

**Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica<sup>1</sup>****Empiric indicators for structuring a data-collecting tool in surgical units****Indicadores empíricos para la estructuración del instrumento de recolección de datos en unidad quirúrgica**Ana Paula Marques Andrade de Souza<sup>I</sup>, Maria Julia Guimarães Oliveira Soares<sup>II</sup>, Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>III</sup><sup>I</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado defendida e aprovada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/CCS/UFPB).<sup>I</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/CCS/UFPB. E-mail: [anapmasouza@yahoo.com.br](mailto:anapmasouza@yahoo.com.br).<sup>II</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico e Administração e do PPGENF/CCS/UFPB. Orientadora do trabalho. E-mail: [mmjulieg@yahoo.com.br](mailto:mmjulieg@yahoo.com.br).<sup>III</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNIFESP. Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria e do PPGENF/CCS/UFPB. Pesquisador CNPq. E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br).**RESUMO**

Este artigo teve como propósito descrever o desenvolvimento das primeiras fases da construção de um instrumento de coleta de dados para o cliente cirúrgico, com os objetivos de listar os indicadores empíricos encontrados na literatura a partir das necessidades humanas básicas de Horta, e identificar a frequência desses indicadores empíricos em clientes internos na clínica cirúrgica. Para listar os indicadores empíricos utilizou-se como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta, e a partir de uma revisão na literatura foi possível definir cada necessidade e identificar para cada uma delas os indicadores empíricos. Após essa busca, foi elaborado um instrumento contendo 367 indicadores empíricos, o qual foi utilizado com 61 clientes internos na clínica cirúrgica do HULW. Obteve-se como resultado 84 indicadores empíricos que compuseram a primeira versão do instrumento de coleta de dados para cliente adulto cirúrgico. Espera-se que o instrumento que será elaborado a partir desses resultados 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, voltada para a identificação das necessidades desses clientes.

**Descritores:** Enfermagem; Cirurgia; Coleta de dados; Assistência ao Paciente.**ABSTRACT**

The present methodological research has as its main purpose the development of the initial stage in the implementation of a data-collecting tool to be used by a hospital surgical staff. This tool aims at listing the empiric indicators found in the literature, beginning with the basic human needs as stated by Horta, and identifying the frequency of such indicators in the case of surgical inpatients. To list the empiric indicators, Horta's Theory of Basic Human Needs was used as theoretical reference. By examining the literature it was possible to define these needs and to identify empiric indicators for each one of them. This resulted in an instrument containing 367 empiric indicators that were used with 61 inpatients in the University Hospital (HULW) surgical clinics. Eighty-four empiric indicators were obtained, and these made up the first version of our data-collecting tool for surgical adult inpatients. An instrument based on such results is expected to contribute towards both the systematization of nursing assistance in the hospital surgical clinics and the standardization of data collecting at the moment patients are admitted, considering at the same time the needs of these patients.

**Descriptors:** Nursing; Surgery; Data Collecting; Patient care.**RESUMEN**

Esta investigación del tipo metodológica tuvo como propósito el desarrollo de las primeras fases de la construcción de un instrumento de recogida de datos para el cliente quirúrgico, con los objetivos de relacionar los indicadores empíricos encontrados en la literatura, a partir de las necesidades humanas básicas de Horta, e identificar la frecuencia de dichos indicadores en clientes internos en la clínica quirúrgica. Para relacionar los indicadores empíricos se utilizó como referencial teórico la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas, de Horta, y a partir de una revisión en la literatura fue posible definir cada necesidad e identificar para cada una de ellas los indicadores empíricos. Tras esa búsqueda, fue elaborado un instrumento conteniendo 367 indicadores empíricos, el cual fue utilizado con 61 clientes internos en la clínica quirúrgica del Hospital Universitario Lauro Wanderley (HULW). Se obtuvo como resultado 84 indicadores empíricos que compusieron la primera versión del instrumento de recogida de datos para cliente adulto quirúrgico. Se espera que el instrumento que será elaborado a partir de esos resultados sea viable a la implantación de la sistematización de la asistencia de enfermería en la clínica quirúrgica y uniformizar la manera de recogida de datos en la referida clínica en el momento de la admisión de los clientes, vuelta para la identificación de las necesidades de dichos clientes.

**Descriptor:** Enfermería; Cirugía; Recolección de Datos; Atención al Paciente.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, a Enfermagem deixou de ser empírica e começou a se preocupar com uma prática baseada em princípios científicos a fim de possibilitar 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 como método sistematizado de prestação de cuidados, humanizado e qualificado, fazendo com que a Enfermagem evoluísse como profissão e ciência.

A utilização do Processo de Enfermagem 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. Fornece ainda os fundamentos para a aplicação das habilidades de pensamento crítico, necessárias ao exercício profissional; conduz os enfermeiros a examinarem a qualidade da assistência produzida e a analisarem, de forma crítica, como poderiam realizá-la melhor, uma vez que o objetivo da Enfermagem fundamenta-se na prestação do cuidado humanizado e qualificado<sup>(1-2)</sup>.

O processo de enfermagem é definido como um método sistematizado e humanizado de prestação de cuidados. É sistematizado, 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 assim como da família e da comunidade, no atendimento à saúde. Podemos acrescentar sua individualização, porque as necessidades são identificadas para cada cliente, família e comunidade<sup>(2)</sup>.

Esse método constitui-se como uma ferramenta essencial para a prestação do cuidado de enfermagem devido ao mesmo poder ser utilizado em qualquer contexto que necessite de cuidado à saúde<sup>(3)</sup>. Além de permitir uma assistência individualizada, permite o planejamento das ações de acordo com as necessidades afetadas, dando, portanto direcionamento específico ao cuidado pensado.

Nos últimos anos, o processo de enfermagem tem sido alvo de diversos estudos e pesquisas com o intuito de efetivar a sua aplicabilidade na prática assistencial do enfermeiro. Esse interesse intensificou-se com a Resolução 272 do Conselho Federal de Enfermagem, de 27 de agosto de 2002, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esta determina, nos seus artigos segundo e terceiro, a implantação da SAE em todas as instituições de saúde, públicas e privadas, e o registro formal das suas fases nos prontuários dos clientes<sup>(4)</sup>.

Embora muitos enfermeiros não documentem a assistência prestada de forma sistemática, é

necessário organizar essa assistência por meio da implementação do Processo de Enfermagem, o qual deve ser fundamentado numa teoria que atenda à necessidade do cliente que está sendo cuidado<sup>(3)</sup>. A complexidade de ações do cliente cirúrgico justifica a implantação da SAE como metodologia assistencial para a realização dos cuidados do enfermeiro, necessários para esse cliente<sup>(5)</sup>.

Agentes estressores são desencadeados nesse tipo de cliente, desde o momento em que o mesmo é informado da necessidade do procedimento cirúrgico até a hospitalização. Isto ocorre pela incerteza do que irá acontecer-lhe durante e após a cirurgia e pela falta de conhecimento do preparo e dos cuidados pós-operatórios, resultando em sintomas como medo, ansiedade, entre outros, o que leva ao comprometimento de suas necessidades humanas básicas. A utilização do Processo de Enfermagem possibilitará a implementação de ações voltadas diretamente para o atendimento das necessidades desse cliente e para reduzir o risco decorrente do próprio ato cirúrgico<sup>(5-7)</sup>.

Considerando-se que o Processo de Enfermagem é constituído de etapas, e que a primeira é primordial para o desenvolvimento das demais etapas desse processo, é necessário contar com um instrumento que possibilite a identificação das necessidades da clientela a qual se deseja assistir<sup>(8)</sup>.

Se em uma unidade cirúrgica não existe um modelo padronizado de instrumento para o enfermeiro levantar dados sobre as necessidades do cliente cirúrgico, certamente ele terá dificuldades para fazer o planejamento dos cuidados de enfermagem, bem como o cliente para entender seu tratamento e intervenção cirúrgica. Portanto, a utilização de um instrumento permite a identificação das necessidades e estabelece uma comunicação entre os enfermeiros da clínica e do bloco cirúrgico, garantindo a continuidade da assistência perioperatória<sup>(9-10)</sup>.

Sabendo-se que o desenvolvimento da prática assistencial da forma sistemática requer um direcionamento de um modelo teórico, optou-se como referencial teórico para guiar este estudo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta<sup>(11)</sup>. Trata-se do referencial utilizado no Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem do hospital onde foi desenvolvida a pesquisa, e por considerar-se que essa teoria atende às necessidades dos clientes cirúrgicos.

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivos: listar os indicadores empíricos encontrados na literatura a partir das necessidades humanas básicas e identificar a frequência dos indicadores empíricos em clientes internos na clínica cirúrgica, visando à construção de um instrumento de coleta de

dados para clientes internos na clínica cirúrgica do HULW/UFPB.

### 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 o enfermeiro possa levantar as necessidades do cliente do qual precisa cuidar.

Para se construir um instrumento de coleta de dados, faz-se necessário que este tenha como meta ser confiável, preciso e utilizável na prática clínica, podendo ser empregado por outros pesquisadores<sup>(12)</sup>.

Essa pesquisa foi desenvolvida na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), 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, proctológicas e urológicas. 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 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.

Para a realização do estudo, foram executadas duas fases: 1) identificação dos indicadores empíricos, realizada por meio do levantamento bibliográfico; e 2) estruturação do instrumento a partir da identificação dos indicadores empíricos no cliente cirúrgico. A seguir, descrever-se-á minuciosamente cada etapa, bem como os resultados encontrados.

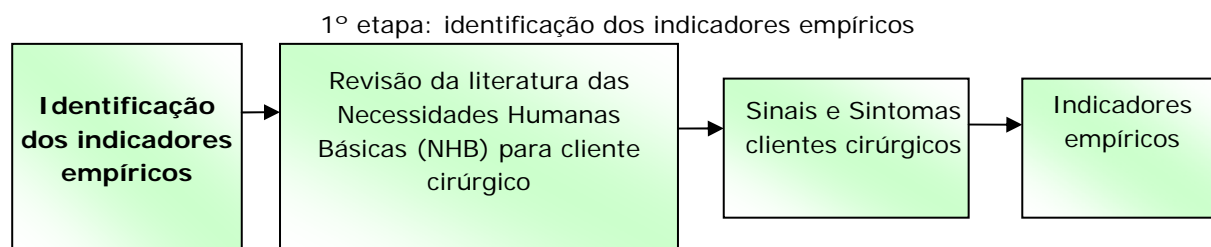


Figura 1: Etapas da primeira fase de indicadores empíricos. João Pessoa, 2006.

Dentro da hierarquia do conhecimento da Enfermagem os indicadores empíricos são considerados os critérios e/ou as condições experimentais, que são usados para observar ou mensurar os conceitos de uma teoria<sup>(13)</sup>. Neste estudo os indicadores empíricos foram considerados como as manifestações, observadas ou mensuradas, das necessidades humanas básicas afetadas no cliente cirúrgico.

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<sup>(14)</sup>.

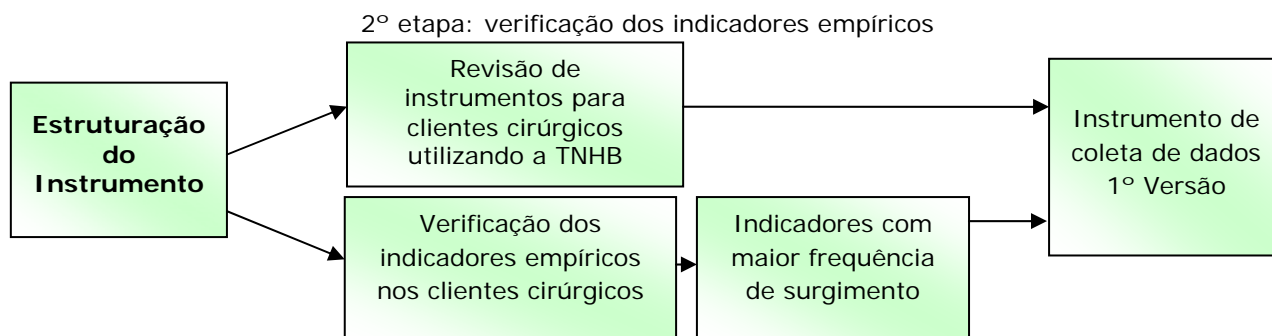
Realizou-se um levantamento bibliográfico sobre a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta<sup>(11)</sup> e de trabalhos que associassem essa teoria com o cliente cirúrgico, e sobre conteúdo relacionado ao exame físico que indicasse as necessidades humanas básicas desse cliente. Ao término desse levantamento, foi construído um instrumento contendo as definições de cada necessidade humana

básica referida por Horta e por outros autores, e os indicadores empíricos encontrados para cada necessidade. Para isso, seguiram-se o modelo estrutural e alguns indicadores utilizados nas dissertações de Silva<sup>(15)</sup> e Porto<sup>(16)</sup>, 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.



**Figura 2:** Etapas da segunda fase de indicadores empíricos. João Pessoa, 2006.

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

Enquanto o projeto era analisado pelo comitê de ética do HULW, buscaram-se, por meio do levantamento bibliográfico, instrumentos de coleta de dados aplicados em clientes cirúrgicos utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. 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 que estavam voltados para o cliente cirúrgico foram adquiridos<sup>(17-18)</sup>.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do HULW - de acordo com a certidão de número 026/06 - iniciou-se, no mês de maio de 2006, a verificação dos indicadores empíricos. Esses foram constituídos a partir das manifestações das necessidades humanas básicas afetadas no cliente cirúrgico identificadas na literatura, nos clientes internos na clínica cirúrgica, utilizando-se o instrumento construído na etapa anterior. Esse instrumento foi aplicado em 61 clientes internos na clínica cirúrgica, sendo 29 na fase pré-operatória, e 32, na fase pós-operatória. Essa amostra correspondeu a 40% das admissões ocorridas nos meses de março e abril de 2006.

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<sup>(19)</sup>. 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 as primeiras 48 horas pós-operatórias<sup>(20)</sup>.

De acordo com os critérios estabelecidos, a pesquisa teve início com a solicitação da autorização do cliente, por meio de sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido. 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, 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, foram realizados nos clientes a entrevista e o exame físico com a finalidade de identificar os indicadores empíricos para cada necessidade, ou seja, as evidências de que essas necessidades estavam ou não afetadas. Em alguns casos, essas evidências foram representadas por sinais e sintomas e, em outros, por situações verbalizadas pelo cliente, que indicavam a presença ou a ausência da necessidade. Ao término da entrevista e do exame físico, os indicadores observados foram assinalados de acordo com a fase em que se encontravam cada cliente (pré ou pós-operatória). Ao término da coleta de dados, foi verificada a frequência dos indicadores nas fases pré e pós-operatórias, com a finalidade de identificar os indicadores que apresentaram frequência  $\geq 50\%$  em ambas as fases, para que os mesmos pudessem ser incluídos na versão final do instrumento de coleta de dados.

Obtivemos um total de 29 indicadores distribuídos nas necessidades psicobiológicas e psicossociais, que apresentaram frequência  $\geq 50\%$ .

Para se ter uma melhor visualização desses indicadores, os mesmos foram demonstrados na Tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição dos indicadores empíricos das fases pré e pós-operatórias com frequência maior ou igual a 50%. João Pessoa, 2006.

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

Tendo em vista que os indicadores empíricos identificados na literatura são de extrema relevância para a coleta de dados do cliente cirúrgico, e que uma grande maioria não obteve a frequência inicialmente determinada, foram considerados como importantes para a identificação de problemas em clientes cirúrgicos alguns indicadores que apresentaram frequência inferior a 50%. Dessa forma, foram incluídos 55 indicadores considerados, dos quais 49 encontravam-se nas **Necessidades Psicobiológicas**; e 06, nas **Necessidades Psicossociais**. As **Necessidades Psicoespirituais** não apresentaram percentuais significativos para serem incluídas na primeira versão do instrumento, conforme demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2:** Distribuição dos indicadores empíricos das fases pré e pós-operatória com frequência menor que 50%. João Pessoa, 2006.

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



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 de cirurgias durante o período de coleta de dados. Apesar de nessa fase procurar-se identificar indicadores que apontassem alterações em padrões tidos como normais, foram considerados alguns indicadores das necessidades psicobiológicas e psicossociais, com frequência inferior a 50% por ser essencial que o enfermeiro, em sua avaliação, investigue-os rotineiramente.

Diante desses dados, foi elaborada a primeira versão do instrumento de coleta de dados para o cliente cirúrgico, seguindo o modelo estrutural proposto pelo Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem do HULW. Esse instrumento foi submetido a um processo de validação de conteúdo e feito o teste de sua operacionalização com pacientes cirúrgicos, e seus resultados serão objeto de outro artigo.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 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.

Construir um instrumento de coleta de dados é um trabalho árduo, que necessita de todo o empenho do pesquisador, para ir vencendo todas as fases necessárias a sua construção. Este artigo teve como propósito o desenvolvimento das primeiras fases da construção de um instrumento de coleta de dados para o cliente cirúrgico, com os objetivos de listar os indicadores empíricos encontrados na literatura a partir das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, e identificar a frequência desses indicadores empíricos em clientes internos na clínica cirúrgica.

Para listar os indicadores empíricos, 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. Após essa busca, foi elaborado um instrumento contendo 367 indicadores empíricos, distribuídos de acordo com cada nível de necessidade descrita por Horta. Com esse instrumento, verificou-se a frequência desses

indicadores no cliente cirúrgico, obtendo como resultado 84 indicadores empíricos que compuseram a primeira versão 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. Espera-se que o instrumento que será elaborado a partir desses resultados 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 os enfermeiros 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, os enfermeiros 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.

### REFERÊNCIAS

1. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
2. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5th ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005.
3. Lima RL, Stival MM, Lima LR, Oliveira CR, Chianca TCM. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006 [cited 2008 jan 12];8(3):349-57. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a05.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm).
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-272/2000. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2002.
5. Galvão MC, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Rev Latino-am Enfermagem. 2002;10(5):690-5.
6. Santos SSC, Luis MAV. A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico. 2nd ed. Goiânia: AB; 2002.
7. Florio MCS, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no perioperatório. Rev Latino-am Enfermagem. 2003;11(5):630-7.
8. Barros ALBL. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed; 2002.

9. Norat EM. Construção e aplicação do modelo de levantamento de dados: proposta para paciente em pré e pós-operatório [monography]. João Pessoa: Departamento de Enfermagem/UFPB; 1996.
10. Galdeano LE, Rossi LA. Construção e validação de instrumento de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. Rev Latino-am Enfermagem. 2002;10(6):800-4.
11. Horta WA. Processo de enfermagem. 1st ed. São Paulo: EDUSP; 1979.
12. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3rd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
13. Fawcett J. Criteria for Evaluation of Theory. Nurs Sci Q. 2005; 18(2): 131-135.
14. Grey M. Métodos de coleta de dados. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
15. Silva KL. Construção e validação de instrumento de coleta de dados para criança de 0-5 anos. [dissertation]. João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB; 2004.
16. Porto MLL, Nóbrega MML. Instrumento de coleta de dados para o atendimento ao idoso no Programa de Saúde da Família. Rev Enferm UFPE On line. 2008 [cited 2007 dez 1];2(1):1-8. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/81/112>.
17. Almeida RSS, Barros MM, Souza, EMS. Relato de experiência sobre a implantação de um instrumento de coleta de dados perioperatórios. In: Anais do 7º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização [CD-ROM]; 2005 jul 29 - ago 02; São Paulo, Brasil. p.67.
18. Soares LH, Abrão ACFV, Pinelli, FGS. Construção de um instrumento de coleta de dados para a identificação dos diagnósticos de enfermagem em ginecologia. In: Anais do 8º Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem; 2006 maio 23-26; João Pessoa, Brasil. p.102.
19. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
20. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. São Paulo: Iátria; 2004.

Artigo recebido em 19.04.09.

Aprovado para publicação em 13.04.09.

Artigo publicado em 30.09.09.