólitos	18,0
	<b>Regulação imunológica</b>	Susceptibilidade às infecções	16,3
	<b>Percepção: visual, auditiva, gustativa, olfativa, tátil, dolorosa.</b>	Acuidade visual diminuída	29,5
		Condições da audição	45,9
		Zumbidos	13,1
		Sensibilidade à dor	36,0
		Presença de dor (local, freqüência, tipo)	44,2
		Expressão facial de dor	14,7
	<b>Integridade física e cutâneo-mucosa</b>	Ressecada	18,0
		Palidez	18,0
		Cicatriz	21,0
		Ferida operatória	40,9
		Condições da mucosa	49,1
		Procedimentos invasivos	42,6
<b>Sono e Repouso</b>	Sono interrompido	21,3	
	Acorda várias vezes à noite	16,3	
	Dorme durante o dia	16,3	
	Sonolência	31,1	
<b>Cuidado Corporal</b>	Necessita de ajuda para realizar o cuidado	18,0	
<b>Motilidade</b>	Presença de drenos e sondas	29,5	
	Necessidade de ajuda para se movimentar	16,3	
<b>Locomoção</b>	Deambula	49,1	
<b>Exercício e Atividades físicas</b>	Dor ao movimento	22,9	
	Ausência de exercícios regulares	14,7	
	Força muscular	18,0	
	Tônus muscular	24,5	
<b>Abrigo</b>	Casa própria	13,1	
	Destino do lixo	11,4	
	Água tratada	11,4	
<b>Ambiente terapêutico</b>	Ambiente livre de perigo	36,0	
<b>PSICOSSOCIAIS</b>	<b>Comunicação</b>	Não fala ou não pode falar	24,5
	<b>Gregária</b>	Presença de visitas	34,4
	<b>Liberdade</b>	Dependente da enfermagem	11,4
	<b>Segurança</b>	Medo	47,5
		Apreensão	36,0
<b>Aprendizagem (ensino à saúde)</b>	Falta de conhecimento sobre a sua doença	45,9	

**Quadro 2:** Distribuição dos indicadores empíricos das fases pré e pós-operatória com freqüência de surgimento menor que 50%.

As necessidades consideradas não-relevantes após análise foram: as necessidades **Psicobiológicas** (regulação hormonal, sexualidade, abrigo, ambiente terapêutico, mecânica corporal), as **Psicossociais** (auto-imagem e auto-estima, auto-realização, amor e aceitação, recreação e lazer, criatividade e atenção) e as **Psicoespirituais** (religiosidade ou teológica, ética ou filosofia de vida), que não apresentaram percentuais significativos para serem incluídas na primeira versão do instrumento.

Diante desses dados, foi elaborada a primeira versão do instrumento de coleta de dados para o cliente cirúrgico (Apêndice C). Para essa elaboração, levou-se em consideração que, para se estruturar um instrumento de coleta de dados, é necessário ter-se em mente que este deve seguir uma seqüência lógica do tema abordado: partir do geral para o mais específico, do menos pessoal para o mais pessoal; e que, ao se estruturar um instrumento, deve-se ter a certeza de que todos os temas que se deseja investigar estão abordados no mesmo. Esses cuidados tornam a aplicação do instrumento menos cansativa e favorece o entrosamento do pesquisador com o pesquisado (GUNTHER, 1996). A forma de apresentação do instrumento seguiu o modelo proposto pelo Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Após a construção da primeira versão do instrumento de coleta de dados, partiu-se para a terceira fase da pesquisa – a validação do conteúdo – considerada de grande importância para a pesquisa devido estar voltada para a relevância dos itens que compõem o instrumento.

### 3.3 TERCEIRA FASE: VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO

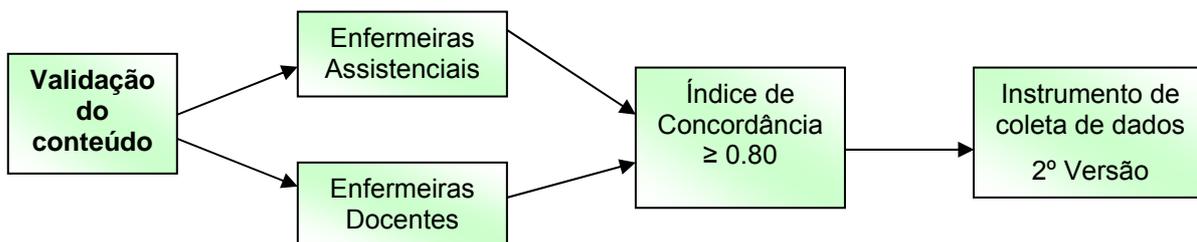


Fig. 4: Etapas da terceira fase da pesquisa

Autores como Contrandiopoulos et al (1994); Richardson (1999); Lobiondo-Wood e Haber (2001); Polit; Beck e Hungler (2004) referem que um instrumento é válido quando mede o fenômeno o qual se propõe medir.

Portanto, a validação do instrumento constitui uma das etapas mais importantes na construção do mesmo, tendo em vista que essa fase avalia a eficácia e assegura a qualidade do instrumento. Os autores acima referem que existem três maneiras de validar um instrumento, são elas: validade do conteúdo, validade do construto e validade referente ao critério; e que a escolha do método de validação está associada com a característica do instrumento e sua utilização.

Embasado na afirmativa acima, optou-se nesta pesquisa pela validação do conteúdo, por ser esse método o mais indicado para verificar se os itens (conteúdo) do instrumento refletem a realidade que se pretende medir, além de ser o método ultimamente mais utilizado para validar instrumentos para áreas específicas (CONTRANDIOPOULOS et al., 1994).

De acordo com Grey (2001), esse tipo de validade exige que o instrumento seja avaliado por especialistas com conhecimento na área para o qual o mesmo está sendo proposto; isso assegura ao pesquisador que o instrumento realmente meça o que se pretende.

Submeter o instrumento à avaliação de profissionais que tenham experiência com o cliente cirúrgico enriquecerá esse instrumento, uma vez que poderão contribuir com sugestões que facilitem o levantamento das necessidades a esse tipo de cliente e favoreçam a aplicação do instrumento.

Vale salientar que validar um instrumento não é tarefa fácil e constitui um processo sem fim. Segundo Polit; Beck e Hungler (2004, p. 294), “quanto mais evidências puderem ser reunidas de que o instrumento está medindo o que deve medir; maior a confiança que os pesquisadores terão em sua validade”.

Diante de tudo o que foi exposto, iniciou-se a terceira fase da pesquisa – a fase de validação do conteúdo da primeira versão do instrumento de coleta de dados para cliente cirúrgico (Apêndice C), construído e estruturado nas fases anteriores.

### *3.3.1 Percurso da validação*

Essa primeira versão do instrumento de coleta de dados foi entregue às enfermeiras assistenciais da Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB e às enfermeiras docentes da disciplina Enfermagem Cirúrgica da Universidade Federal da Paraíba, para validarem o conteúdo contido no instrumento através do índice de concordância. Estas julgaram o conteúdo de cada item do instrumento, concordando ou discordando dos mesmos. A partir daí, buscou-se o índice de concordância.

Nesta fase, foram entregues 17 instrumentos de coleta de dados, distribuídos entre 13 enfermeiras assistenciais da clínica cirúrgica e 04 enfermeiras docentes. Destes, 15 instrumentos foram devolvidos: duas enfermeiras assistenciais não o devolveram. É importante esclarecer que, apesar de a clínica cirúrgica contar com uma equipe de 17 enfermeiras, só foram distribuídos 13 instrumentos. Esse número justifica-se em virtude da ausência de duas profissionais que se encontravam de férias; uma de licença; e de uma profissional ter se recusado a colaborar com a pesquisa.

Após a confirmação da participação no estudo, foram entregues às enfermeiras além do instrumento de coleta de dados (Apêndice C), uma carta de esclarecimento e o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), que continha informações acerca dos objetivos da pesquisa, sua importância para o serviço, explicações quanto à construção do instrumento, o respeito ao anonimato e o direito de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento. Seu conteúdo esclarecia a forma como o instrumento fora construído, como também descreveria

os cuidados necessários exigidos pela resolução 196/96, no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos.

Com o aceite em participar da pesquisa e a confirmação da compreensão das informações fornecidas, deu-se início a esta fase com a entrega do instrumento de validação (Apêndice E) às enfermeiras, com o intuito de promover a análise dos itens que constitui o instrumento. Este continha o título central de cada item do instrumento a ser avaliado, um espaço para sugestões em caso de discordância do conteúdo do item avaliado e, ao final, itens referentes aos dados demográficos concernentes a cada avaliadora.

Ao ser entregue o instrumento, foi explicado a cada avaliadora que a avaliação delas era importante para poder validar o instrumento construído e que observassem os indicadores empíricos de cada necessidade para poderem expressar a concordância ou não com eles.

Estando com todos os instrumentos em mãos, foi possível caracterizar as participantes e calcular o índice de concordância de cada item do instrumento avaliado, conforme se descreverá a seguir.

### *3.3.2 Resultado da validação*

Das 15 enfermeiras participantes, todas (100%) eram do sexo feminino; 11 (73,3%) eram assistenciais e 04 (26,7%) eram docentes. Em relação à titulação, 08 (53,3%) eram especialistas; 05 (33,3%) eram apenas graduadas; 01 (6,7%) era mestre e 01 (6,7%) era doutora. Quanto ao tempo de experiência profissional, apenas 01 (6,7%) tinha entre 01 a 05 anos; 04 (26,7%) tinham experiência variando entre 06 e 10 anos; 06 (33,3%) tinham entre 11 e 15 anos; 03 (20,0%) tinham entre 16 e 20 anos e 02 (13,3%) das participantes tinham experiência acima de 20 anos. Em relação ao tempo de experiência na clínica cirúrgica 08 (53,4%) tinham entre 01 e 10 anos; 06 (40%) variavam entre 11 e 20 anos, e apenas 01 (6,6%) possuía mais de 20 anos de experiência na clínica cirúrgica.

Os itens avaliados pelas enfermeiras foram: dados de identificação; experiência com cirurgia; antecedentes familiares; necessidades humanas básicas/exame físico; necessidades de regulação neurológica; oxigenação; regulação

vascular; nutrição; hidratação e regulação hídrica e eletrolítica; eliminação; regulação imunológica; regulação térmica; percepções visuais, auditivas, gustativas, sensitivas e dolorosas; integridade física e cutâneo-mucosa; sono e repouso; cuidado corporal; exercício e atividade física/mecânica corporal/motilidade; locomoção; segurança/gregária; comunicação; aprendizagem (educação para saúde); de abrigo/ambiente terapêutico; impressões da enfermeira.

Esses apresentaram grau de concordância variando de 0.80 a 0.96. Em relação a esses itens, algumas sugestões foram consideradas após confrontadas com a literatura pertinente ao assunto, com o intuito de confirmar-se a necessidade de inclusão das mesmas.

Dessa forma, foram aceitas as seguintes sugestões: acrescentou-se um item em relação ao uso de medicação através das perguntas: **Faz uso de medicamentos? Sim ou não; Qual?** De acordo com Rutherford et al (2005), algumas drogas podem provocar distúrbios hematológicos, a exemplo da aspirina e dos antiinflamatórios não esteróides. Acrescentou-se também o item **Antecedente obstétrico**, a fim de investigar o número de gestação, paridade e aborto, tendo em vista a clínica realizar cirurgias ginecológicas, como, por exemplo, a histerectomia, que pode ser necessária em mulheres que ainda não tiveram filhos, impedindo, portanto, esse sonho e gerando conflitos pessoais e familiares.

Em relação às **necessidades de eliminação**, foi sugerida a inclusão do aspecto do vômito, da consistência das evacuações (líquida, pastosa e semipastosa), e ainda a ocorrência de incontinência urinária, disúria, poliúria, citostomia, sonda suprapúbica, instilação vesical; em **relação aos drenos**, aspecto da secreção (serosa, hemática, biliosa, purulenta); e na **necessidade de locomoção**, o uso de bengala, muletas, cadeira de rodas. Essas sugestões foram apontadas, e foi considerada como necessária sua inclusão para a melhoria do instrumento.

Dos itens avaliados, apenas a necessidade de oxigenação e de integridade física e cutâneo-mucosa obtiveram grau de concordância igual a 0.76. Vale salientar que a discordância desses itens ocorreu em relação aos indicadores empíricos, pois as enfermeiras sentiram a necessidade de acrescentar mais indicadores, sugerindo as seguintes inclusões: na **necessidade de oxigenação**, tosse produtiva (sim ou não), secreção, traqueostomia e uso de oxigênio; na

**necessidade de integridade física e cutâneo-mucosa**, em ferida operatória, acrescentar as classificações: limpas, secas, oclusivas; presença de secreção: serosa, hemática, purulenta, biliosa; e em relação à coloração da pele, cianose.

Após essas modificações, foi possível elaborar a segunda versão do instrumento de coleta de dados para clientes adultos cirúrgicos (Apêndice F) e partir para quarta e última etapa da pesquisa, que teve como finalidade verificar a operacionalização do instrumento através da sua aplicação no cliente cirúrgico.

### 3.4 QUARTA FASE: OPERACIONALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO

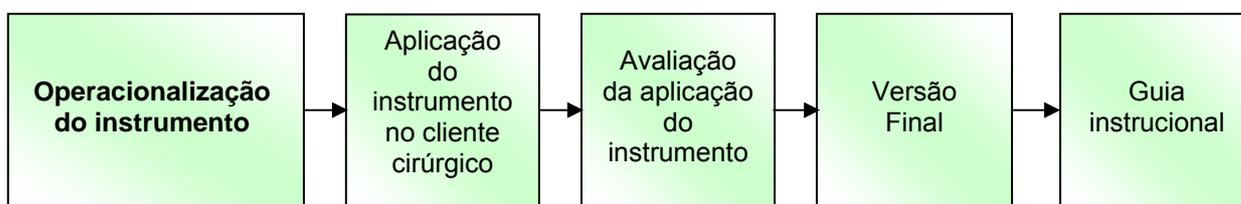


Fig. 05: Etapas da quarta fase da pesquisa

A construção de um instrumento de coleta de dados deve abranger itens que possam revelar as reais necessidades do cliente, de forma que a sua operacionalização deva ser testada através da aplicação clínica diretamente no cliente, constituindo-se uma etapa relevante para a identificação de sua validade, confiabilidade e credibilidade. Para Lobiondo-Wood e Haber (2001, p. 192), a confiabilidade de um instrumento está relacionada com a sua “coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade”.

Portanto, para se medir a credibilidade de um instrumento, dispõe-se de algumas técnicas; dentre elas, optou-se pela triangulação do investigador, pelo fato de essa técnica atender ao objetivo da fase em discussão que, segundo Lincoln e Guba (1985 apud POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 296), consiste na “utilização de mais de uma pessoa para coletar, analisar ou interpretar um conjunto de dados”.

### 3.4.1 Passos iniciais da operacionalização

Inicialmente, foi realizado contato verbal com a enfermeira-chefe da clínica cirúrgica, com a finalidade de solicitar sua permissão para a aplicação do instrumento de coleta de dados em clientes cirúrgicos, pelas enfermeiras da referida clínica. Após a autorização, foi acordada a participação da pesquisadora na reunião mensal das enfermeiras da clínica. Nesta, foram apresentados os objetivos desta fase, enfatizando-se a importância de se avaliar e analisar a operacionalização do instrumento proposto. Com a avaliação deste, obter-se-á um instrumento de coleta de dados que represente uma ferramenta viável na busca da identificação das necessidades do cliente cirúrgico.

Outro aspecto focado nesse encontro foi a necessidade de reunir as enfermeiras que aceitassem participar desta fase, com o objetivo de discutir com elas cada item e identificar o melhor indicador para a obtenção dos dados junto ao cliente cirúrgico. Entretanto, para suprir essa necessidade, foi sugerida pelas mesmas a elaboração de uma ficha, onde as sugestões acerca da inclusão ou exclusão de indicadores, dúvidas e dificuldades encontradas durante a aplicação do instrumento fossem anotadas. As justificativas foram o conhecimento do instrumento em virtude de terem participado da fase de validação e a dificuldade de comparecer à reunião<sup>3</sup>.

Com a finalidade de aumentar o número de enfermeiras na aplicação do instrumento, para se ter uma maior avaliação do mesmo, foi realizado contato com algumas delas que participaram da etapa anterior e não estavam presentes no momento da reunião. Infelizmente, poucas contribuíram com essa etapa da pesquisa. Algumas alegaram que a aplicação do instrumento, uma vez que as informações não poderiam ficar no prontuário do cliente, aumentaria seu trabalho. Dessa forma, a escolha do número de enfermeiras nesta etapa obedeceu aos critérios de disponibilidade e aceitabilidade para aplicação “*in loco*” do instrumento. Portanto, apenas 06 enfermeiras que estavam presentes na reunião participaram desta etapa – coincidentemente todas haviam participado da etapa de validação do conteúdo (etapa anterior). Ressalta-se ainda que, nesta fase, não houve a

---

<sup>3</sup>. A participação das enfermeiras nas reuniões mensais é mínima, devido a outros empregos.

participação das enfermeiras docentes, tendo em vista as mesmas não estarem desenvolvendo atividades na clínica durante a sua realização.

Sabendo-se que o principal objetivo desta etapa era a aplicação clínica do instrumento e, conseqüentemente, a avaliação de cada item que o compõe, solicitou-se que cada enfermeira aplicasse, no mínimo, cinco instrumentos de coleta de dados. Sendo assim, foram entregues cinco instrumentos de coleta de dados (Apêndice F) a cada enfermeira, totalizando trinta instrumentos para testagem clínica. Foi deixada em cada ala da clínica uma pasta contendo 10 instrumentos a mais, caso precisassem. Junto com os instrumentos, foi entregue uma ficha de avaliação da operacionalização do instrumento (Apêndice G) na qual havia espaço para que as mesmas descrevessem, como referido anteriormente, itens necessários ou desnecessários para atender às necessidades do cliente, dúvidas e dificuldades encontradas durante o processo de operacionalização, bem como as sugestões que pudessem advir. Foi solicitado também a cada enfermeira que registrassem, no próprio instrumento, o tempo gasto para o preenchimento do mesmo.

O processo de aplicação clínica do instrumento de coleta de dados foi realizado pelas enfermeiras por um período de três semanas, pois o maior número de admissões ocorre na segunda-feira<sup>4</sup>, com um número aproximadamente de 15 a 20 clientes admitidos.

#### *3.4.2 Achados da operacionalização*

Após a aplicação dos instrumentos pelas enfermeiras, os mesmos foram analisados. Das seis enfermeiras que realizaram a aplicação do instrumento, duas o fizeram em apenas um paciente, respectivamente, de modo que 8 deles não foram preenchidos devido às mesmas alegarem falta de tempo. Portanto, obteve-se um número de instrumentos inferior ao proposto; isto é, dos 30 instrumentos propostos para aplicação obtivemos apenas 22 preenchidos.

A seguir, tecer-se-ão considerações acerca da análise das fichas de avaliação. Observou-se que poucas sugestões foram dadas com a intenção de

---

<sup>4</sup> Este dia é destinado para admissões dos clientes com programação cirúrgica prevista para a semana.

modificar o instrumento. Esse fato, possivelmente, deveu-se ao caminho percorrido nas etapas pré-estabelecidas para a construção do mesmo.

Em relação ao tempo gasto para preenchimento do instrumento, teve-se uma média de vinte minutos; quanto a sua aplicação, as enfermeiras não apresentaram nenhuma dificuldade na prática deste. Entretanto algumas sugestões ainda foram evidenciadas quanto à necessidade de inclusão de itens.

Em relação às sugestões descritas nas fichas de avaliação, as enfermeiras apontaram a necessidade de incluir o item: ***História da doença atual / Queixa principal***, com a finalidade de conhecer as razões da procura de assistência, como também identificar há quanto tempo o cliente vem apresentando alterações físicas.

Dando seqüência à avaliação realizada pelas enfermeiras, verificou-se que, na opinião delas, havia a ausência dos tipos de respiração (eupnéica, dispnéia, taquipnéia e bradipnéia) no item ***necessidade de oxigenação***. Essa sugestão não foi acatada, devido à existência, no instrumento, de um item destinado ao registro dos sinais vitais, onde o valor obtido da respiração, quando interpretado, culmina com os itens sugeridos.

As enfermeiras solicitaram também a retirada da expressão murmúrios vesiculares do item ausculta pulmonar, sugestão esta acatada, sendo mantidos apenas os tipos de sons anormais, ou seja, os ruídos adventícios: estertores crepitantes, roncos, sibilos, atrito pleural.

Outro item modificado devido às considerações das enfermeiras, após a operacionalização do instrumento, foi a ***necessidade de sono e repouso***. Foi sugerida a retirada do item medicação sedativa, por este ser confundido com os agentes pré-anestésicos, que, segundo Miller (1993), possuem a finalidade de aliviar ansiedade e proporcionar sedação. O objetivo do termo acima, usado no instrumento, foi investigar o uso de medicamentos em caso de insônia ou dificuldade para dormir. A sugestão foi aceita; e o item, modificado para indutores do sono.

Na ***necessidade de eliminação***, sugeriram retirar o item presença de drenos e colocá-lo na necessidade de integridade física e cutâneo-mucosa. Essa sugestão não foi acatada, uma vez que a finalidade dos drenos é de eliminar

substâncias desnecessárias ao organismo, portanto, confrontando-se com a literatura, esse item deve permanecer na necessidade de eliminação.

Tendo realizado as modificações sugeridas após a operacionalização do instrumento, construiu-se a versão final deste, o qual será apresentado a seguir.

## 3.4.3 Versão Final do Instrumento de Coleta de dados



**HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**  
LAURO WANDERLEY-UFPB

**DIVISÃO DE ENFERMAGEM**  
**Sistematização da Assistência de Enfermagem**  
**Clínica Cirúrgica**  
**Histórico de Enfermagem**

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:				Idade:	
Como é chamado em casa:		Enfermaria:	Leito:		Nº Prontuário
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Data Nascimento:	Escolaridade:	Religião:	
Procedência:		Profissão:		Ocupação:	
Data de admissão:		Pré-operatório <input type="checkbox"/> Pós-operatório <input type="checkbox"/>		Cirurgia Proposta:	
Data da Cirurgia: ____/____/____			Cirurgia Realizada:		

**2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL /QUEIXA PRINCIPAL:**

_____
-------

**3. EXPERIÊNCIA CIRURGICA? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL?**

_____
-------

**4. USO DE MEDICAMENTOS? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (IS)?**

_____
-------

**5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_**

_____
-------

**6. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:**

_____
-------

**7. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS / EXAME FÍSICO:**

T _____ °C	P _____ bpm	R _____ ipm	PA _____ mmHg		
Altura _____ cm	Peso _____ Kg	CA _____ cm	IMC _____	Glicemia _____ mg/dl	
<b>Necessidade de Regulação neurológica</b>					
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> consciente <input type="checkbox"/> inconsciente <input type="checkbox"/> orientado <input type="checkbox"/> desorientado <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> torporoso <input type="checkbox"/> sonolento					
Coordenação dos movimentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> perda temporária da sensibilidade					
<b>Necessidade de Oxigenação</b>					
Ausculta pulmonar: <input type="checkbox"/> estertores creptantes <input type="checkbox"/> roncos <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> atrito pleural					
Tosse: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Produtiva: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Secreção _____					
Traqueostomia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Uso de Oxigênio: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Permeabilidade das Vias Aéreas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					
<b>Necessidade de Regulação Vascular</b>					
Doença Cardiovascular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____					
Perfusão Periférica: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída Característica do pulso periférico: <input type="checkbox"/> cheio <input type="checkbox"/> filiforme					
Condições da Rede Vascular Periférica: <input type="checkbox"/> Comprometida <input type="checkbox"/> Preservada					
Presença de: <input type="checkbox"/> varizes <input type="checkbox"/> edema Local: _____					
<b>Necessidade de Regulação Térmica</b>					
Temperatura da pele: <input type="checkbox"/> normotérmica <input type="checkbox"/> hipotérmica <input type="checkbox"/> hipertérmica					
<b>Necessidade de Nutrição</b>					
Hábitos alimentares: _____					
Alimentação: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejum <input type="checkbox"/> anorexia					
Dentição: <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> incompleta Uso de prótese: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					
Tipo somático: <input type="checkbox"/> emagrecido <input type="checkbox"/> obeso <input type="checkbox"/> caquético Abdomem: <input type="checkbox"/> timpânico <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> doloroso					
<b>Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica</b>					
<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular <input type="checkbox"/> câimbras <input type="checkbox"/> sede Umidade das mucosas: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída					
Turgor e elasticidade da pele: <input type="checkbox"/> preservado <input type="checkbox"/> diminuído					
Perdas hídricas e eletrolíticas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quantidade: _____					
Reposição de substâncias hidroeletrolíticas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quais? _____					
Acesso venoso: <input type="checkbox"/> periférico <input type="checkbox"/> central <input type="checkbox"/> dissecação venosa Localização: _____					

<b>Necessidade de Eliminação</b>		
Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> endurecida <input type="checkbox"/> líquidas <input type="checkbox"/> pastosas <input type="checkbox"/> semi-pastosa <input type="checkbox"/> colostomia/ileostomia <input type="checkbox"/> flatulência		
Ruídos hidroaéreos: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> vômitos Aspecto: _____		
Diurese: <input type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/> instilação contínua <input type="checkbox"/> incontinência <input type="checkbox"/> retenção urinária <input type="checkbox"/> disúria <input type="checkbox"/> poliúria		
Aspecto da diurese: _____ Quantidade: _____		
Presença de drenos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: _____ Local: _____		
Aspecto da secreção drenada: _____		
<b>Necessidade de Regulação Imunológica</b>		
Alergias: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____		
Doenças imunossupressoras: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____		
Tratamento imunossupressor: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Susceptibilidade a infecção: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<b>Necessidade de Percepção visual, auditiva, gustativa, sensitiva, dolorosa</b>		
Condição da visão: <input type="checkbox"/> acuidade visual diminuída <input type="checkbox"/> uso de lentes/óculos Deficiente visual: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Condição da audição: <input type="checkbox"/> acuidade auditiva diminuída <input type="checkbox"/> zumbidos		
Deficiente auditivo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Uso de aparelho: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Paladar: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ausente		
Dor: <input type="checkbox"/> expressão facial de dor <input type="checkbox"/> relato verbal de dor <input type="checkbox"/> dor a estimulação tátil Local: _____		
<b>Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa</b>		
Condições da pele: <input type="checkbox"/> cicatriz <input type="checkbox"/> equimose <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> celulite <input type="checkbox"/> manchas <input type="checkbox"/> lesões		
Localização _____		
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> normocorada <input type="checkbox"/> hipocorada <input type="checkbox"/> hiperacorada <input type="checkbox"/> icterica <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> ressecada <input type="checkbox"/> cianótica		
Ferida Operatória: <input type="checkbox"/> rubor <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> limpa e seca <input type="checkbox"/> oclusiva <input type="checkbox"/> deiscência		
Presença de secreção: <input type="checkbox"/> hemática <input type="checkbox"/> serosa <input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> biliosa		
Condições da mucosa: <input type="checkbox"/> úmida <input type="checkbox"/> ressecada <input type="checkbox"/> fissuras Outras lesões: _____		
Procedimentos invasivos: <input type="checkbox"/> venóclise <input type="checkbox"/> sondas <input type="checkbox"/> drenos Tipo: _____		
<b>Necessidade de Sono e Repouso</b>		
Indutores do sono: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual _____		
Características do sono: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sono interrompido <input type="checkbox"/> sonolento <input type="checkbox"/> acorda varias vezes durante a noite <input type="checkbox"/> dorme durante o dia		
Alterações no padrão do sono: <input type="checkbox"/> ambientais <input type="checkbox"/> individuais		
<b>Necessidade de cuidado corporal</b>		
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> precária Presença de odor: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Freqüência de banho: _____		
Higiene bucal: <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> precária Necessidade de ajuda para realizar o cuidado: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<b>Necessidade de Exercício e Atividade Física / Mecânica Corporal/ Motilidade</b>		
Exercício físico regular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: _____ Freqüência semanal: _____		
Limitação física: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: _____ Força muscular: <input type="checkbox"/> hipertonia <input type="checkbox"/> hipotonia		
Necessidade de ajuda para se movimentar: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Dor ao movimento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<b>Necessidade de locomoção</b>		
Deambula: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Necessita de ajuda para deambular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Uso de: <input type="checkbox"/> muleta <input type="checkbox"/> bengala <input type="checkbox"/> cadeira de rodas		
<input type="checkbox"/> acamado <input type="checkbox"/> paraplégico <input type="checkbox"/> ausência de membros Qual _____		
<b>Necessidade de Segurança / Gregária</b>		
Sentimentos e Comportamentos: <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> apreensão <input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> presença de familiares/visitas		
<b>Necessidade de Comunicação</b>		
Comunicação verbal: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> prejudicada Causa: _____		
<b>Necessidade de aprendizagem (educação para saúde)</b>		
Conhecimento sobre a cirurgia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Conhecimento sobre a anestesia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Realiza exames preventivos de: <input type="checkbox"/> mama <input type="checkbox"/> citológico <input type="checkbox"/> próstata Período: _____		
Tabagismo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Etilismo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tempo: _____		
<b>Necessidade de abrigo/ ambiente terapêutico</b>		
Casa própria: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Coleta de lixo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Água tratada: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ambiente livre de perigo <input type="checkbox"/> iluminação adequada		

**8. IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA:**

Enfermeira:	COREN:	Data: ____/____/____

### 3.4.4 Guia Instrucional

#### **ROTEIRO PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CLIENTE CIRÚRGICO ADULTO**

O instrumento de coleta de dados para o cliente cirúrgico adulto é o primeiro passo para a implantação do processo de enfermagem. É através dele que se irá identificar as necessidades do cliente, estabelecer os diagnósticos de enfermagem e priorizar a assistência, ou seja, a partir desta etapa se irá planejar toda a assistência de enfermagem com o intuito de atender às necessidades do cliente. Diante disso, este roteiro tem como objetivo direcionar a enfermeira quanto aos aspectos que deve observar e registrar durante o preenchimento do instrumento de coleta de dados, de modo que contribua para a SAE na Clínica Cirúrgica.

Tendo em vista este roteiro ser desenvolvido para ser utilizado na clínica cirúrgica do HULW, alguns itens dos dados de identificação têm por referência o trabalho de Virginio (2003).

#### **1. IDENTIFICAÇÃO**

**Nome** – registrar o nome completo (sem abreviaturas), e **como gostaria de ser chamado**.

**Sexo** – assinalar ao lado da letra de acordo com a conformação biológica (**M**, para o sexo masculino e **F**, para o sexo feminino).

**Estado civil** – registrar levando em consideração a seguinte referência: *casado* quem tem o estado civil de casado; *desquitado, separado ou divorciado*, quem tem este estado homologado por decisão judicial; *viúvo, solteiro e união consensual*, quem vive em companhia de cônjuge com quem não constitui união legal.

**Escolaridade** – identificar e registrar o grau de escolaridade (analfabeto, alfabetizado, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior); atentar para os casos de educação informal. Em relação aos itens analfabeto e alfabetizado, avaliar no cliente a capacidade de leitura e escrita, destacando se lê

e escreve, lê com dificuldade ou apenas assina o nome. Esses dados são importantes para poder avaliar o grau de compreensão do cliente quanto às orientações do pré e pós-operatório, e às medidas de tratamento.

**Religião** – registrar a crença religiosa de acordo com a declaração do cliente.

**Procedência** – indicar o lugar de onde o cliente veio (residência, instituição de saúde ou de outra clínica do hospital).

**Profissão/ocupação** – registrar a atividade principal exercida pelo cliente.

**Data de admissão** – registrar a data em que o cliente foi admitido na clínica.

**Pré e Pós-operatório** – neste item, deve-se marcar a fase operatória em que o cliente se encontra no momento da admissão e classificá-la em imediato e mediato.

**Cirurgia proposta** – preencher este campo com o nome da cirurgia que está sendo proposta para o cliente no momento da admissão.

**Data da Cirurgia e Cirurgia Realizada:** deverá ser preenchido caso o cliente seja admitido na fase pós-operatória.

## 2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / QUEIXA PRINCIPAL

Investigar a história da doença atual: há quanto tempo o cliente vem apresentando sintomas. Registrar os motivos e os sintomas apresentados no momento da internação. Descrever cada sintoma detalhadamente, com base nas seguintes características: localização, intensidade, gravidade, situação em que ocorre, fatores que aumentam ou diminuem, sintomas associados e a opinião do cliente sobre o significado dos sintomas.

## 3. EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA ANTERIOR

Investigar se o cliente realizou cirurgia anterior. Em caso positivo, registrar qual a cirurgia realizada; há quanto tempo; como foi sua experiência

cirúrgica e se houve complicações. Investigar também o tipo de anestesia à qual foi submetido; se houve presença de intercorrências durante o trans-operatório, como: febre (hipertermia) decorrente da anestesia, parada cardíaca, hemorragia, alergias, entre outros e desconfortos e complicações pós-operatórios. Registrar o uso de hemotransfusão.

#### **4. USO DE MEDICAMENTOS**

Investigar se o cliente faz uso diário de medicamentos: nome dos mesmos, posologia, tempo de uso, se foi indicação médica ou não. Investigar também se fez ou faz uso de medicamentos imunossupressivos, quimioterápicos e radioterápicos, e o tempo de uso.

#### **5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

Devem-se registrar o número de gestações (incluindo aborto), o número de filhos (entre vivos e mortos) e o número de abortos. No caso de aborto, deve-se investigar se este foi espontâneo ou provocado.

#### **6. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES**

Investigar no cliente história de doença mental e doenças anteriores, como: câncer, diabetes, hipertensão, problemas de tireóide, convulsões, Acidente Vascular Cerebral (AVC), infecções respiratórias, doenças sexualmente transmitidas, doenças hepáticas.

Investigar estado de saúde do núcleo familiar e dos parentes consangüíneos (pais, tios, avós e irmãos), a ocorrência de doenças como artrite, diabetes mellitus, hipertensão, câncer, anemia falciforme e distúrbios mentais; como também a causa de morte.

#### **7. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS / EXAME FÍSICO**

##### **Registro dos Sinais Vitais:**

*Temperatura:* verificar a temperatura axilar utilizando-se um termômetro por um período de 5 a 7 minutos; registrar o valor correspondente.

*Pulso:* verificar o pulso radial em um minuto para evitar erros, atentando para alterações da frequência (bradisfigmia, taquisfigmia); avaliar o ritmo (rítmico ou arritmico); registrar amplitude (0 pulso ausente, impalpável; 1+ pulso diminuído, apenas palpável, fácil de obliterar; 2+ palpável com facilidade; 3+ cheio, aumentado; 4+ forte, não pode ser obliterado). Investigar simetria dos pulsos radiais. Verificar o pulso apical: localizar o 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular e contar a frequência cardíaca por um minuto. Frequência: >100 bpm, taquicardia e <60bpm, bradicardia (POTTER, 2002).

*Respiração:* verificar a frequência dos movimentos expiratório e inspiratório em um minuto. Avaliar frequência: <12 rpm (bradipnéia) e >20rpm (taquipnéia). Avaliar o ritmo (regular e irregular) e a profundidade (superficial ou profunda). Registrar o tipo respiratório: Cheyne-Stokes, períodos alternados de respiração profunda com apnéia; Brot ou atáxica, respiração rápida e profunda em períodos curtos; Kussmaul, inspirações rápidas com período de apnéia e expirações profundas e ruidosas (POTTER, 2002; BARROS, 2002).

*Pressão arterial:* verificar em ambos os braços, com o cliente deitado. Registrar o valor, atentando para hipertensão ou hipotensão.

### **Medidas antropométricas:**

*Peso:* investigar se o cliente tem conhecimento do seu peso; pesar o mesmo, caso seja possível, e comparar com o valor informado pelo cliente. Investigar se o cliente observou alteração no seu peso para mais ou menos e há quanto tempo.

*Altura:* medir o cliente sem calçados, mantendo-o numa postura em linha reta.

*Índice de Massa Corporal (IMC):* calcular utilizando a seguinte forma: peso (Kg) dividido pelo quadrado da altura (m<sup>2</sup>). Classificar o resultado de acordo com Potter (2002).

- Normal: mulheres com IMC de 19 a 23; homens de 20 a 25;
- Excesso de peso: mulheres de 23 a 29; homens de 25 a 30;
- Obesidade: acima de 30 para ambos os sexos.

*Glicemia* - realizar a glicemia capilar do cliente na admissão; informar se o mesmo encontrava-se em jejum ou não, registrar o valor correspondente. Esse dado é importante para se ter um parâmetro no pós-operatório, tendo em vista nesta fase o cliente apresentar alterações glicêmicas.

#### **Necessidade de regulação neurológica:**

**Nível de consciência** – checar as alterações do nível de consciência e orientação. Verificar se o cliente tem consciência do tempo e do espaço; se está respondendo aos comandos verbais e estímulos dolorosos. Classificar se o mesmo encontra-se confuso, sonolento, toporoso, desorientado.

Atentar para os clientes admitidos no período pós-operatório, pois a desorientação ou confusão pode ocorrer em decorrência de dor; febre; efeitos colaterais ou efeitos tóxicos de medicamentos, principalmente os anestésicos; choque hipovolêmico; anemia grave; hipóxia; coma diabético e insuficiência hepática.

Registrar se o cliente apresenta coordenação dos movimentos e se apresenta perda da sensibilidade temporária, esta pode estar relacionada ao efeito do uso do anestésico.

#### **Necessidade de oxigenação**

Investigar história recente de resfriado, gripe, presença de tosse (seca ou produtiva). Descrever e registrar característica da secreção, em casos de tosse produtiva: espessa, amarelada, esverdeada, com sangue. Verificar permeabilidade das vias aéreas (se as mesmas estão desobstruídas). Registrar presença de cianose labial, dispnéia, bradipnéia, taquipnéia. Registrar alterações anormais na ausculta pulmonar, ruídos adventícios: Estertores creptantes – sons semelhantes ao roçar do cabelo; Roncos – som intenso, decorrente da passagem do ar pelos brônquios de grande calibre, cheios de secreção; Sibilos – som agudo decorrente da passagem de ar pelos brônquios de pequeno calibre; Atrito pleural - som semelhante ao ranger do couro, mais audível no final da inspiração até metade da expiração, presente na inflamação da pleura (BARROS, 2002; MARIA; MARTINS; PEIXOTO, 2003).

**Necessidade de regulação vascular**

Investigar e especificar o tipo de doença cardiovascular. Observar e registrar a perfusão periférica, através do enchimento vascular das polpas dos dedos: se a mesma encontra-se preservada ou não. Observar ingurgitamento da veia jugular. Avaliar característica dos pulsos periféricos: intensidade (cheio, filiforme), ritmicidade (regular ou irregular), condições da rede vascular periférica, presença de varizes, presença de dor, principalmente na panturrilha ou tornozelo, e edemas em MMII. Investigar a temperatura dos MMII e coloração da pele: membros frios e pálidos (indicativo de irrigação inadequada); isquemia grave (gangrena).

**Necessidade de regulação térmica**

Avaliar a temperatura da pele através do toque, constatando sua alteração através da verificação axilar com a utilização do termômetro. Registrar o tipo de alteração.

**Necessidade de Nutrição**

Investigar os hábitos alimentares (números de refeições, hora, quantidade, tipos de alimentos). Observar e checar as vias de alimentação (oral ou por sonda – checar o tipo de sonda). Investigar presença de jejum (registrar motivo), anorexia. Identificar o tipo somático (caquético, emagrecido, obeso) e os fatores que possam interferir na alimentação (condições da dentição, problemas com prótese, uso de sondas). Palpar o abdome observando e identificando a presença de dor, massa, flacidez, rigidez, distensão, timpanismo, abaulamentos. Investigar sinais de alterações nutricionais.

**Necessidade de hidratação e Regulação hídrica e eletrolítica**

Investigar quantidade de líquidos ingerida ao dia (copos), tipo de líquido e bebida preferida. Observar umidade das mucosas, sinais de desidratação, turgor e elasticidade da pele. Presença de câimbras, fadiga, sede. Anotar a presença de edema classificando-o de acordo com Potter (2002) em: + (2cm); ++ (4cm); +++ (6cm) e ++++ (8cm). Avaliar e registrar se o cliente apresenta risco de perdas

hídricas e eletrolíticas, e quantidade (essas perdas devem ser observadas através de sondas, drenos, ferida, entre outros). Observar e registrar as substâncias repostas por infusão venosa. Anotar tipo do acesso venoso e localização, observando o aspecto do local para monitorização quanto a sinais de infecção.

### **Necessidade de eliminação**

Investigar padrões diários individuais, alterações de distúrbios. Verificar o padrão diário de eliminação intestinal; número de evacuações semanais; características e coloração das fezes (endurecidas, diarréicas, pastosa, esbranquiçada, amarelada, escura, presença de sangue, muco). Observar presença de ruídos hidroaéreos, principalmente no pós-operatório; sua ausência pode ser sugestivo de complicações como íleo paralítico. Na presença de vômitos, registrar quantidade e aspecto do mesmo. Eliminação urinária: checar sub-itens e registrar quantidade e aspecto da diurese. Informar presença de drenos, localização e aspecto da secreção drenada.

### **Necessidade de Regulação Imunológica**

Identificar episódios de processos alérgicos e, se possível, identificar agente causador e tipo de reação (cutânea ou respiratória). Investigar alergia medicamentosa e de contato a esparadrapo, látex, iodo, entre outros. Investigar presença de doenças imunossupressoras e tratamento realizado.

### **Necessidade de Percepção visual, auditiva, gustativa, sensitiva**

Condições da visão - checar sub-itens do tópico, atentando para gravidade da deficiência e suas conseqüências para a realização das atividades diárias.

Condições da audição - registrar o nível de acuidade auditiva, sua repercussão para comunicação, queixas de sons e uso de aparelhos. Observar e registrar presença de dor, através de relato verbal ou expressões sugestivas de dor.

**Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa**

Registrar alterações acerca das condições da pele (cor, textura e lesões) e checar os sub-itens. Avaliar o risco para úlcera de decúbito. Avaliar ferida cirúrgica, quanto a sinais de infecção ou complicações. Avaliar condições da mucosa oral. Observar presença de drenos e sonda. Registrar presença de outros tipos de lesões e localização.

**Necessidade de sono e Repouso**

Investigar o uso de medicamentos utilizados como indutores do sono. Identificar o nível de satisfação quanto ao padrão do sono e repouso pelo cliente, checando os sub-itens. Identificar o fator ou fatores contribuintes para alteração dessa necessidade (ambientais e/ou individuais). Segundo Maria; Martins e Peixoto (2003), os fatores ambientais são: ambiente estranho, barulho, falta de privacidade, temperatura do ambiente – alta ou baixa –, entre outros. Os fatores individuais são: medo, preocupação, estilo de vida, dor, entre outros. Registrar o número de horas dormidas e de repouso.

**Necessidade de Cuidado Corporal**

Avaliar condições de higiene corporal no momento da admissão, julgando-a como satisfatória ou precária. Descrever os hábitos higiênicos (frequência de banho e higiene oral e seus horários; higiene das unhas, cabelos e barba). Investigar o nível de dependência para a realização do cuidado corporal: independente, dependência parcial, dependência total dos cuidados higiênicos.

**Necessidade de exercício e atividade física/ Mecânica corporal/Motilidade**

Investigar atividade diária no lar e no trabalho. Anotar o tipo de atividade programada (caminhadas, musculação, bicicleta, esporte, entre outros) e frequência realizada (número de vezes por semana e duração), reações apresentadas e se é realizada individualmente ou em grupo. Observar e registrar se o cliente apresenta limitação física e o tipo desta. Identificar fatores que alteram os padrões de atividade física (neuromusculares, respiratório e circulatório).

Investigar se o cliente necessita de ajuda para se movimentar, e se apresenta dor ao movimento.

### **Necessidade de locomoção**

Registrar se o cliente deambula e se necessita de ajuda. Checar o tipo de equipamento, caso necessário, para auxiliar na deambulação (muletas, cadeira de roda, bengala). Registrar se o cliente é acamado, paraplégico. Em caso de ausência de membros, indicar qual e o grau de dependência do cliente.

### **Necessidade de Segurança e Gregária**

Registrar as emoções e atitudes apresentadas pelo cliente: presença de medo, ansiedade, depressão, negação, euforia, raiva, carência. Investigar o tipo de relacionamento familiar e a participação do mesmo no tratamento. Observar atitudes sugestivas de alterações emocionais, como: movimentos constantes dos pés, tagarelice, choro, entre outros. A enfermeira deve registrar sua observação em relação ao comportamento do cliente, comentando sobre ele.

### **Necessidade de comunicação**

Observar e registrar necessidades de estratégias para estimular a comunicação. Identificar fatores que interferem no processo de comunicação entre o cliente e a equipe de saúde. Atentar para a cirurgia programada ou realizada; caso necessário, estabelecer formas de comunicação de acordo com a capacidade do cliente.

### **Necessidade de aprendizagem**

Investigar a adoção de comportamento preventivo para a saúde (auto-exame das mamas, exame clínico das mamas, exame ginecológico e de próstata, consulta ao dentista e ao médico). Avaliar se o cliente está orientado ou não sobre sua saúde e cirurgia. Investigar a presença de fatores de risco para a cirurgia como tabagismo e etilismo (tempo e quantidade de uso). Avaliar a capacidade de aprendizagem do cliente necessária para a compreensão das orientações sobre os cuidados pré e pós-operatórios.

**Impressões do enfermeiro**

Este espaço é reservado para que o enfermeiro descreva dados complementares não evidenciados no instrumento, mas que sejam de interesse e importância para a avaliação clínica de cada cliente. Dados referentes às necessidades espirituais identificadas, preocupações relatadas, comportamentos observados e outros que o profissional julgue relevantes para o atendimento das necessidades do cliente cirúrgico. O instrumento deve ser assinado com letra legível, datado e carimbado com o número do Conselho Regional de Enfermagem da enfermeira que o preencheu.

## *4. CONSIDERAÇÕES FINAIS*

Atualmente, um dos grandes desafios da Enfermagem é a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como metodologia para o desenvolvimento da prática assistencial. A utilização dessa metodologia contribui para o direcionamento do cuidado de enfermagem, de forma que facilita, orienta e melhora a qualidade desse cuidado; favorece uma assistência individualizada e humanizada, voltada para o atendimento das necessidades do cliente – uma vez que este é assistido integralmente e totalmente, sendo possuidor de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais – além de permitir que a enfermeira desenvolva sua capacidade de reflexão crítica realizando uma prática mais científica e menos intuitiva, contribuindo efetivamente para uma prática profissional com maior autonomia.

Porém, para vencer esse desafio e implantar o processo de enfermagem como metodologia assistencial, enfrentam-se ainda grandes dificuldades, dentre elas podem-se citar a visão das enfermeiras sobre a importância do processo e a necessidade de desmistificar o processo de enfermagem como algo inviável de se vivenciar na prática.

Construindo um instrumento de coleta de dados para cliente adulto cirúrgico, proposta dessa pesquisa, estar-se-á vencendo uma etapa desse grande desafio; tendo-se, portanto, uma ferramenta para desenvolver a primeira fase do processo de enfermagem: o levantamento de dados.

Considerando-se que o cliente cirúrgico apresenta particularidades específicas, que o diferenciam dos outros clientes, a construção de um instrumento de coleta de dados específico, para a identificação das reais necessidades desse cliente, conseqüentemente, contribuirá para que o diagnóstico de enfermagem, fase subsequente, e as demais etapas do processo de enfermagem tenham chances de serem implementadas na clínica estudada.

Para construir esse instrumento, utilizou-se como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta, na qual a autora classifica as necessidades em três níveis: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Realizou-se uma revisão na literatura e foi possível definir cada necessidade e identificar para cada uma delas indicadores empíricos (sinais e sintomas). Após essa busca, foi elaborado um instrumento contendo 367 indicadores empíricos, distribuídos de acordo com cada necessidade descrita por Horta.

Com esse instrumento, verificou-se a frequência de surgimento desses indicadores no cliente cirúrgico, nas fases pré e pós-operatórias. Como resultado, 85 indicadores empíricos compuseram a primeira versão do instrumento de coleta de dados para cliente adulto cirúrgico. Essa primeira versão foi entregue às enfermeiras com experiência em clínica cirúrgica para realizarem a validação do conteúdo de cada item que compunha o instrumento.

Ao término dessa fase, foi elaborada a segunda versão do instrumento, e este foi devolvido para que as enfermeiras operacionalizassem no cliente cirúrgico. O mesmo foi considerado bem estruturado e de fácil aplicação, portanto viável para ser aplicado no cliente cirúrgico. Sendo assim, elaborou-se, após alguns ajustes sugeridos na operacionalização, a versão final do instrumento de coleta de dados para cliente adulto cirúrgico.

A realização dessa pesquisa possibilitou um resgate do conhecimento teórico em relação ao cliente cirúrgico, um melhor entendimento da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta, e a incorporação de novos conhecimentos na área como pesquisadora. Possibilitou também uma maior interação com as enfermeiras da clínica cirúrgica, conhecendo mais de perto seus conhecimentos acerca da SAE, suas motivações e as possíveis facilidades e dificuldades para a implantação da SAE. Essa experiência contribuirá substancialmente para a elaboração de um planejamento conjunto com a equipe de enfermagem da referida clínica, para que sejam implantadas as fases que compõem o processo de enfermagem.

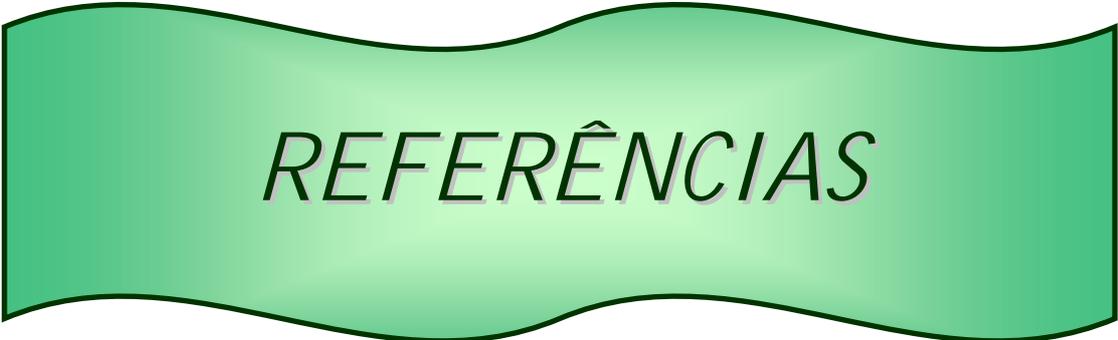
Portanto, espera-se que esse instrumento venha contribuir com a implantação da sistematização da assistência de enfermagem na clínica cirúrgica e uniformizar a forma de coleta de dados na referida clínica no momento da admissão dos clientes, uma vez que as enfermeiras terão um guia para realizar um levantamento de dados de forma sistemática, voltado para a identificação das reais necessidades desses clientes. Espera-se também que, a partir da utilização desse instrumento, as enfermeiras que atuam na clínica despertem o interesse pela SAE,

conscientizando-se de que essa metodologia irá facilitar o trabalho, aumentar a interação enfermeiro-cliente, melhorar a qualidade da assistência prestada e favorecer a autonomia profissional.

Espera-se que as medidas administrativas – para que o instrumento de coleta de dados, produto final desta pesquisa, possa ser adotado pelo serviço de enfermagem da clínica cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley – sejam viabilizadas. Que haja um maior envolvimento das enfermeiras para a implantação da SAE e que sejam oferecidos novos treinamentos sobre a temática para a equipe de enfermagem da referida clínica.

Tem-se a convicção de que o processo de construção do instrumento não finaliza neste estudo, e que o mesmo poderá ser um elemento para abertura de novas pesquisas, pois se faz necessário que esse instrumento seja submetido à validação clínica com o objetivo de testar, em um número maior de clientes, sua viabilidade e operacionalidade. Essa validação poderá ser realizada pelas enfermeiras que atuam na clínica, de forma a estimular a produção de conhecimentos no que concerne à SAE, por discentes da graduação e dos programas de pós-graduação.

Esperamos finalmente que esta pesquisa contribua para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem da clínica cirúrgica do HULW; sirva como parâmetro para que outras instituições de saúde desenvolva seu próprio instrumento de coleta de dados e que possa ser utilizada: na assistência – melhorando o processo de cuidar – e na docência, mostrando aos discentes, através da aplicação do instrumento nos estágios da disciplina enfermagem cirúrgica, a importância da utilização de uma prática assistencial embasada num referencial teórico.



*REFERÊNCIAS*

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

\_\_\_\_\_. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ALMEIDA, R. S. S.; BARROS, M. M.; SOUZA, E. M. S. Relato de experiência sobre a implantação de um instrumento de coleta de dados perioperatórios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERELIZAÇÃO, 7, 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SOBECC, 2005. p. 67.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARROS, A. L. B. L. de. A sistematização da assistência de enfermagem no Hospital São Paulo. In: SEMANA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL SÃO PAULO, 1997, São Paulo.

BELLUOMINE, A. S.; TANAKA, L. H. Assistência de enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca: percepção dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. **Revista Nursing**, v. 65, n.6. p.21-25, 2003.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual do diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. Florianópolis: Bernúcia, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Acreditação Hospitalar**: Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_0060\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0060_M.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº196/96**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS 1970/GM de 25 de outubro de 2001**. Aprova o Manual de Acreditação Hospitalar. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1970.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2006.

BUENO, M.; NORONHA, R.; ARAÚJO, I. E. M. Visita pós-operatória de enfermagem: aplicação de instrumento e apreciação dos enfermeiros. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 45-54, out/dez. 2002.

CAMPEDELLI, M. C. *et al.* **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CIANCIARULLO, T. I. Histórico de enfermagem: sua utilização em pacientes hospitalizados (parte I). **Revista Enfermagem Novas Dimensões**. São Paulo, v.2, n. 4, p. 162-163, jul/ago. 1976.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 272/2000**: dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro, 2002.

CONTANDRIOPOULUS, A. P. *et al.* **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura, financiamento. São Paulo: Hucitec, 1994.

DANIEL, L. F. **A enfermagem planejada**. 3. ed. São Paulo: EPU, 1981.

DAYTON, M. T. Complicações cirúrgicas. In: TOWNSEND, C. M. *et al.* **Sabiston**: tratado de cirurgia - a base biológica da moderna prática cirúrgica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. cap. 14.

DENSER, C. P. A. C. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência**: da visão a ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DOENGENS, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem**: um texto interativo. Lisboa: Lusodidacta, 1992.

FLORIO, M. C. S.; GALVÃO, C. M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no perioperatório. **Revista Latino-americana Enfermagem**; v. 11; n. 5; p. 630 – 637; set./out; 2003.

FOX, V.J. Educação do paciente e planejamento da alta. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander**: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 9.

FRY, D. E. Problemas cirúrgicos em pacientes imunossuprimidos. In: TOWNSEND, C. M. *et al.* **Sabiston**: tratado de cirurgia - a base biológica da moderna prática cirúrgica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. cap. 13.

GALDEANO, L. E; ROSSI, L.A. Construção e validação de instrumento de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v.10, n. 6, nov./dez., 2002.

GALVÃO, M. C.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v.10, n. 5, set. /out. 2002.

GAYTON, A. C. **Fisiologia humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOLBERT, L.; GOLBERT, M. M. Diabete e cirurgia. In: PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003. cap. 41.

GOMES, A. L. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1998.

GREY, M. Métodos de coleta de dados. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 12.

GUNTHER, H. Desenvolvimento de instrumento para levantamento de dados (SURVEY). In: PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: INEP, 1996. cap. 15.

HOFFER, J. L. Anestesia. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 6.

HORTA, W. de A. Contribuição para uma teoria em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano. 23, n.3-6, p. 117-125, jul/dez. 1970.

\_\_\_\_\_. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. **Enfermagem Novas Dimensões**, v. 1, n. 5, p. 266-268, nov/dez. 1975a.

\_\_\_\_\_. O processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. **Enfermagem Novas Dimensões**, v. 1, n. 1, p. 10-16, mar/abr. 1975b.

\_\_\_\_\_. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HUMPHREYS, M. H. Controle hidroeletrólítico. In: WAY, L. W. **Cirurgia: diagnóstico e tratamento**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. cap. 10.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P. A percepção da comunicação da enfermagem pelos deficientes físicos. **Revista Nursing**. v. 88, n. 8, p. 414-18, set. 2005.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LEMCHEN, H. F.; IRIGARAY, J. H. S. Complicações pós-operatórias freqüentes: febre pós-operatória, atelectasia, íleo adinâmico, tromboflebite, retenção urinária. In: PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 16.

LEOPARDI, M. T. **Teoria em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livro, 1999.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARIA, V. L. R.; MARTINS, I.; PEIXOTO, M. S. P. **Exame clínico de enfermagem do adulto**: focos de atenção psicobiológicos como subsídios para diagnósticos de enfermagem. São Paulo: Iátria, 2003.

MATOS, F. G. O. A.; PICCOLI, M. Diagnóstico de enfermagem risco para lesão perioperatória por posicionamento identificado no período transoperatório. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 3, n. 2, p.195-201, maio/ago. 2004.

MAY, L. E. A atuação da enfermeira frente a dor do cliente em pós-operatório: uma abordagem humanizada. In: OLIVEIRA, M. E.; BRÜGGEMANM, O.M. **Cuidado humanizado**: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

MECKES, P.F. Cirurgia geriátrica. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander**: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1997. cap. 29.

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influencia da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 40, n. 1, p. 86-92, 2006.

MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander**: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1997.

MENDES, F. F.; EVANGELISTA, P. E. Analgesia pós-operatória. In: PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 39.

MILLER, R. D. Anestesia. In: WAY, L. W. **Cirurgia**: diagnóstico e tratamento. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. cap. 12.

MULLINS, R. J. Choque, eletrólitos e líquidos. In: TOWNSEND, C. M. et al. **Sabiston**: tratado de cirurgia - a base biológica da moderna prática cirúrgica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. cap. 5.

NEGREIROS, R. V. de. **Sistematização da assistência de enfermagem ao adulto hospitalizado com insuficiência cardíaca**. 2005. 103f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa.

NÓBREGA, M. M. L. et al. **Projeto de sistematização da assistência de enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 1998.

NORAT, E. M. **Construção e aplicação do modelo de levantamento de dados: proposta para paciente em pré e pós-operatório**. 1996. 64f. Monografia (Especialização) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa.

ODON, J. Cuidados pós-operatórios e complicações. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap 8.

OKAMURA, M.; AZUMA, M. Enfermagem autônoma no perioperatório. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 15 – 19, jul./set. 1999.

PELLEGRINI, C. A. Complicações pós-operatórias. In: WAY, L. W. **Cirurgia: diagnóstico e tratamento**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. cap. 4.

PENICHE, A. de C. G., et al. Processo anestésico-cirúrgico: alterações metabólicas, sistêmicas e imunológicas e complicações. **Revista Sobecc**. v.11, n. 2, p. 32-38, abr./jun. 2006.

PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R. Fluidoterapia no pós-operatório. In: PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003b. cap. 13.

\_\_\_\_\_. Princípios do diagnóstico e do prognóstico em cirurgia. In: \_\_\_\_\_. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003a. cap. 02.

PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R.; KISS, G. Avaliação nutricional. In: PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 17.

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

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, M. L. L. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para o idoso no Programa de Saúde da Família**. 2004. 109f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa.

POSSARI, J. F. **Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão**. São Paulo: Látria, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2005.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

POTTER, P. A. **Semiologia em enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

RIBEIRO, A. G.; SARDENBERG, L. M.; SARDENBERG, J. A. G. N. **Tratamento de feridas**. Goiânia: AB, 2004.

RIBEIRO, R. de C. N. *et al.* Tecnologia e humanização em CC e UTI. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 15 –19, jul./set. 1999.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RICKER, L. E. Posicionamento do paciente para cirurgia. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 4.

ROCHA, L. A.; SILVA, L. de F. Viver com hipertensão arterial: modo adaptativo fisiológico e necessidade de educação em saúde. **Revista Paulista de Enfermagem**. v. 23, n. 2, p.144 -152, abr./jun. 2004.

RUTHERFORD, E. J. *et al.* Princípios hematológicos em cirurgia. In: TOWNSEND, C. M. *et al.* **Sabiston: tratado de cirurgia - a base biológica da moderna prática cirúrgica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. cap. 6.

SANTOS, S. S. C.; LUIS, M. A. V. **A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico**. 2. ed., Goiânia: AB, 2002.

SECOLI, S. R. *et al.* Dor pós-operatória: o custo da terapia farmacológica. **Revista Sobecc**. v.11, n. 2, p. 39-44, abr./jun. 2006.

SERRA, A.; PARVIZ, M. Equilíbrio hidreletrolítico e ácido-básico em pacientes cirúrgicos. In: PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003. cap. 8.

SERRANO, D. P. **Teoria de Maslow: a hierarquia das necessidades**. 2003. Disponível em: < [http:// www.portaldomarketing.com.br/artigos/maslow.htm](http://www.portaldomarketing.com.br/artigos/maslow.htm)> Acesso em: 20 de dez. 2005.

SILVA, K. de L. **Construção e validação de instrumento de coleta de dados para criança de 0-5 anos**. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa.

SILVEIRA, G. X. Aspecto da assistência de enfermagem nas necessidades de locomoção e mobilidade. **Revista Enfermagem Novas Dimensões**. São Paulo, v. 2, n. 5, p. 258 -264, nov. 1976.

SIPERSTEIN, M. D. Doenças endócrinas e o paciente cirúrgico. In: WAY, L. W. **Cirurgia: diagnóstico e tratamento**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. cap. 5.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

\_\_\_\_\_. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, L. H.; ABRÃO, A. C. F. V.; PINELLI, F. G. S. Construção de um instrumento de coleta de dados para a identificação dos diagnósticos de enfermagem em ginecologia. In: SIMPOSIO NACIONAL DE DIAGNOSTICO EM ENFERMAGEM (SINADEN), 8, 2006, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: ABEN, 2006.

SOBECC. **Práticas recomendadas – SOBECC**. 3. ed. revisada e ampliada. São Paulo, 2005.

SOUZA, A. A.; SOUZA, Z. C.; FENILI, R. M. Orientação pré-operatória ao cliente cirúrgico- uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 215-220, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>> Acesso em: 22 jun. 2006.

SOUZA, N. V. D. de O. et al. Avaliando as orientações de enfermagem no período perioperatório segundo perspectivas do cliente cirúrgico. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=225&layout=html&locale=pt>> Acesso em: 27 jun. 2006.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; SALEH, C. M. R. Comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes na unidade de pronto socorro. **Revista Nursing**. v. 85, n. 8, p. 272-276, jun. 2005.

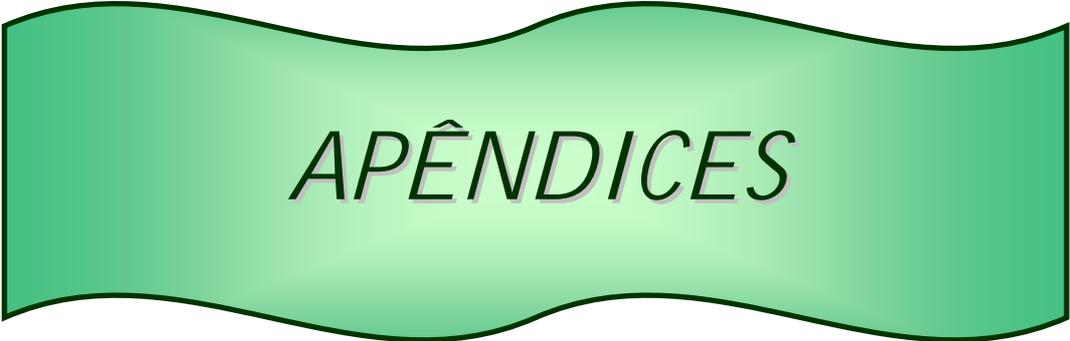
STEFANELLI, M. C. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contexto da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. cap. 3.

TIMBY, B. K. **Atendimento de enfermagem: conceitos e habilidades fundamentais**. 6. ed, Porto Alegre: Artmed, 2001.

UNICOVSKY, M. A. R. A educação como meio para vencer desafios impostos aos idosos. **REBen**. v. 57, n. 2, p.241-243, mar./abr. 2004.

VAZ, A. F.; MACEDO, D. D. et al. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de um instrumento para registro. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v. 10, n. 3, p. 288-297, maio/jun. 2002.

VIRGÍNIO, N. de A. **Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados**. 2003. 142f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa.



*APÊNDICES*

## APÊNDICE A

## INSTRUMENTO DA PESQUISA (Indicadores)

1 – Levantamento das Necessidades Humanas Básicas no cliente cirúrgico

Manifestações das necessidades humanas básicas	Pré Operatório	Pós Operatório
<b>NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS</b>		
<b>Regulação neurológica</b> “É a necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento” (ATKINSON; MURRAY, 1989 apud BENEDET; BUB, 2001, p.62).		
1. Nível de consciência		
2. Orientado no tempo e no espaço		
3. Confusão mental		
4. Delírio		
5. Condições da pupila		
6. Cefaléia		
7. Soluço		
8. Coordenação dos movimentos		
9. Tremores de extremidades		
10. Crises convulsivas		
11. Dormência ou alteração de alguma parte do corpo		
12. Perda temporária da sensibilidade		
13. Diminuição dos reflexos		
14. Parestesia		
<b>Oxigenação</b> é [...] o processo de utilização de oxigênio nos fenômenos de oxi-redução das atividades vitais (HORTA, 1979, p. 40)		
15. Asfixia		
16. Dispnéia		
17. Ortopnéia		
18. Ausculta pulmonar		
19. Ruídos adventícios		
20. Creptos		
21. Roncos		
22. Sibilos		
23. Respiração curta		
24. Frequência respiratória		
25. Frêmito toraco vocal		
26. Coriza		
27. Tosse		
28. Secreção		
29. Permeabilidade das vias aéreas		
30. Traqueostomia		
<b>Regulação vascular</b> é a necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessária, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais a sobrevivência do organismo (GUYTON; HALL, 2000 apud BENEDET; BUB, 2001, p.78).		
31. Coloração da pele		
32. Cianose		

33. Palidez		
34. Perfusão periférica		
35. Pressão arterial		
36. Frequência cardíaca		
37. Ritmo cardíaco		
38. Palpitações		
39. Característica do pulso		
40. Condições da rede vascular periférica		
41. Pulso periférico		
42. Varizes		
43. Flebite		
44. Estase jugular		
45. Edema		
46. Epistaxe		
47. Doenças cardiovasculares		
48. Doenças cérebro-vascular		
49. Pressão venosa central (PVC)		
50. Obstrução vascular		
<b>Nutrição</b> <i>“necessidade do indivíduo obter alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida” (BENEDET; BUB, 2001, p.88).</i>		
51. Apetite diminuído		
52. Anorexia		
53. Dificuldade para deglutir		
54. Intolerância alimentar		
55. Papilas gustativas alteradas		
56. Irritação na cavidade orofaríngea		
57. Cárie dentária		
58. Dentição incompleta		
59. Dor epigástrica		
60. Pirose		
61. Náuseas		
62. Vômitos		
63. Abdome distendido		
64. Abdome globoso		
65. Abdome doloroso		
66. Abdome rígido		
67. Ruídos hidroaereo presente		
68. Jejum		
69. Uso de prótese		
70. Uso de sonda nasogastrica (SNG) e nasoenterica (SNE)		
71. Nutrição parenteral total (NPT)		
72. Baixa renda		
73. Hábitos alimentares		
74. Caquético		
75. Obesidade		
76. Peso		
<b>Hidratação</b> <i>é a “necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal” (BENEDET; BUB, 2001, p. 85).</i>		
77. Diminuição do turgor e elasticidade		
78. Transpiração		
79. Diminuição da umidade das mucosas		
80. Ausência de saliva		

81. Astenia		
82. Dificuldade de deglutir		
83. Polidipsia		
84. Ingestão hídrica (frequência, volume)		
85. Edema		
86. Sede		
87. Acesso venoso (periférico, central)		
88. Alterações que afetam o acesso a ingesta hídrica		
89. Perda ou retenção de líquidos		
90. Quantidade de líquidos ingeridos nas 24 horas		
91. Mensurar ingesta e excreção de líquidos		
<b>Eliminação</b> “é a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas [...]” (BENEDET; BUB, 2001, p. 95).		
92. Enurese		
93. Disúria		
94. Poliúria		
95. Hematúria		
96. Colúria		
97. Urgência em urinar		
98. Nictúria		
99. Ingestão de líquidos insuficiente		
100. Diurese das 24 horas		
101. Diurese gota a gota		
102. Sonda vesical de demora		
103. Incontinência urinária		
104. Sudorese		
105. Náuseas		
106. Vômitos		
107. Hábitos urinários		
108. Flatulência		
109. Diarréia		
110. Constipação		
111. Colostomia		
112. Ileostomia		
113. Ostoma		
114. Obstrução intestinal		
115. Incontinência fecal		
116. Fecaloma		
117. Uso de laxantes		
118. Uso de diuréticos		
119. Uso de drenos		
120. Secreções		
121. Hemorragias		
122. Ruído hidroaéreo diminuído ou ausente.		
123. Hábitos intestinais		
<b>Regulação hidrossalina e eletrolítica</b> é a “necessidade de manter o equilíbrio entre a capacidade funcional de todos os órgãos e os sistemas do corpo” (POTER; PERRY, 2005, p. 801).		
124. Alteração na dosagem de eletrólitos orgânicos		
125. Alteração na dosagem hídrica orgânica		
126. Reposição de substância hidroeletrolítica		
127. Risco de perdas líquidas e de eletrólitos		
128. Câimbras		
129. Fraqueza muscular		

130.	Edema		
<b>Regulação hormonal</b> “é a necessidade do organismo de manter em harmonia os reguladores químicos, produzidos e secretados pelo sistema endócrino, que são transportados para os tecidos com a finalidade de estimular, catalisar ou regular os ritmos dos processos metabólicos” (WONG, 1999 apud SILVA, 2004, p.39).			
131.	Alteração na pigmentação da pele		
132.	Gânglios aumentados		
133.	Alteração da simetria (mamária, cervical)		
134.	Inversão de mamilos		
135.	Climatério		
136.	Ondas freqüentes de calor		
137.	Presença de doenças do sistema endócrino (diabetes mellitus, hipo ou hiperglicemia)		
138.	Níveis de glicemia		
<b>Regulação imunológica</b> “é a capacidade que o organismo tem de reconhecer substâncias estranhas a si mesmo, desencadeando vários processos fisiológicos com a finalidade de destruir, eliminar ou neutralizar essa substância” (ATKINSON; MURRAY, 1989).			
139.	Alergias		
140.	Calendário vacinal		
141.	Gânglios linfáticos		
142.	Susceptibilidade as infecções		
143.	Placas eritematosas		
144.	Urticária		
145.	Prurido facial ou oral		
146.	Eritema facial		
147.	Edema de lábios		
<b>Regulação térmica</b> é a necessidade que o organismo tem de manter o equilíbrio entre o calor produzido e o eliminado, considera-se equilibrada quando a temperatura central (interna) está entre 36 a 37,3°C (POTTER; PERRY, 2005; ATKINSON; MURRAY, 1989).			
148.	Alteração no sistema de termorregulação		
149.	Arrepios		
150.	Calafrios		
151.	Piloereção		
152.	Presença de tremores		
153.	Temperatura corporal		
154.	Temperatura da pele ao tato		
155.	Pele fria		
156.	Rubor		
157.	Calor		
158.	Hipertermia		
159.	Hipotermia		
<b>Percepção: visual, auditiva, gustativa, olfativa, tátil, dolorosa</b> “é a necessidade do organismo perceber o meio através de estímulos nervosos com o objetivo, de interagir com os outros e perceber o ambiente” (BENEDET, BUB, 2001, p.69).			
160.	Condição da visão		
161.	Característica do globo ocular		
162.	Capacidade de focalizar objetos a pequena distancia		
163.	Diploplia		
164.	Problemas com luminosidade		
165.	Acuidade visual diminuída		
166.	Dilatação da pupila		
167.	Sintomas de irritação ocular (coceira, ardência)		
168.	Condições da audição		
169.	Acuidade auditiva diminuída		

170.	Otalgia		
171.	Fala alta		
172.	Zumbidos		
173.	Cerume		
174.	Uso de aparelhos auditivos		
175.	Condições da gustação		
176.	Alteração no paladar		
177.	Sialorréia		
178.	Sensibilidade gustativa diminuída		
179.	Halitose		
180.	Olfato diminuído		
181.	Epistaxe		
182.	Espirro		
183.	Obstrução nasal		
184.	Uso de sonda nasal		
185.	Sensação tátil comprometida		
186.	sensibilidade tátil comprometida		
187.	Reações retardadas aos objetos frios e quentes		
188.	Sensibilidade a dor		
189.	Presença de dor (local, frequência, tipo)		
190.	Expressão facial de dor		
<b>Integridade física e cutâneo-mucosa</b> “é a necessidade do organismo em manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, unidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo” (BEYERS; DUDAS, 1989 apud BENEDET; BUB, 2001, p. 103).			
191.	Condições da pele		
192.	Pele fria		
193.	Pele úmida		
194.	Pele pegajosa		
195.	Ressecada		
196.	Palidez		
197.	Icterícia		
198.	Hiperemia		
199.	Equimose		
200.	Hematoma		
201.	Cianose		
202.	Fissura na pele		
203.	Cicatriz		
204.	Ferida operatória		
205.	Deiscência		
206.	Lesão		
207.	Infecção		
208.	Tugor cutâneo		
209.	Pigmentação da pele		
210.	Condições da mucosa		
211.	Conjuntiva		
212.	Gengivite		
213.	Mucosa oral		
214.	Fissura da mucosa		
215.	Procedimentos invasivos		
216.	Venóclise		
217.	Prurido		

<b>Sono e Repouso</b> <i>é a necessidade do organismo manter um período de repouso do corpo e da mente com a finalidade de restaurar suas funções orgânicas (POTTER; PERRY, 2005; ATKINSON; MURRAY, 1989).</i>		
218.	Sono interrompido	
219.	Acorda várias vezes a noite	
220.	Dificuldade para adormecer	
221.	Presença de bocejos	
222.	Dorme durante o dia	
223.	Uso de medicações sedativas	
224.	Excesso de sono	
225.	Presença de barulho no ambiente	
226.	Hábitos de sono	
227.	Vida sedentária	
228.	Sonolência	
229.	Bruxismo	
230.	Mudança de ambiente	
<b>Cuidado Corporal</b> <i>é a necessidade do indivíduo para deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com os objetivos de preservar seu asseio corporal (BENEDET; BUB, 2001; p. 117).</i>		
231.	Cabelo sujo	
232.	Cabelo com pediculose	
233.	Cabelo desalinhado	
234.	Incapacidade de lavar o corpo ou parte do corpo	
235.	Roupas sujas	
236.	Necessita de ajuda para realizar o cuidado	
237.	Capaz de banhar-se	
238.	Capaz de vestir-se	
239.	Incapacidade de manter aparência em nível satisfatório	
240.	Incapacidade de realizar higiene corporal satisfatória	
<b>Mecânica Corporal</b> <i>“é o esforço coordenado dos sistemas musculoesquelético e nervoso para manter o equilíbrio adequado, postura, alinhamento corporal [...]”(POTTER;PERRY,2005, p.396).</i>		
241.	Simetria corporal	
242.	Postura alterada	
243.	Encurvamento para frente	
244.	Encurvamento para trás	
245.	Encurvamento para o lado	
246.	Deformidades corporais	
247.	Alteração nas articulações	
248.	Equilíbrio corporal	
<b>Motilidade</b> <i>“capacidade do cliente em movimentar os segmentos do corpo visando o atendimento de suas necessidades básicas” (HORTA, 1979; p. 60).</i>		
249.	Aumento de risco para queda	
250.	Necessidade de ajuda para se deslocar	
251.	Perda da função motora	
252.	Restrição de movimentos por prescrição ou uso de equipamentos	
253.	Restrição de movimentos voluntário	
254.	Tamanho da incisão cirúrgica	
255.	Presença de drenos e sondas	
256.	Necessidade de ajuda para se movimentar	
257.	Tônus muscular	
258.	Movimento de todas as partes do corpo	
259.	Mobilidade no leito	
260.	Amplitude limitada de movimentos	
261.	Dificuldade para virar-se	

<b>Locomoção</b> “conjunto de movimentos harmônicos e sinérgicos, executados pelos membros e troncos sob o comando ou controle do sistema nervoso central” (SILVEIRA, 1976, p.258).		
262.	Deambula	
263.	Marcha com dependência física de outra pessoa	
264.	Marcha com pouca flexibilidade	
265.	Marcha lenta	
266.	Atrofia dos MMSS e MMII	
267.	Calosidades	
268.	Hemiplegia	
269.	Paraplegia	
270.	Perda de MMII	
271.	Deformidade de MMII	
272.	Edema de MMII	
<b>Exercício e Atividades físicas</b> “é a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, [...]” (BENEDET; BUB, 2001; p. 111).		
273.	Desenvolvimento muscular	
274.	Inatividade física	
275.	Dor ao movimento	
276.	Atividade motora diminuída	
277.	Ausência de exercícios regulares	
278.	Força muscular	
279.	Tônus muscular	
280.	Inabilidade para mover-se no leito	
<b>Sexualidade</b> “necessidade de interagir aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar” (BENEDET; BUB, 2001, p. 135).		
281.	Alteração do libido	
282.	Falta de libido	
283.	Dispareunia	
284.	Impotência	
285.	Forma do corpo alterada cirurgicamente	
286.	Amputação de órgãos genitais	
287.	Uso de anti-hipertensivo, tranqüilizantes, anti-depressivos	
<b>Abrigo</b> necessidade de um ambiente protegido, ideal para moradia...(SMELTZER; BARE, 2002).		
288.	Casa própria	
289.	Conforto do lar	
290.	Destino do lixo	
291.	Número de cômodos	
292.	Poluição do ar e sonora	
293.	Quantas pessoas vivem na casa	
294.	Risco para quedas	
295.	Água tratada	
<b>Ambiente terapêutico</b> necessidade que todos os indivíduos tem de possuir um local onde possa interagir, para manter ou melhorar a qualidade de vida (SMELTZER; BARE, 2002).		
296.	Ambiente livre de perigo	
297.	Iluminação adequada	
298.	Camas com grades	
<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>		
<b>Comunicação</b> [...] “é a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada ou escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais) com o objetivo de interagir com os outros” (BENEDET; BUB, 2001, p. 146).		
299.	Afasia	
300.	Distúrbio na fala	

301.	Não fala ou não pode falar		
302.	Pronuncia indistinta		
303.	Uso de linguagem não verbal		
<b>Gregária</b> <i>é a necessidade de viver em grupo com o objetivo de integrar com os outros e realizar trocas sociais (BENEDET; BUB, 2001, p.149).</i>			
304.	Evita familiares		
305.	Presença de visitas		
306.	Sensação de abandono		
307.	Afastamento do convívio social		
<b>Liberdade</b> <i>“necessidade que cada um tem para exercitar a escolha e agir conforme a sua própria determinação...” (BENEDET, BUB, 2001, p. 174).</i>			
308.	Dependente dos familiares e amigos		
309.	Dependente da enfermagem		
310.	Participação no plano terapêutico		
311.	Sugestão de alternativas para o plano de cuidado		
312.	Decisão de recusar o seu tratamento		
<b>Auto-imagem; auto-estima</b> <i>“necessidade de se sentir adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança nas próprias idéias, de ter respeito por si mesmo [...] idéia que se tem de si mesmo” (BENEDET; BUB, 2001, p. 169; ATKINSON; MURRAY, 1989, p. 574).</i>			
313.	Verbalização negativa sobre si mesmo		
314.	Medo de rejeição		
315.	Não aceitação de sua condição de saúde		
316.	Percepção sobre seu corpo		
317.	Sentimentos e atitudes relacionadas ao corpo		
318.	Projeção de culpa		
319.	Falta de parte do corpo		
320.	Não olhar ou tocar parte do corpo		
321.	Isolamento		
322.	Mudança no estilo de vida		
323.	Auto-depreciação		
<b>Auto-realização</b> <i>necessidade de realizar o máximo com suas capacidades físicas, mentais emocionais e sociais com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja ser (KALISH, 1983 apud BENEDET; BUB, 2001, p. 187).</i>			
324.	Falta de confiança		
325.	Manifestação de não realização		
326.	Não se preocupa com opiniões dos outros com a sua aparência		
<b>Amor e aceitação</b> <i>é a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito, e integrado aos grupos, de ter amigos e família (BENEDET; BUB, 2001, p. 162).</i>			
327.	Agitação		
328.	Agressividade		
329.	Irritabilidade		
330.	Solidão		
331.	Rejeição		
332.	Dependência		
333.	Indiferença		
<b>Recreação/Lazer</b> <i>é a necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir idéias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se (BENEDET; BUB, 2001, p. 152).</i>			
334.	Desejo de participar de recreação		
335.	Fica deitado por longas horas		
336.	Ocupa seu tempo livre		
337.	Vê ou ler revista, gibis		
338.	Hábitos de recreação e lazer		
339.	Monotonia		

340.	Passeia		
341.	Visita familiares/ amigos		
<b>Segurança</b> “é a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente” (BENEDET; BUB, 2001, p. 154).			
342.	Ansiedade		
343.	Depressão		
344.	Insegurança		
345.	Medo		
346.	Apreensão		
347.	Tagarelice		
348.	Choro		
349.	Voz tremula		
350.	Movimento constante dos pés		
<b>Criatividade</b> é a necessidade de ter idéias e produzir novas coisas com o objetivo de realizar-se vir a ser”(BENEDET; BUB, 2001, p. 191).			
351.	Desenvolve trabalhos manuais		
352.	Participa de grupos voluntários		
<b>Aprendizagem (educação à saúde)</b> é a necessidade que cada indivíduo tem em adquirir novos conhecimento ou habilidade através da experiência ou novas práticas para obter comportamentos saudáveis e manter a saúde (BENEDET; BUB, 2001, P.183).			
353.	Capacidade de aprender e adquirir novas informações		
354.	Falta de conhecimento sobre sua doença		
355.	Déficit de memória		
356.	Motivação para aprendizagem		
357.	Não adesão ao regime terapêutico		
358.	Percepção incorreta sobre o estado de saúde		
<b>Atenção</b> é a necessidade do ser humano de se sentir querido, valorizado e que as pessoas significativas se importam com quem é e com o que faz (SILVA, 2004).			
359.	Necessidade de ser acolhido		
360.	Necessidade de ser ouvido		
361.	Necessidade de ser aceito e integrado ao grupo		
362.	Ter amigos e família		
<b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAL</b>			
<b>Religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida</b> necessidade inerente aos seres humanos, estabelece um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem estar espiritual (BENEDET; BUB, 2001, p. 192).			
363.	Preocupação expressa com o significado da vida		
364.	Busca de assistência espiritual		
365.	Necessidade de um líder espiritual		
366.	Acredita ter sido abandonado por Deus		
367.	Distúrbio no sistema de crenças		

2 – Sugestões de acréscimos de itens para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Necessidade	Sinais e sintomas da manifestação da necessidade

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Cliente:

Eu, **Ana Paula Marques Andrade de Souza**, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, estou desenvolvendo uma pesquisa com o título “Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para clientes adultos em unidade cirúrgica”. Tem-se como objetivo geral construir um instrumento de coleta de dados para indivíduos adultos atendidos na unidade de clínica cirúrgica do HULW, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta.

Por esse motivo, gostaria de convidá-lo para fazer parte do grupo de clientes participantes desse estudo. Informo que será garantido o seu anonimato, assegurada sua privacidade, bem como o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa sem prejuízo para seu tratamento. A critério de esclarecimento, informo, ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Ressalto que os dados levantados farão parte da minha dissertação de mestrado, podendo ser divulgados em trabalhos científicos, periódicos e outros conclave tanto a nível nacional quanto internacional.

Diante do exposto, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração, o que tornará possível a realização dessa pesquisa.

#### **Ana Paula Marques Andrade de Souza**

---

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar dessa pesquisa, declarando para os devidos fins que cedo os direitos do material coletado, estando ciente do objetivo da pesquisa, com a liberdade de retirar o meu consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo para o meu tratamento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente



Polegar

Contatos:

Ana Paula Marques Andrade de Souza – Mestranda

Tel.: 3216 –7109 (Mestrado)

## APÊNDICE C

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Cliente Adulto Cirúrgico – 1º versão

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b> LAURO WANDERLEY-UFPB</p>	<p><b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b> Sistematização da Assistência de Enfermagem Clínica Cirúrgica Histórico de Enfermagem</p>
---	---

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:			Idade:		
Como é chamado em casa:		Enfermaria:	Leito:	Nº Prontuário	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Data Nascimento: / /	Grau de Escolaridade:	Religião:	
Procedência:		Profissão:		Ocupação:	
Data de admissão: / /		Pré-operatório <input type="checkbox"/> Pós-operatório <input type="checkbox"/>		Cirurgia Proposta:	
Data da Cirurgia: / /			Cirurgia Realizada:		

## 2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM CIRURGIA? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL? \_\_\_\_\_

## 3. ANTECEDENTES FAMILIARES:


## 4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS / EXAME FÍSICO:

T _____ °C	P _____ bpm	R _____ ipm	PA _____ mmHg
Altura _____ cm	Peso _____ Kg	CA _____ cm	Glicemia Capilar _____ mg/dl
<b>Necessidade de Regulação Neurológica</b>			
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> consciente <input type="checkbox"/> inconsciente <input type="checkbox"/> orientado <input type="checkbox"/> desorientado <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> torporoso <input type="checkbox"/> sonolento			
Coordenação dos movimentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> perda temporária da sensibilidade <input type="checkbox"/> cefaléia <input type="checkbox"/> soluço			
<b>Necessidade de Oxigenação</b>			
Ausculta pulmonar: <input type="checkbox"/> atrito pleural <input type="checkbox"/> estertores <input type="checkbox"/> murmúrios vesiculares <input type="checkbox"/> roncos <input type="checkbox"/> sibilos			
Permeabilidade das Vias Aéreas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
<b>Necessidade de Regulação Vascular</b>			
Doença Cardiovascular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual _____			
Perfusão Periférica: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída Característica do pulso periférico: <input type="checkbox"/> cheio <input type="checkbox"/> filiforme			
Condições da Rede Vascular Periférica: <input type="checkbox"/> Comprometida <input type="checkbox"/> Preservada			
Presença de: <input type="checkbox"/> varizes <input type="checkbox"/> edema Local: _____			
<b>Necessidade de Nutrição</b>			
Hábitos alimentares: _____ Alimentação: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> gastrostomia			
Dentição incompleta: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Uso de prótese: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
<input type="checkbox"/> emagrecido <input type="checkbox"/> obeso <input type="checkbox"/> caquético <input type="checkbox"/> jejum <input type="checkbox"/> anorexia Abdome: <input type="checkbox"/> timpânico <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> doloroso			
<b>Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica</b>			
Ingestão hídrica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quantidade: _____			
<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular <input type="checkbox"/> câimbras <input type="checkbox"/> sede Umidade das mucosas: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída			
Turgor e elasticidade da pele: <input type="checkbox"/> preservado <input type="checkbox"/> diminuído			
Risco de perdas hídricas e eletrolíticas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Reposição de substâncias hidroeletrolíticas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quais _____			
Acesso venoso: <input type="checkbox"/> periférico <input type="checkbox"/> central Localização: _____			
<b>Necessidade de Eliminação</b>			
Hábitos intestinais: _____ Ruídos hidroaéreos: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> ausente			
<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> vômitos <input type="checkbox"/> colostomia/ileostomia <input type="checkbox"/> flatulência			
Diurese: <input type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> SVD Aspecto da diurese: _____			
Presença de drenos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: _____			
<b>Necessidade de Regulação Imunológica</b>			
Alergias: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual _____			
Doenças imunossupressoras: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tratamento imunossupressor: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Susceptibilidade a infecção: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

<b>Necessidade de Regulação Térmica</b>		
Temperatura da pele: <input type="checkbox"/> normotérmica <input type="checkbox"/> hipotérmica <input type="checkbox"/> hipertermica		
Pele fria: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<b>Necessidade de Percepção visual, auditiva, gustativa, sensitiva</b>		
Condição da visão: <input type="checkbox"/> acuidade visual diminuída <input type="checkbox"/> uso de lentes/óculos		
Condição da audição: <input type="checkbox"/> acuidade auditiva diminuída <input type="checkbox"/> zumbidos Paladar: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ausente		
Dor: <input type="checkbox"/> expressão facial de dor <input type="checkbox"/> relato verbal de dor <input type="checkbox"/> teste de percepção a dor Local: _____		
<b>Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa</b>		
Condições da pele: <input type="checkbox"/> cicatriz <input type="checkbox"/> equimose <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> celulite <input type="checkbox"/> manchas <input type="checkbox"/> lesões Localização _____		
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> normocorada <input type="checkbox"/> hipocorada <input type="checkbox"/> hipercorada <input type="checkbox"/> ictérica <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> ressecada		
Ferida Operatória: <input type="checkbox"/> rubor <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> presença de secreção <input type="checkbox"/> deiscência		
Condições da Mucosa: <input type="checkbox"/> úmida <input type="checkbox"/> ressecada <input type="checkbox"/> fissuras Outras lesões _____		
Procedimentos invasivos: <input type="checkbox"/> venóclise <input type="checkbox"/> sondas <input type="checkbox"/> drenos Tipo: _____		
<b>Necessidade de Sono e Repouso</b>		
Uso de medicação sedativa: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual _____		
Auxiliares do sono: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual _____		
Características do sono: <input type="checkbox"/> sonolento <input type="checkbox"/> acorda varias vezes durante a noite <input type="checkbox"/> dorme durante o dia <input type="checkbox"/> sono interrompido		
Alterações no padrão do sono: <input type="checkbox"/> ambientais <input type="checkbox"/> individuais		
<b>Necessidade de cuidado corporal</b>		
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> precária Freqüência de banhos: _____		
Higiene bucal: <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> precária		
Necessidade de ajuda para realizar o cuidado: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<b>Necessidade de Exercício e Atividade Física / Mecânica Corporal/ Motilidade</b>		
Exercício físico regular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: _____ Freqüência semanal: _____		
Limitação física: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: _____		
Necessidade de ajuda para se movimentar: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Dor ao movimento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Força muscular: <input type="checkbox"/> hipertonia <input type="checkbox"/> hipotonia		
<b>Necessidade de locomoção</b>		
Deambula: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Necessita de ajuda para deambular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<input type="checkbox"/> acamado <input type="checkbox"/> paraplégico <input type="checkbox"/> ausência de membros Qual _____		
<b>Necessidade de Segurança / Gregária</b>		
Sentimentos e Comportamentos: <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> apreensão <input type="checkbox"/> presença de familiares/visitas		
<b>Necessidade de Comunicação</b>		
Comunicação verbal: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> prejudicada Causa: _____		
<b>Necessidade de aprendizagem (educação para saúde)</b>		
Conhecimento sobre a cirurgia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Conhecimento sobre a anestesia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Comportamento preventivo para câncer de mama: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Comportamento preventivo para câncer de próstata: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<b>Necessidade de abrigo/ ambiente terapêutico</b>		
<input type="checkbox"/> casa própria <input type="checkbox"/> destino do lixo <input type="checkbox"/> água tratada <input type="checkbox"/> ambiente livre de perigo <input type="checkbox"/> iluminação adequada		

**5. IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA:**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Enfermeira:	COREN:	Data: ____/____/____

## APÊNDICE D

### CARTA INFORMATIVA E TERMO DE CONSENTIMENTO

João Pessoa, julho de 2006.

Prezada Colega:

Eu, **Ana Paula Marques Andrade de Souza**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, venho desenvolvendo uma dissertação intitulada “Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para clientes adultos em unidade cirúrgica”; cujo objetivo geral é construir um instrumento de coleta de dados para indivíduos adultos atendidos na unidade de clínica cirúrgica do HULW, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta.

Informo que o instrumento de coleta de dados (em anexo) foi elaborado a partir do levantamento dos indicadores das necessidades humanas básicas encontrado na literatura e da verificação da maior freqüência de surgimento dos mesmos nos clientes cirúrgicos.

Diante do exposto, venho solicitar sua colaboração no sentido de validar o conteúdo (indicadores) que compõe cada item do instrumento. Para tanto, peço que leia atentamente as instruções contidas no instrumento de validação.

Informo que seu anonimato e o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa serão garantidos. A critério de esclarecimento, não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Ressalto que os dados farão parte da minha dissertação de mestrado, podendo ser divulgados em trabalhos científicos, periódicos e outros conclave tanto a nível nacional quanto internacional.

Reconheço que essa tarefa lhe tomará tempo, mas acredito que sua contribuição será valiosa e de suma importância para construção e validação desse instrumento, além de contribuir com o processo de sistematização da assistência de enfermagem da clínica cirúrgica. Por esse motivo, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Atenciosamente,

Ana Paula Marques Andrade de Souza

---

---

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa acima referida, declaro que estou ciente dos termos da carta informativa que me foi apresentada.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## APÊNDICE E

### INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO

Para o preenchimento desse instrumento leia atentamente as instruções a seguir:

Para cada item a ser avaliado existem duas opções: **Concorda** (caso não queira alterar o item) e **Não concorda** (caso queira fazer alguma modificação no item, ou seja, acrescentar ou retirar indicadores do item avaliado). Para cada item existe o espaço **Justificar**. Esse espaço deve ser preenchido caso queira retirar ou acrescentar algum conteúdo ao item. Por exemplo:

**Necessidade de eliminação:** ( ) concorda ( x ) Não concorda

Justifique: No item presença de drenos deve ser inserido **aspecto da secreção:** serosa, hemática, purulenta, biliosa.

Lembre-se: sua contribuição é bastante valiosa, por isso leia atentamente cada item e não tenha receio de emitir sua sugestão.

**Identificação:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Experiência com cirurgias:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidades Humanas Básicas/ Exame Físico:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Regulação Neurológica:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Oxigenação:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Regulação Vascular:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Nutrição:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Eliminação:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Regulação Imunológica:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Regulação Térmica:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Percepção visual, auditiva, gustativa, sensitiva:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Sono e Repouso:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Cuidado Corporal:** ( ) Concorda ( ) Não concorda

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necessidade de Exercício e Atividade Física / Mecânica Corporal/ Motilidade:** Concorda  Não concorda

Justifique\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Necessidade de locomoção:**  Concorda  Não concorda

Justifique\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Necessidade de Segurança / Gregária:**  Concorda  Não concorda

Justifique\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Necessidade de Comunicação:**  Concorda  Não concorda

Justifique\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Necessidade de aprendizagem (educação para saúde):**  Concorda  Não concorda

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Necessidade de abrigo/ ambiente terapêutico:**  Concorda  Não concorda

Justifique\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Impressões da enfermeira:**  Concorda  Não concorda

Justifique\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dados Demográficos****Posição na enfermagem:**  Assistencial  Docente**Sexo:**  Feminino  Masculino**Grau de Instrução:**  Graduação  Especialista  Mestre  Doutor**Experiência como enfermeira:** 1 a 5 anos  6 a 10 anos  11 a 15 anos  16 a 20 anos  acima de 20 anos**Experiência na área de clinica cirúrgica:** 1 a 5 anos  6 a 10 anos  11 a 15 anos  16 a 20 anos  acima de 20 anos

## APÊNDICE F

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Cliente Adulto Cirúrgico - 2º versão



HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO  
LAURO WANDERLEY-UFPB

DIVISÃO DE ENFERMAGEM  
Sistematização da Assistência de Enfermagem  
Clínica Cirúrgica  
Histórico de Enfermagem

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:				Idade:
Como é chamado em casa:		Enfermaria:	Leito:	Nº Prontuário
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Data Nascimento: / /	Escolaridade:	Religião:
Procedência:		Profissão:	Ocupação:	
Data de admissão: / /		Pré-operatório <input type="checkbox"/> Pós-operatório <input type="checkbox"/>	Cirurgia Proposta:	
Data da Cirurgia: / /			Cirurgia Realizada:	

2. EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL? \_\_\_\_\_

3. USO DE MEDICAMENTOS? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (IS)? \_\_\_\_\_

4. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_

## 5. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:


## 6. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS / EXAME FÍSICO:

T _____ °C	P _____ bpm	R _____ ipm	PA _____ mmHg
Altura _____ cm	Peso _____ Kg	CA _____ cm	IMC _____
Glicemia _____ mg/dl			
<b>Necessidade de Regulação Neurológica</b>			
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> consciente <input type="checkbox"/> inconsciente <input type="checkbox"/> orientado <input type="checkbox"/> desorientado <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> torporoso <input type="checkbox"/> sonolento			
Coordenação dos movimentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> perda temporária da sensibilidade			
<b>Necessidade de Oxigenação</b>			
Ausculta pulmonar: <input type="checkbox"/> murmúrios vesiculares <input type="checkbox"/> estertores <input type="checkbox"/> roncos <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> atrito pleural			
Tosse: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Produtiva: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Secreção _____			
Traqueostomia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Uso de Oxigênio: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Permeabilidade das Vias Aéreas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
<b>Necessidade de Regulação Vascular</b>			
Doença Cardiovascular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____			
Perfusão Periférica: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída Característica do pulso periférico: <input type="checkbox"/> cheio <input type="checkbox"/> filiforme			
Condições da Rede Vascular Periférica: <input type="checkbox"/> Comprometida <input type="checkbox"/> Preservada			
Presença de: <input type="checkbox"/> varizes <input type="checkbox"/> edema Local: _____			
<b>Necessidade de Regulação Térmica</b>			
Temperatura da pele: <input type="checkbox"/> normotérmica <input type="checkbox"/> hipotérmica <input type="checkbox"/> hipertérmica			
<b>Necessidade de Nutrição</b>			
Hábitos alimentares: _____			
Alimentação: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejum <input type="checkbox"/> anorexia			
Dentição: <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> incompleta Uso de prótese: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Tipo somático: <input type="checkbox"/> emagrecido <input type="checkbox"/> obeso <input type="checkbox"/> caquético Abdome: <input type="checkbox"/> timpânico <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> doloroso			
<b>Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica</b>			
<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular <input type="checkbox"/> câimbras <input type="checkbox"/> sede Umidade das mucosas: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída			
Turgor e elasticidade da pele: <input type="checkbox"/> preservado <input type="checkbox"/> diminuído			
Perdas hídricas e eletrolíticas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quantidade: _____			
Reposição de substâncias hidroeletrolíticas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quais? _____			
Acesso venoso: <input type="checkbox"/> periférico <input type="checkbox"/> central <input type="checkbox"/> dissecação venosa Localização: _____			

<b>Necessidade de Eliminação</b> Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> endurecida <input type="checkbox"/> líquidas <input type="checkbox"/> pastosas <input type="checkbox"/> semi-pastosa <input type="checkbox"/> colostomia/ileostomia <input type="checkbox"/> flatulência Ruídos hidroaéreos: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> vômitos Aspecto: _____ Diurese: <input type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/> instilação continua <input type="checkbox"/> incontinência <input type="checkbox"/> retenção urinária <input type="checkbox"/> disúria <input type="checkbox"/> poliúria Aspecto da diurese: _____ Quantidade: _____ Presença de drenos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: _____ Local: _____ Aspecto da secreção drenada: _____		
<b>Necessidade de Regulação Imunológica</b> Alergias: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____ Doenças imunossupressoras: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____ Tratamento imunossupressor: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Susceptibilidade a infecção: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<b>Necessidade de Percepção visual, auditiva, gustativa, sensitiva</b> Condição da visão: <input type="checkbox"/> acuidade visual diminuída <input type="checkbox"/> uso de lentes/óculos Deficiente visual: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Condição da audição: <input type="checkbox"/> acuidade auditiva diminuída <input type="checkbox"/> zumbidos Deficiente auditivo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Uso de aparelho: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Paladar: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ausente Dor: <input type="checkbox"/> expressão facial de dor <input type="checkbox"/> relato verbal de dor <input type="checkbox"/> dor a estimulação tátil Local: _____		
<b>Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa</b> Condições da pele: <input type="checkbox"/> cicatriz <input type="checkbox"/> equimose <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> celulite <input type="checkbox"/> manchas <input type="checkbox"/> lesões Localização _____ Coloração da pele: <input type="checkbox"/> normocorada <input type="checkbox"/> hipocorada <input type="checkbox"/> hiperacorada <input type="checkbox"/> ictérica <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> ressecada <input type="checkbox"/> cianótica Ferida operatória: <input type="checkbox"/> rubor <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> limpa e seca <input type="checkbox"/> oclusiva <input type="checkbox"/> descencia Presença de secreção: <input type="checkbox"/> hemática <input type="checkbox"/> serosa <input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> biliosa Condições da Mucosa: <input type="checkbox"/> úmida <input type="checkbox"/> ressecada <input type="checkbox"/> fissuras Outras lesões: _____ Procedimentos invasivos: <input type="checkbox"/> venóclise <input type="checkbox"/> sondas <input type="checkbox"/> drenos Tipo: _____		
<b>Necessidade de Sono e Repouso</b> Uso de medicação sedativa: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____ Características do sono: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sono interrompido <input type="checkbox"/> sonolento <input type="checkbox"/> acorda varias vezes durante a noite <input type="checkbox"/> dorme durante o dia Alterações no padrão do sono: <input type="checkbox"/> ambientais <input type="checkbox"/> individuais		
<b>Necessidade de cuidado corporal</b> Higiene corporal: <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> precária Presença de odor: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Frequência de banho: _____ Higiene bucal: <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> precária Necessidade de ajuda para realizar o cuidado: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<b>Necessidade de Exercício e Atividade Física / Mecânica Corporal/ Motilidade</b> Exercício físico regular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: _____ Frequência semanal: _____ Limitação física: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: _____ Necessidade de ajuda para se movimentar: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Dor ao movimento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Força muscular: <input type="checkbox"/> hipertonia <input type="checkbox"/> hipotonia		
<b>Necessidade de locomoção</b> Deambula: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Necessita de ajuda para deambular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Uso de: <input type="checkbox"/> muleta <input type="checkbox"/> bengala <input type="checkbox"/> cadeira de rodas <input type="checkbox"/> acamado <input type="checkbox"/> paraplégico <input type="checkbox"/> ausência de membros Qual? _____		
<b>Necessidade de Segurança / Gregária</b> Sentimentos e Comportamentos: <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> apreensão <input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> presença de familiares/visitas		
<b>Necessidade de Comunicação</b> Comunicação verbal: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> prejudicada Causa: _____		
<b>Necessidade de aprendizagem (educação para saúde)</b> Conhecimento sobre a cirurgia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Conhecimento sobre a anestesia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Realiza exames preventivos de: <input type="checkbox"/> mama <input type="checkbox"/> citológico <input type="checkbox"/> próstata Período: _____ Tabagismo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Etilismo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tempo: _____		
<b>Necessidade de abrigo/ ambiente terapêutico</b> Casa própria: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Coleta de lixo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Água tratada: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ambiente livre de perigo <input type="checkbox"/> iluminação adequada		
<b>7. IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA:</b> _____ _____		
Enfermeira:	COREN:	Data: ____/____/____

## APÊNDICE G

### AVALIAÇÃO DA OPERACIONALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CLIENTE ADULTO CIRÚRGICO

Prezada Colega,

Com o intuito de verificar a viabilidade e operacionalização do instrumento de coleta de dados (em anexo) construído após a validação realizada por V<sup>a</sup> S<sup>a</sup>, venho mais uma vez solicitar a sua colaboração no sentido de realizar a testagem clínica do mesmo. Para tanto é necessário que este seja aplicado em cinco clientes cirúrgicos e que, após essa aplicação, seja emitida sua opinião em relação a sua operacionalização, dificuldades e dúvidas encontradas, bem como o tempo gasto para o preenchimento do mesmo. Ressalto mais uma vez que a sua contribuição é de extrema importância para a construção final do instrumento proposto e que seu anonimato será mantido, bem como o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento.

Atenciosamente,

Ana Paula Marques Andrade de Souza

### OBSERVAÇÕES SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO

Tempo gasto para preenchimento: Início \_\_\_\_\_

Termino \_\_\_\_\_

Dificuldades e dúvidas encontradas durante o preenchimento:

---

---

---

---

Sugestões:

---

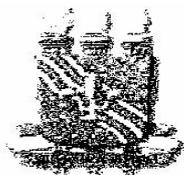
---

---

---



*ANEXO*

**ANEXO A**

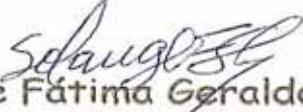
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada em 21/02/2006 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado: Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para clientes adultos em unidade cirúrgica, protocolo número: 023/06, do(a) pesquisador(a): *Ana Paula Marques Andrade de Souza*.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão de pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 22 de fevereiro de 2006.

  
Solange Fátima Geraldo da Costa  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - HULW