



**RINALDO DE SOUZA NEVES**  
Organizador

# **SAE** SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**GUIA PARA O CUIDADO ORGANIZADO**



*Sistematização da Assistência de  
Enfermagem – SAE:  
guia para o cuidado organizado*



Rinaldo de Souza Neves  
*Organizador*

*Sistematização da Assistência de  
Enfermagem – SAE:  
guia para o cuidado organizado*

1<sup>a</sup>. Edição

Editora IGM  
2020

Copyright © Editora IGM 2020 - Todos os direitos reservados

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610, de 19/02/1998.

Editoração: Editora IGM

Impressão: Gráfica Parceira

Revisão: Glória Regina de Souza Pereira

Este livro pode ser transmitido através de meios eletrônicos (Redes Sociais, Internet, e-mail etc.), com a devida citação e créditos aos autores.

### **CORPO EDITORIAL**

Dr. Gilson Xavier de Azevedo (UEG)

Dr. Helieder Côrtes Freitas (UEMG)

Dr. Marcos Roberto da Silva (UEG)

Dr. Robson Assis Paniago (FACEN)

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

S623      Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado / Rinaldo de Souza Neves (Organizador). – Quirinópolis, GO: Editora IGM, 2020.

356 p. : il. ; 23 cm

ISBN: 978-65-87038-25-4

1. Enfermagem.

I. Título.

CDU: 616.08

# Sumário

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>RINALDO DE SOUZA NEVES</b>	
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>17</b>
<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE</b>	
<b>VÍTOR HUGO NASCIMENTO FIRMINO</b>	
<b>VIRGÍLIO LUIZ MARQUES DE MACEDO</b>	
<b>RINALDO DE SOUZA NEVES</b>	
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>33</b>
<b>TEORIAS DE ENFERMAGEM E SUA IMPORTÂNCIA NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>ANNA LUÍSA TORRES RIBEIRO</b>	
<b>ANNE GABRIELLE ROCHA MORO</b>	
<b>ÉVERTON FERNANDES DE ARAÚJO</b>	
<b>LOURENA BOTTENTUIT CARDOSO PENHA</b>	
<b>RENAN JOSEPH DE MORAES CUSTÓDIO</b>	
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>59</b>
<b>PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA E LEGAL</b>	
<b>EZEQUIEL MARTINS MIRANDA DA CUNHA</b>	
<b>ANTONINHO BARROS MILHOMEM</b>	
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>69</b>
<b>HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – PRIMEIRA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>LÚCIA HELENA BUENO DA FONSECA</b>	
<b>LUANA NUNES LIMA</b>	
<b>ANA LUIZA DOS SANTOS ARAÚJO</b>	
<b>KANANDA KARLA ANDRADE FREITAS</b>	
<b>ANDRÉ MAURICIO BATISTA CORRÊA</b>	

**CAPÍTULO V ..... 85**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – SEGUNDA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

**FABIOLLA LOPES RODRIGUES  
KAREN EVELLIN SOUZA NEVES  
KARINE MARQUES COSTA DOS REIS  
LÚCIA HELENA BUENO DA FONSECA**

**CAPÍTULO VI ..... 103**

**PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM – TERCEIRA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

**LÚCIA HELENA BUENO DA FONSECA  
LUANA NUNES LIMA  
CRISLAINE SIQUEIRA DE SOUSA  
BÁRBARA CRISTINA SANTOS ROCHA**

**CAPÍTULO VII ..... 113**

**IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – QUARTA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

**LUANA NUNES LIMA  
LÚCIA HELENA BUENO DA FONSECA  
WALLACE DOS SANTOS BRAGA  
GIOVANNA ANGÉLICA SOUSA SANTANA**

**CAPÍTULO VIII ..... 123**

**AValiação DE ENFERMAGEM – QUINTA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

**LUANA NUNES LIMA  
LÚCIA HELENA BUENO DA FONSECA  
LAYLA LORENE SENA LOBO  
HELLEN TORRES COELHO**



<b>CAPÍTULO IX.....</b>	<b>131</b>
<b>SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO/LINGUAGENS PADRONIZADAS DE ENFERMAGEM</b>	
<b>POLYANNE APARECIDA ALVES MOITA VIEIRA</b>	
<b>NUNO DAMÁCIO DE CARVALHO FÉLIX</b>	
<b>CAPÍTULO X.....</b>	<b>143</b>
<b>DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM UTILIZANDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®)</b>	
<b>TÂNIA MARA NASCIMENTO DE MIRANDA ENGLER</b>	
<b>WALKYRIA MARIA VIEIRA DA SILVA</b>	
<b>NUNO DAMÁCIO DE CARVALHO FÉLIX</b>	
<b>CAPÍTULO XI.....</b>	<b>163</b>
<b>LIGAÇÕES DAS CLASSIFICAÇÕES NANDA-I, NIC E NOC</b>	
<b>POLYANNE APARECIDA ALVES MOITA VIEIRA</b>	
<b>CAPÍTULO XII .....</b>	<b>185</b>
<b>MAPA CONCEITUAL PARA ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	
<b>MATEUS LOPES DO NASCIMENTO</b>	
<b>CAPÍTULO XIII .....</b>	<b>197</b>
<b>APLICAÇÃO DO MÉTODO SOAP NO PROCESSO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>RINALDO DE SOUZA NEVES</b>	
<b>CARLA SOUSA SILVA</b>	
<b>LUANA FERNANDES DOS REIS</b>	
<b>CAPÍTULO XIV .....</b>	<b>215</b>
<b>APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS - ABP: UM MÉTODO PARA O ENSINO DO PROCESSO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>HUARA PAIVA CASTELO BRANCO</b>	
<b>KÁTIA RODRIGUES MENEZES</b>	

**CAPÍTULO XV ..... 237**

**OBSTÁCULOS PARA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

**LUANA NUNES LIMA**

**LÚCIA HELENA BUENO DA FONSECA**

**CAPÍTULO XVI ..... 247**

**REFLEXÕES SOBRE A RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN - NÚMERO 358/2009**

**RINALDO DE SOUZA NEVES**

**VÍTOR HUGO NASCIMENTO FIRMINO**

**ÉRIKA TAYNÁ DE SOUZA NASCIMENTO**

**CAPÍTULO XVII..... 261**

**PASSAGEM DE PLANTÃO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM**

**TÂNIA MARA NASCIMENTO DE MIRANDA ENGLER**

**SARA BORGES SANTOS ARAÚJO**

**CAPÍTULO XVIII ..... 285**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**LUANA NUNES**

**RENES SHINAIDER DO NASCIMENTO AMARAL**

**VIRGÍLIO LUIZ MARQUES DE MACEDO**

**CAPÍTULO XIX ..... 305**

**UTILIZAÇÃO DA CIPE® NA ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO HOSPITALAR**

**GUILHERME KELVIN ARAÚJO ALVES**

**PAÔLA CARVALHO SILVA**

**CAPÍTULO XX..... 321**

**ASPECTOS LEGAIS DO EXERCÍCIO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE**

**SIMONE LUZIA FIDÉLIS DE OLIVEIRA**

**CAPÍTULO XXI ..... 333**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE: BENEFÍCIOS, REQUISITOS E DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**RINALDO DE SOUZA NEVES**

**GILNEY GUERRA DE MEDEIROS**

**DAVI PEREIRA MARQUES**

**SAMUEL SILVA DOS SANTOS**



# APRESENTAÇÃO

Este livro tem como objetivo apresentar a temática ***Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado***. Para isso, construímos capítulos com aspectos históricos, conceituais e ético-legais, que podem orientar a equipe de enfermagem na condução do processo de organizar a assistência de enfermagem nos diversos campos de sua atuação profissional.

Ao longo dos anos, a SAE tem sido adotada pelos enfermeiros como prática de organização da assistência de enfermagem em alguns cenários de saúde do Brasil. Dessa forma, enfermeiros brasileiros têm identificado vários desafios para a implantação e implementação da SAE e do Processo de Enfermagem (PE), mesmo assim, esforços estão sendo concentrados para que esta metodologia assistencial seja implementada.

A implantação da SAE e do PE tem proporcionado várias potencialidades para o profissional, para a ciência da enfermagem e para a qualidade da assistência à pessoa, à família e à comunidade.

Desta maneira, a obra foi organizada por vários autores, em 21 capítulos, nos quais apresentamos importantes reflexões sobre a organização do cuidado pela equipe de enfermagem, na tentativa de estimular a aplicação da SAE e do PE entre os estudantes e profissionais nos diversos espaços de atuação em que a enfermagem está inserida.

Nos capítulos iniciais, abordaremos os aspectos gerais e conceituais da SAE e a importância das Teorias de Enfermagem na organização do PE. Em seguida, passamos por cada uma das etapas sequenciais do PE (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem), assim como descrevemos os Sistemas de Classificação/Linguagens Padronizadas de Enfermagem e as ligações das Classificações NANDA-I, NIC e NOC.

Como alternativa para elaboração dos diagnósticos de enfermagem, apresentamos a utilização do Mapa Conceitual e sugerimos, em um capítulo, a aplicação do Sistema Subjetivo, Objetivo e Plano (SOP) para o registro de informações no prontuário do paciente. A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) também é identificada como um método de aprendizagem que pode ser aplicado no ensino do PE e na formação de enfermeiros.

Não poderíamos deixar de descrever os principais obstáculos que os enfermeiros enfrentam para a implantação e implementação da SAE e do PE nas instituições de saúde e de apresentar importantes reflexões sobre a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Para complementar essa Resolução, preparamos um capítulo sobre os aspectos legais do exercício da SAE. A passagem de plantão também é descrita como uma importante ferramenta para a implementação do PE com a equipe de enfermagem.

Consideramos importante também ressaltar os diagnósticos de enfermagem prevalentes na Atenção Primária em Saúde (APS) que podem ser utilizados pelos enfermeiros nas unidades de saúde. Outro capítulo apresenta a CIPE® como uma classificação essencial para a elaboração de diagnósticos de enfermagem na atenção hospitalar. E,

para encerrar esta obra, discutimos os benefícios, requisitos e desafios para a organização do cuidado de enfermagem por meio da SAE.

Assim, é importante, durante a leitura da obra, refletirmos sobre a seguinte questão:

***Quais as contribuições da SAE e do PE para a autonomia do enfermeiro, para a pessoa que necessita de cuidados e para a visibilidade da profissão?***

Aqui apresentamos algumas respostas para essa questão: cuidado organizado para a segurança da pessoa, família e comunidade; autonomia para buscar nossa valorização profissional; atendimento humanizado e individualizado para a qualidade da assistência do usuário de saúde; conhecimento científico com base em métodos e modelos teóricos; sustentação de nossas práticas com evidências científicas; visibilidade social para mostrar quem somos e o que fazemos; coleta de dados objetivos e subjetivos que possam direcionar para os fenômenos e diagnósticos que são próprios da enfermagem; diagnósticos de enfermagem que possam guiar as intervenções e atividades; intervenções eficazes para alcançar resultados no cuidado de enfermagem; e linguagem própria e padronizada para a enfermagem brasileira.

Desta forma, fazemos um convite a você, caro leitor, para aprofundar na temática e colocar em prática os conhecimentos que aqui apresentamos.

Boa leitura!

**Rinaldo de Souza Neves**  
*Organizador*  
*Doutor em Ciências da Saúde*





# Capítulo I



# Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE

**Vítor Hugo Nascimento Firmino<sup>1</sup>**

**Virgílio Luiz Marques de Macedo<sup>2</sup>**

**Rinaldo de Souza Neves<sup>3</sup>**

**Resumo:** A enfermagem tem trabalhado cada vez mais a produção científica e, nesse contexto, diversos estudos se dedicaram à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizando nomenclaturas variadas ao mesmo objeto. Questiona-se, porém, se, a adoção de diferentes termos como sinônimos para SAE realmente significam a mesma coisa. Buscamos responder a esta e a outras perguntas à luz da literatura nacional, diferenciando os conceitos de SAE, Processo de Enfermagem e Metodologia da Assistência de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Metodologia da Assistência de Enfermagem.

---

<sup>1</sup> Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Pós-Graduando em Saúde Mental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI). E-mail: vitor.hnf@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Residente em Atenção Básica pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail: virgilioescs@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeiro. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem - Coren-DF, gestão 2017-2020. E-mail: rinaldodesouza@gmail.com

Iniciamos este capítulo já reconhecendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como uma concentração conceitual formada a partir de diversos processos de estudo acumulados e das grandes Teorias de Enfermagem. Inclusive, houve uma acentuação de estudos produzidos sobre essa temática e, conforme vários autores se propuseram a estudar esse tema, o conceito foi se tornando difuso e impreciso.

Dessa forma, para problematizar o tema, iremos apresentar as seguintes questões norteadoras deste capítulo: Como os profissionais de enfermagem definem a SAE? Por que, ao longo dos anos, termos sinônimos têm sido utilizados para definir essa metodologia de organização do cuidado de enfermagem pelos profissionais? Para facilitar a utilização dessa ferramenta, há de fato que se utilizar estes diferentes termos: SAE, Processo de Enfermagem (PE) e Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE)?

Estudo de Gutierrez e Morais<sup>1</sup> aponta a SAE como um fator com grande potencial fortalecedor da identidade e valorização profissional. Porém, a supracitada imprecisão se coloca como um empecilho, uma vez que divergências teóricas impactam na compreensão e no embasamento das práticas<sup>2,3</sup>.

Considerando os impactos positivos da SAE para a profissão, para o profissional e para a ciência, entendemos que novas evidências precisam ser estudadas, identificando principalmente resultados que possam mostrar a utilização dessa metodologia assistencial para o aumento da valorização e identidade profissional, não só do enfermeiro, mas também da assistência interdisciplinar e do cuidado prestado pelo auxiliar e pelo técnico de enfermagem.

Essa confusão tem se estendido ao longo dos anos, mesmo depois de o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em 2009, ter lançado a Resolução nº 358, na qual, em suas considerações iniciais, oferece conceitos norteadores de SAE como aquela que “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem” e PE como o “instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”<sup>4</sup>. Na mesma época, autores trouxeram que a MAE é “um caminho, um modo de conduzir o trabalho com uma lógica, sendo um dos elementos da SAE”<sup>2</sup>.

Essa problemática pode ter perdurado ainda devido ao texto da Resolução do Cofen focar seus artigos no PE e suas fases, enquanto a única menção à SAE está nas considerações, levando o leitor a pensar que a descrição do PE é a mesma da SAE. Isso levanta a bandeira da necessidade de uma resolução com enfoque maior na SAE em sua amplitude e que apresente melhor os dois objetos de estudo e suas relações.

Uma das dificuldades de implementação da SAE relatada por autores é a existência de vários conflitos conceituais. Em uma análise da produção científica relacionada à SAE, proveniente de um programa de pós-graduação em enfermagem de uma universidade federal brasileira, foram identificadas divergências dos conceitos e em 32% (15 dissertações) não foi nem mesmo apresentada a conceituação<sup>5</sup>. Na prática assistencial, e muitas vezes no ensino em enfermagem, percebemos que o termo SAE é bastante utilizado de uma forma geral e, frequentemente, de forma equivocada, dependendo do objeto do foco em que é realizada a sua apresentação ou mesmo da discussão realizada pelos estudantes e profissionais de enfermagem em torno do tema.

Há na literatura diversas expressões utilizadas que podem contribuir para essa confusão conceitual, como: SAE, PE, MAE, Processo de Cuidar, dentre outros. Fuly, Leite e Lima<sup>2</sup> se propuseram a analisar as principais correntes de pensamento nacionais sobre SAE, reconhecendo como principais conceitos a SAE, o PE e a MAE. Identificaram os autores três correntes: a primeira percebe esses conceitos como esferas correlacionadas, mas diferentes; a segunda pensa os três conceitos como equivalentes, reconhecendo, então, divergência semântica; já a terceira aceita os três como sinônimos, o que leva a conflitos teóricos e profissionais.

Além disso, vale ressaltar, nesta discussão, que o termo SAE é mais utilizado no Brasil; nas pesquisas das bases de dados internacionais, é possível identificar o termo PE. Autores mais recentes também adotam a SAE com esse olhar ampliado e apontam para a demanda de distinguir melhor os limites entre ambos os conceitos<sup>6,7</sup>.

Por pactuar mais com a primeira corrente, este capítulo se debruçará em suas propostas. Para tal, resgataremos o conceito de SAE proposto por Aquino e Lunardi Filho<sup>8</sup>:

Consideramos a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como todo o planejamento registrado da assistência que abrange, desde a criação e implantação do manual de normas e rotinas das unidades à descrição padronizada dos procedimentos técnicos até, finalmente, a adoção do PE (Aquino e Lunardi Filho, 2004, p. 61).

Assim, vemos, neste conceito dos autores, que tudo começa pela fase de organização e planejamento de um processo de trabalho que envolve toda uma equipe, que pode ser denominado de início da SAE. Posteriormente, em suas fases de implantação, vem a adoção de Teorias de Enfermagem e da execução das etapas do PE na prática diária e contínua do trabalho da equipe de enfermagem. Por conseguinte, podemos dizer, de forma simples e didática, que tudo começa pela SAE, continua e termina pelo PE. Aqui ainda podemos exemplificar esses dois conceitos de forma resumida: SAE é o sistema ou método geral de organização/gerenciamento do cuidado de enfermagem; e PE são as etapas de implementação do processo para o cuidado/assistência de enfermagem.

Com essas reflexões sobre os achados na literatura, podemos então olhar para a SAE como uma abordagem ampla e dinâmica de organização de todos os processos de trabalho da enfermagem, que utiliza métodos cientificamente fundamentados (MAE), instrumentos e tecnologias de forma a integrar o serviço prestado pelos profissionais do cuidado. Sendo o PE um desses instrumentos, a ser aplicado na sistematização da assistência direta ao paciente, construído para guiar a linha de cuidado que será prestada pela equipe de enfermagem, visando, também, a uniformizações nas terminologias e documentação.

A SAE traz consigo todo o planejamento da assistência, desde a criação e implementação de normas e rotinas das unidades, a padronização da escrita nos prontuários, o registro de enfermagem, até a implementação do PE<sup>2</sup>. Além disso, a aplicação da SAE proporciona ao enfermeiro uma melhora na qualidade da assistência prestada ao paciente, possibilitando o reconhecimento e a valorização da profissão na sociedade<sup>7</sup>.

Para possibilitar a organização do trabalho da enfermagem, a SAE possui três pilares fundamentais, que tornam viável a operacionalização do PE: o método científico, o dimensionamento de pessoal e os instrumentos<sup>4-7</sup>.

O método científico refere-se à base teórico-filosófica para a realização da prática em enfermagem, utilizado para nortear o processo de trabalho em todos os níveis de atenção. Sua escolha deve ser adequada a cada realidade em que será aplicada, no entanto, não há um método padrão que garanta a qualidade da assistência<sup>2</sup>. Dessa forma, podemos dizer que a garantia da qualidade da assistência ao paciente não depende exclusivamente da adoção de um método científico de organização da assistência, pois há diversos fatores que interferem na assistência segura aos usuários de saúde, por exemplo, as condições de trabalho em que a equipe de enfermagem está submetida no seu cotidiano do cuidado.

Como parte do método científico, as teorias de enfermagem são desenvolvidas para contribuir com o conhecimento disciplinar e profissional, na construção de uma base de conhecimento que gire em torno dos conceitos metaparadigmáticos. Essas teorias podem representar estruturas para se desenvolver e testar tecnologias e conhecimentos, bem como representar, por elas mesmas, as tecnologias leves e leve-duras, de forma a consolidar boas práticas em enfermagem. Além disso, as teorias precisam ser aplicáveis na prática profissional, devendo atuar principalmente como filosofias ou visões de mundo, contribuindo com uma enfermagem que tenha compromissos sociais e políticos com aparato ético-filosófico<sup>9</sup>.

Dessarte, com o auxílio das teorias de enfermagem e para tornar a assistência sistematizada, utiliza-se o PE como ferramenta metodológica operacional. Orienta-se, ainda, o cuidado prestado aos usuários por meio de evidências científicas, e não mais conhecimentos empíricos, que, por meio de um raciocínio clínico, desencadeiam o aprimoramento da tomada de decisão do enfermeiro para melhores diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem<sup>6</sup>.

No que se concerne ao PE, entende-se ainda que há a necessidade de uma linguagem padronizada da enfermagem, tendo em vista que isso corrobora para uma maior qualidade e segurança na assistência. Além disso, a padronização faz com que os enfermeiros pensem e

falem de forma mais clara, contribuindo também para um raciocínio clínico mais aprimorado<sup>10</sup>.

Alguns autores fizeram um levantamento em que encontraram 13 taxonomias e classificações em enfermagem: *Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness* (CNC & CN), *Classification of the Nursing Practices* (CIPE)/ *Classificação de Práticas de Enfermagem*, *Clinical Care Classification* (CCC), *CMBD nursing*, Conjunto de dados do Paciente de Ozbolt, *International Classification for Nursing Practice* (ICNP), *Nanda-Internacional* (NANDA-I), *Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería* (NIPE), *Nursing Interventions Classification* (NIC), *Nursing Minimum Data Set* (NMDS), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), *OHAMA system* e *Perioperative Nursing Data Set* (PNDS)<sup>7</sup>.

Dentre essas taxonomias, as mais difundidas no meio profissional são: NANDA-I, NOC, NIC e CIPE<sup>10</sup>, sendo esta a única reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Há, dessa forma, a necessidade de discussão, aplicação e estudos das terminologias para o aprimoramento de seu uso na prática profissional<sup>2-7</sup>.

Consequentemente, durante esse processo, o registro de enfermagem se mostra fundamental, mas não o único meio para a sistematização da assistência<sup>2</sup>. Além disso, vale ressaltar que é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem o registro no prontuário do paciente, necessário para a continuidade do cuidado e qualidade da assistência<sup>11</sup>.

No que tange ao dimensionamento de pessoal, a manutenção do serviço com número reduzido de profissionais se mostra uma das principais dificuldades de se implementar a SAE, uma vez que há aumento da demanda de pacientes e famílias e falta de tempo, o que deixa os profissionais desmotivados, insatisfeitos e com esgotamento físico e psíquico<sup>12</sup>. Tais obstáculos poderiam ser melhor superados com um dimensionamento adequado, uma vez que, com mais pessoas prestando assistência, é possível distribuir corretamente os pacientes, atender a mais demandas dos que estiverem sob sua responsabilidade e se desgastar menos.

Pensando nisso, e embasado em pesquisas que validaram as horas de assistência de enfermagem, o Cofen estabeleceu, por meio da



Resolução nº 543/2017, os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo de profissionais das categorias da enfermagem. Para o cálculo é considerado a necessidade, em 24 horas, de cuidados de enfermagem por paciente e a proporção de profissionais de acordo com a densidade da demanda dos atendidos, variando também de acordo com o setor, atendendo suas especificidades<sup>13</sup>. No entanto, ainda são necessários estudos para um bom entendimento do motivo pelo qual, mesmo após a Resolução, o dimensionamento ainda é uma das dificuldades de implementação da SAE mais relatadas na literatura.

Os instrumentos de implantação e implementação da SAE para a organização do cuidado de enfermagem são aqueles recursos materiais necessários para que se possa aplicar uma metodologia de trabalho. Podemos considerar que esses recursos passam pela aquisição de computadores, sistemas, *softwares* e/ou formulários específicos.

Isto quer dizer que os enfermeiros precisam organizar o cuidado a partir de um pensamento crítico, metodológico e sistematizado, de certa forma, organizado em etapas que estão internamente relacionadas, com passos ou fases que se complementam, além de ser, também, necessário ter profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) suficientes em quantidade e qualidade para dar continuidade nesse processo de trabalho. Sendo assim, instrumentos de trabalho para organizar a SAE são: formulários para desenvolver as etapas do PE, prontuário eletrônico ou manual, protocolos assistenciais de cuidados, procedimentos operacionais padrões, manual de rotinas, dentre outros.

Não somente, mas também, o aprimoramento da formação profissional se faz necessário para a criação de um olhar amplo da profissão para além das técnicas de enfermagem, buscando formar competências para a autonomia, cientificidade, identidade e valorização por meio das metodologias de organização da assistência de enfermagem, a SAE.

Mesmo que alguém opte por não realizar as propostas teóricas, podemos encontrar padrões que caracterizem uma sistematização própria em nível pessoal ou institucional. Dessa forma, é possível ver a SAE como algo muito maior, como um estilo profissional dinâmico

que inicia sua construção desde a formação acadêmica, sofre influências do meio de trabalho, das pessoas que compõem a equipe e se estende até o fim da prática profissional.

Mas a proposta acadêmica é que se estabeleça uma sistematização qualificada e cientificamente embasada da assistência prestada, pois seria uma forma de oferecer assistência segura, de maneira uniforme, às pessoas que necessitam de cuidados por meio da otimização no uso de recursos técnicos, científicos e humanos<sup>14</sup>. Outro estudo apontou também que a implantação da SAE pode promover maior autonomia, eficiência e cientificidade à profissão<sup>15</sup>.

Por outro lado, uma revisão de literatura sobre as principais dificuldades para implementação da SAE relatadas em produções científicas identificou<sup>12</sup>: ausência de recurso financeiro; recursos materiais insuficientes; dificuldade de aceitação pela equipe; falta de interesse dos profissionais; desconhecimento relacionado à falta de capacitação, educação permanente e continuada; falta de tempo; alta demanda dos pacientes e famílias; discordância do aprendizado na graduação e atuação na prática profissional; métodos voltados à atenção terciária; falta de apoio e interesse por parte da instituição em viabilizar e da gestão local em implementar a SAE.

Com tantos obstáculos para a prática da SAE, há profissionais que ainda tentam de alguma forma operacionalizá-la, mesmo que em fragmentos, com suas etapas desconexas ou isoladas, somente diagnósticos ou prescrição, sem uma frequência consistente. Esse tipo de conduta leva técnicos e auxiliares de enfermagem a acreditarem que é possível cuidar sem planejamento, gerando uma ruptura na coerência da proposta<sup>16</sup>. A SAE ocorre de forma fragmentada, o que demanda maior investimento em educação permanente dos enfermeiros para melhorar qualidade da assistência e reorganizar essa metodologia de trabalho<sup>17</sup>.

Uma pesquisa bibliográfica exploratória<sup>18</sup> levantou a necessidade de promover o envolvimento da equipe de enfermagem na SAE, uma vez que alguns autores relacionam a falta de interesse de auxiliares e técnicos à falta de orientação, e por não estarem na sua elaboração. Anos após esse apontamento, ainda há carência de uma elaboração colaborativa e efetiva da SAE que evidencie a importância do papel de cada membro da equipe.

Uma proposta encontrada na literatura para implementação colaborativa é a formação de grupos de SAE, compostos por enfermeiros assistenciais, gerenciais, de chefia e educação continuada<sup>19,20</sup>. O envolvimento dos profissionais de nível superior e médio nesse processo possibilita que todos compreendam o que fazem, percebendo a dinamicidade dos processos de trabalho e modificando as relações de poder<sup>20</sup>.

Por outro lado, como fortalezas da implantação e implementação da SAE, podemos dizer que ela ocorre em três principais direções. A primeira direção está relacionada com o profissional de enfermagem, que, ao se apropriar da metodologia, passa a ter mais autonomia e visibilidade no desenvolvimento de suas ações dentro de sua equipe. A segunda direção está relacionada ao paciente/pessoa/usuário, que, ao ser cuidado com um método científico, de forma sistematizada, se beneficia de intervenções de enfermagem focadas em sua pessoa e em suas necessidades humanas. A terceira direção está relacionada ao desenvolvimento da ciência de enfermagem por meio da utilização e aplicação de Teorias de Enfermagem e de Classificações de Enfermagem no cuidado, que possibilitam a evolução científica da profissão.

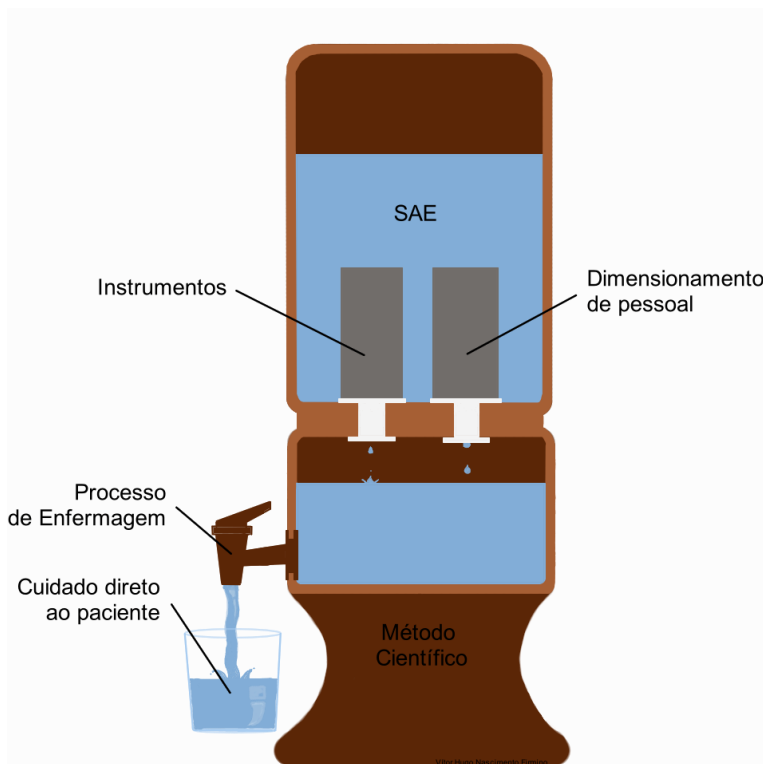
Ainda, a filosofia e a missão da instituição são importantes elementos para se definir algumas etapas de implantação e implementação da SAE. As unidades de saúde devem definir e repensar suas práticas assistenciais de enfermagem utilizando-se do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que, certamente, deverá conter seus valores, suas crenças e seus objetivos institucionais. Olhar para a filosofia e para a missão da instituição traz importantes reflexões para que a equipe de enfermagem possa pensar e escolher as teorias de enfermagem que poderão sustentar a metodologia assistencial de enfermagem, por meio de uma visão para dentro das pessoas que cuidam e das pessoas que são cuidadas, considerando sua cultura, seus hábitos, seus valores e suas crenças.

Mediante o exposto, percebe-se a importância no entendimento dos diversos conceitos apontados, bem como sua utilização na prática profissional de forma a auxiliar na implantação e implementação da SAE e do PE. Vale ressaltar, ainda, a importância da educação continuada/permanente na disseminação do conhecimento para o fortalecimento da enfermagem como profissão embasada cientificamente.

### Resumindo o conhecimento - analogia do filtro de barro

De modo a facilitar o aprendizado acerca do tema, podemos fazer uma analogia com a estrutura de um filtro d'água (Figura 1): a SAE é representada pela água, essencial para a vida humana e para a assistência de enfermagem; a vela, que faz a filtragem, é o dimensionamento e os instrumentos, as estruturas básicas necessárias que vão proporcionar a funcionalidade do todo; ambas se conectam no método científico, que pode ser compreendido como o compartimento que comporta a água e sustenta as outras estruturas; a água sai da torneira, compreendida como o PE, que é a canalização da SAE para a assistência direta ao paciente.

**Figura 1.** Analogia SAE com a estrutura de um filtro d'água.



Fonte: dos Autores (2020), Brasília.

## REFERÊNCIAS

1. Gutiérrez MGR, Morais SCR. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017;70(2):436-41. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>
2. Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008;61(6):883-87. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600015>
3. Santana RF. Sistematização da Assistência de enfermagem uma invenção brasileira? Rev. Enferm. Atenção Saúde [Internet]. 2019;8(2):1-2. <https://doi.org/10.18554/reas.v8i2.4249>
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Cofen; 2009 [acesso em 21 out 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html)
5. Ramalho Neto JM, Bezerra PAPT, Nóbrega MML, Soares MJGO, Fernandes MGM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: termos, referenciais teóricos e fases do Processo de Enfermagem. Journal of Nursing UFPE on line [Internet]. 2012;6(11):2617-24. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v6i11a7627p2617-2624-2012>
6. Santos MAP, Dias PLM, Gonzaga MFN. Processo de enfermagem sistematização da assistência de enfermagem – SAE. Saúde Foco. 2017;9:679-83.
7. Oliveira MR, Almeida PC, Moreira TMM, Torres RAM. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019;72(6):1547-53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>

8. Aquino DR, Lunardi Filho WD. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. *Cogitare enferm.* 2004;9(1):60-70, p. 61. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1706>
9. Brandão MAG, Barros ALBL, Caniçali Primo C, Bispo GS, Lopes ROP. Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019;72(2):577-81. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
10. Barros ALBL; Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015 [acesso em 21 out 2020]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/SAE-web.pdf>
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico [Internet]. Brasília: COFEN; 2012 [acesso em 22 out 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html)
12. Gomes RMGM, Teixeira LSTS, Santos MCQ, Sales ZN, Linhares EF, Santos KA. Sistematização da assistência de enfermagem: revisitando a literatura brasileira. *Id On Line Rev Mult Psic.* 2018;12(40):995-1012. DOI: 10.14295/idonline.v12i40.1167.
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. [Internet] Brasília: COFEN; 2017 [acesso em 22 out 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)
14. Oliveira CMD, Carvalho DV, Peixoto ERDM, Camelo LDV, Salviano MEM. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 01 out 2020];16(2):258-63. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/527>

15. Reis GS, Reppetto MA, Santos LSC, Devezas AMLO. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. *Arq. méd. hosp. Fac. Ciênc. Méd. Santa Casa São Paulo*. [Internet]. 2016 [acesso em 21 out 2020];61:128-32. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/101/101>

16. Casafus KCU, Dell'Acqua MCQ, Bocchi SCM. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013;17(2):313-21. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200016>

17. Santos WN, Santos AMS, Lopes TRPS, Madeira MZA, Rocha FCV. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2014;5(2):153-8. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v5i2.210>

18. Gomes LA, Brito DS. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI* [on line]. 2012 jul/ago [acesso em 21 out 2020];5(3):64-70. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev5\\_v5n3.pdf](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev5_v5n3.pdf)

19. Backes DS, Schwartz E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2008;4(2):182-8. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v4i2.5247>

20. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2009;18(2):280-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200011>





# Capítulo II



# **Teorias de Enfermagem e sua importância na organização do processo de enfermagem**

**Anna Luísa Torres Ribeiro<sup>4</sup>**

**Anne Gabrielle Rocha Moro<sup>5</sup>**

**Éverton Fernandes de Araújo<sup>6</sup>**

**Lourena Bottentuit Cardoso Penha<sup>7</sup>**

**Renan Joseph de Moraes Custódio<sup>8</sup>**

---

<sup>4</sup> Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Bolsista pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq. Bolsista pelo Programa de Educação para o Trabalho em Saúde – PET Saúde. E-mail: annaluisatr@gmail.com

<sup>5</sup> Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Ligante da Liga Acadêmica de Parto Humanizado da ESCS – LAPH/ESCS (2020). E-mail: rocha.anne15@gmail.com

<sup>6</sup> Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Bolsista pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq. Bolsista pelo Programa de Educação para o Trabalho em Saúde – PET Saúde. E-mail: evertonescs10@gmail.com

<sup>7</sup> Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Bolsista pelo Programa de Iniciação Científica – PIC/ESCS (2018-19). Bolsista pelo PIC/ESCS (2019-20). E-mail: bottentuitlourena@gmail.com

<sup>8</sup> Discente de Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Técnico em Enfermagem pelo Colégio Logos. Presidente da Liga Acadêmica de Curativos da ESCS – LAC/ESCS (2018-19). E-mail: renanjmc@gmail.com

**Resumo:** As teorias de enfermagem são referenciais imprescindíveis para a fundamentação do processo de enfermagem de forma sistemática e organizada, pois apresentam bases para subsidiar a assistência, revelam propósitos e limitações e direcionam as relações de cuidado. Elas podem ser classificadas em três grandes grupos: teorias baseadas nas Necessidades Humanas, teorias baseadas no Processo Interativo e teorias baseadas no Processo Unitário. Neste capítulo serão abordadas algumas das principais teorias de enfermagem de cada um destes grupos. Ao final do capítulo apresentamos 10 questões de aprendizagem para fixação do conteúdo.

**Palavras-chave:** Teoria de Enfermagem. Processo de Enfermagem.

## **Teorias de Enfermagem**

Teoria se refere a um conjunto de conceitos logicamente inter-relacionados, indicações, proposições e definições, que foram derivados de crenças filosóficas, de dados científicos e das quais questões ou hipóteses podem ser deduzidas, testadas e verificadas. Uma teoria propõe-se a dar respostas a alguns fenômenos ou caracterizá-los<sup>1</sup>.

A enfermagem tem desenvolvido suas práxis por meio de conhecimentos baseados em referenciais teóricos e metodológicos, de modo a afastar o caráter empírico e adotar a prática profissional baseada em conhecimentos científicos. Assim, as teorias de enfermagem são referenciais imprescindíveis, pois apresentam propostas para a assistência, revelam propósitos e limitações e direcionam as relações de cuidado<sup>2</sup>.

Esta ciência considera quatro conceitos primordiais que constituem os metaparadigmas: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. As teorias de enfermagem abordam os metaparadigmas e suas derivações de acordo com o prisma de cada teorista, são compostas por perspectivas, explicações e prescrições de realidades que traduzem o grupo, momento e cultura que as originaram. São o respaldo teórico que fundamentam o processo de enfermagem, capazes de subsidiar a avaliação dos resultados e de ordenar o planejamento de ações ou intervenções de enfermagem<sup>3</sup>.

## **Classificação das Teorias de Enfermagem**

Ao longo do processo de construção histórica da profissão, diversas formas de classificar as teorias de enfermagem emergiram<sup>1</sup>. Neste capítulo, serão abordadas as principais teorias de enfermagem, agrupadas em três grandes grupos: teorias baseadas nas Necessidades Humanas, teorias baseadas no Processo Interativo e teorias baseadas no Processo Unitário.

### **Grandes Teorias de Enfermagem baseadas nas Necessidades Humanas**

A maioria dos primeiros trabalhos de teorias de enfermagem foi fortemente influenciada pelas teorias das necessidades dos cientistas sociais, como Maslow. Nessas teorias, os pacientes são compreendidos como seres biopsicossociais que estão passando por situações de doenças e precisam de cuidados de enfermagem. Esses modelos se concentram no atendimento das necessidades de cuidados com os pacientes<sup>1</sup>.

- **Florence Nightingale: Teoria Ambientalista**

A teoria ambientalista foi apresentada por Nightingale e tem como foco principal o meio ambiente, no qual todas as condições e influências externas afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, e são capazes de prevenir, suprimir, ou contribuir para a doença e a morte. De acordo com ela, havia cinco pontos essenciais para um ambiente saudável: ar e água pura, sistema de esgoto, limpeza e luz<sup>4</sup>.

Nightingale abordou os metaparadigmas em seu trabalho, de modo a considerar a enfermagem como necessária para colocar o indivíduo em bom estado de saúde ou em estado de recuperação. A saúde foi descrita como estar bem e ser capaz de usar os próprios poderes naturais. O ambiente foi entendido como essencial para a cura

e o seu estado saudável era decorrente da manutenção dos cinco pontos essenciais<sup>1</sup>.

Na teoria, a doença é considerada um processo restaurador da saúde, e a função da enfermagem é equilibrar o meio ambiente, com o intuito de conservar a energia vital do paciente a fim de recuperar-se da doença com o fornecimento de um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde<sup>5</sup>.

- **Faye G. Abdellah: Abordagens de Enfermagem Centralizadas no Paciente**

A abordagem de enfermagem centralizada no paciente, proposta pela teorista, foi desenvolvida indutivamente de sua prática. Criada para auxiliar o ensino de enfermagem, de modo a ser mais aplicável à educação e à prática. Abdellah ressalta que a Enfermagem deve considerar o indivíduo de forma integral, inclusive suas necessidades sociais, físicas, espirituais e psicológicas, além de reconhecer o envolvimento da família do paciente<sup>1</sup>.

Desta forma, a teorista e seus colaboradores desenvolveram uma lista composta por 21 problemas de enfermagem, que serve como instrumento de identificação das necessidades do paciente e do plano terapêutico mais adequado. Os onze primeiros problemas descritos tratam de necessidades ligadas às atividades somáticas e os demais estão voltados ao psicossocial e espiritual. Além disso, descreveram dez passos para a identificação de problemas do indivíduo e dez habilidades de enfermagem para utilização no decorrer do processo terapêutico do paciente<sup>6</sup>.

Abdellah e seus colaboradores<sup>1</sup> distinguiram os diagnósticos de enfermagem das funções de enfermagem, pois concluíram que esses eram determinações da natureza e do desdobramento dos problemas de enfermagem apresentados pelos indivíduos que recebiam os cuidados, e as funções eram as atividades de enfermagem, que contribuem para a solução do mesmo problema de enfermagem.

- **Dorothea E. Orem: Teoria de Enfermagem do Déficit no Autocuidado**

A teoria geral de Orem é composta por três teorias inter-relacionadas e sequenciais: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit no Autocuidado e Teoria de Sistemas de Enfermagem. A Teoria de Sistemas de Enfermagem é a mais externa e contém a Teoria do Déficit no Autocuidado, que engloba a Teoria do Autocuidado<sup>1</sup>.

De acordo com Orem, Enfermagem é uma arte, por meio da qual o profissional de enfermagem presta assistência às pessoas incapacitadas para satisfazer as necessidades individuais de autocuidado. Os humanos são as pessoas assistidas e o ambiente é composto de aspectos físicos, biológicos e químicos. Já a saúde é compreendida como o ser funcional e estruturalmente íntegro ou sólido<sup>7</sup>.

A Teoria do Autocuidado incorpora-se à prática de cuidados praticados pelo indivíduo passível de necessidades para manter-se com vida, saúde e bem-estar. A Teoria do Déficit do Autocuidado exemplifica o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas por meio da enfermagem e a Teoria dos Sistemas descreve as relações necessárias que devem ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. A teorista ainda preconizou seis conceitos centrais que foram incorporados às três teorias: autocuidado; ação do auto cuidado; déficit de autocuidado; demanda terapêutica de autocuidado; serviço de enfermagem e sistema de enfermagem<sup>8,9</sup>.

- **Betty Neuman: modelo dos sistemas de Neuman**

O modelo de Neuman usa uma abordagem de sistemas focalizada nas necessidades humanas de proteção ou alívio do estresse. Aborda o estresse e a reação a ele, analisando as variáveis de tempo e/ou ocorrências, condições presentes e/ou passadas do indivíduo, natureza e intensidade do estressor, e a quantia de energia que o organismo necessita para se adaptar às situações<sup>10</sup>.

É um modelo universal, abstrato, predominantemente de natureza holística, aplicável a indivíduos de muitas culturas. Orienta-se para o bem-estar e para a percepção e motivação do doente, numa perspectiva de sistema aberto e dinâmico de troca de energia e de interação de variáveis, a fim de minimizar os possíveis danos dos estressores internos e externos<sup>11</sup>.

Neuman definiu o ser humano como um sistema paciente/paciente composto de variáveis. São cinco variáveis que interagem entre si e funcionam para atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema: fisiológicas (estrutura biológica, química e física do corpo), psicológicas (emoções e processos mentais), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) que juntos constituem o todo do indivíduo<sup>1</sup>.

O ambiente é definido como um sistema aberto de forças internas e externas, chamadas de estressores, que afetam a estabilidade do paciente e qualquer um dos cinco conceitos do sistema. O doente está em constante interação com o ambiente, permitindo a troca de energia. Os estressores são divididos em: extrapessoais (aqueles relacionados ao ambiente externo), interpessoais (ocorrem entre um ou mais indivíduos), e intrapessoais (forças internas do indivíduo)<sup>12</sup>.

A saúde é a estabilidade ideal do sistema, para o qual o equilíbrio é traduzido como o melhor estado de saúde. O papel da enfermagem é tentar controlar as cinco variáveis básicas para estabilizar o paciente ou a situação. A principal preocupação é manter a estabilidade do sistema do paciente pela investigação de estressores e de auxiliar as adaptações do cliente para que mantenha a saúde ideal<sup>1,13</sup>.

- **Virginia Henderson: teoria das necessidades**

O principal pressuposto da teoria de Henderson é que o enfermeiro presta assistência ao paciente até que ele possa cuidar novamente de si mesmo. É de responsabilidade do enfermeiro auxiliar



o paciente em sua vivência diária ou com atividades que ele realizaria sem auxílio se tivesse desejo, força ou conhecimento necessário<sup>1</sup>.

Seu conceito de enfermagem envolveu a participação do enfermeiro nas 14 atividades que ajudam o indivíduo a garantir à independência. A relação interpessoal entre enfermeiro e paciente cria um ambiente de cuidado para identificação das necessidades, planejamento de metas e fornecimento dos cuidados centrados no paciente<sup>13</sup>.

Os 14 componentes das funções de enfermagem podem ser categorizados em aspectos fisiológicos, psicológicos da comunicação e aprendizagem, espiritual e moral, e os sociologicamente voltados ao trabalho e à recreação. Essas categorias representam as necessidades ou componentes do cuidado de enfermagem e são descritos como: respiração, alimentação, eliminação, movimento, sono e repouso, vestimentas, temperatura corporal, higiene, controle do ambiente, comunicação, prática religiosa, trabalho, lazer e aprendizagem<sup>1</sup>.

Henderson definiu o paciente como alguém que necessita de cuidados de enfermagem. O indivíduo é conceituado mediante componentes psicológico, biológico, sociológico e espiritual. A teórica não definiu o ambiente, mas a manutenção de um ambiente de apoio é um dos elementos das suas 14 atividades. A saúde é entendida, portanto, como o equilíbrio em todos os domínios da vida humana<sup>14</sup>.

- **Dorothy Johnson: modelo do sistema comportamental**

O foco do modelo de Johnson são as necessidades, o ser humano como um sistema comportamental e o alívio dos estressores como cuidado de enfermagem. Sua meta era conceituar a enfermagem visando o ensino dos enfermeiros em todos os níveis<sup>15</sup>.

A enfermagem é a força reguladora externa que age para preservar a organização e integração do comportamento do paciente naquelas condições em que o comportamento é uma ameaça à saúde ou quando a doença está presente. Atua tentando conduzir as ações dos subsistemas para atingir os objetivos desejados<sup>1</sup>.

O ser humano é um sistema comportamental constituído por um complexo de subsistemas inter-relacionados, interdependentes e organizados sistematicamente. Os subsistemas são: ingestivo; restaurativo; eliminativo; agressivo-protetor; sexual; dependência; afiliativo; e realização. A saúde é vista como o oposto da doença. Johnson não define o ambiente, mas se refere ao ambiente interno e externo quando fala na automanutenção e autopropetuação dos subsistemas<sup>1</sup>.

## **Grandes Teorias de Enfermagem baseadas no Processo Interativo**

As teorias de enfermagem baseadas no Processo Interativo retratam os clientes como seres em constante interação com o meio a sua volta e acreditam que essas interações (internas e externas) possuem influência direta ou indireta na saúde desses indivíduos. Uma vez que essas interações entre o cliente e os múltiplos fatores que o cercam ocorrem a todo momento, alguns teóricos que utilizam o Processo Interativo acreditam que os resultados das intervenções empregadas podem ser muito variáveis, pois dependem de todos os fenômenos incluídos no contexto específico de cada cliente<sup>1</sup>.

- **Myra Estrin Levine: Modelo de Conservação**

A teoria desenvolvida por Levine analisa as interações multifatoriais que envolvem o contexto do cliente, com destaque para a interação enfermeiro-paciente. Neste modelo existem 4 princípios da conservação que envolvem o bem-estar do cliente: energia, integridade estrutural, integridade pessoal e integridade social<sup>1</sup>.

Segundo o Modelo de Conservação, as intervenções de enfermagem são empregadas com o intuito de preservar cada um desses 4 princípios, mantendo o bem-estar do cliente de maneira integral<sup>1</sup>.

A *Conservação da Energia* diz respeito a manter um equilíbrio adequado entre as atividades do cliente e a energia que o mesmo tem

disponível. A *Conservação da Integridade Estrutural* aborda a preservação “física” do indivíduo, limitando danos aos tecidos corporais. A *Conservação da Integridade Pessoal* está relacionada a autonomia do indivíduo, procurando sempre mantê-lo envolvido nas decisões que o afetam. Já a *Conservação da Integridade Social* trata das intervenções de enfermagem que buscam manter e incentivar as relações do indivíduo com os amigos e familiares<sup>1</sup>.

- **Barbara M. Artinian: Modelo Intersistema**

O modelo Intersistema proposto por Artinian é baseado em vários outros trabalhos, dentre os quais destaca-se o Senso de Coerência (SOC) de Antonofsky. A partir do SOC, Artinian desenvolveu o Senso Situacional de Coerência (SSOC) que é utilizado como uma forma de medir o nível de adaptação (recuperação) do paciente frente à sua condição de saúde<sup>1,16</sup>.

A teoria de enfermagem proposta por Artinian engloba dois níveis principais: o Intrassistema e o Intersistema.

O Intrassistema diz respeito a configuração do enfermeiro e do paciente enquanto indivíduos, ou seja, o enfermeiro possui um Intrassistema e o paciente possui outro. Em cada Intrassistema existem ainda 3 elementos básicos: 1) o Detector, responsável por organizar informações sobre os sintomas físicos, a situação social, a condição do paciente e os recursos disponíveis; 2) o Seletor, que faz um intermédio entre a situação atual e as crenças e valores tanto do paciente quanto do enfermeiro, buscando um consenso que se adeque a ambos durante a definição do curso de ação; e 3) o Efetor, que é o nível comportamental em que são analisados os possíveis caminhos a serem seguidos e são selecionados comportamentos adequados dentre os disponíveis<sup>1,16</sup>.

O Intersistema, por sua vez, engloba as interações que ocorrem entre o enfermeiro e o paciente sempre que a assistência de enfermagem é necessária. Por meio do Intersistema o diálogo permite que seja desenvolvido um plano de cuidado realmente conjunto que, se for efetivo, provocará uma elevação na medida do SSOC, manifestada

através de mudanças em conhecimento, crenças e, sobretudo, comportamentos<sup>1,16</sup>.

- **Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin e Mary Ann P. Swain: Modelagem e Modelagem de Papel**

Para começar a compreender esta teoria de enfermagem é preciso abordar dois conceitos principais, a Modelagem e a Modelagem de Papel.

Segundo Erickson<sup>17</sup>, *“Modelagem é o processo usado para ganhar um entendimento da compreensão e da percepção do cliente sobre sua condição, necessidades de saúde e possíveis intervenções terapêuticas”*. Por meio da Modelagem, o enfermeiro busca compreender, a partir da visão do cliente, o que causou seus problemas de saúde, os fatores que prejudicam a sua cura e as alternativas que poderiam impulsionar a resolução dessas condições.

A Modelagem de Papel, por sua vez, trata de desenvolver intervenções específicas para cada paciente, a partir de todas as informações que foram reunidas, de modo auxiliá-lo a encontrar maneiras de exercer os “papéis” que deseja em sua vida. Esse processo exige que o enfermeiro empregue intervenções considerando aspectos biopsicossociais e espirituais, ajudando o cliente a se organizar quanto aos seus conhecimentos sobre autocuidado, recursos disponíveis e possíveis medidas terapêuticas<sup>18</sup>.

Dessa forma, a partir da Modelagem se tem a noção da “visão de mundo” do cliente, e a análise dessas informações dá subsídio para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, que são implementadas buscando atingir os objetivos e metas estipulados durante o processo de Modelagem de Papel.

- **Imogene M. King: Teoria do Alcance de Metas**

King procurava fundamentar a prática da enfermagem por meio de conhecimentos científicos, sendo sua teoria uma das formas de subsidiar e fortalecer as ações de enfermagem. A Teoria do Alcance de Metas, desenvolvida pela mesma, pressupõe a relação entre enfermeiro e paciente por meio de três sistemas interativos, sendo estes: pessoal, interpessoal e o social. Cada um desses sistemas é composto por diferentes conceitos que são aplicados de formas dinâmicas na prática da enfermagem<sup>1,19-21</sup>.

O modelo proposto viabiliza uma melhor qualidade na prestação do cuidado ao paciente, uma vez que o enfermeiro e o cliente, por meio da interação e comunicação proposta, irão juntos identificar os problemas existentes no processo saúde-doença e estabelecer metas viáveis para corrigi-los<sup>1,20</sup>.

- **Callista Roy: Modelo de adaptação de Roy (teoria da adaptação)**

O modelo de adaptação de Roy apresenta o ser humano como um indivíduo biopsicossocial, trazendo a adaptação dele ao meio como o conceito principal de sua teoria. Sua fundamentação se dá por quatro modos adaptativos (Modo fisiológico-físico, Modo de autoconceito, Modo de função do papel e Modo da interdependência), assim como por pressupostos científicos, filosóficos e culturais. Roy diz que o ambiente compreende todos os fatores (biológicos, psicossociais e espirituais) os quais influenciam os indivíduos<sup>1, 19, 22, 23</sup>.

Considerando os termos abordados entende-se que a enfermagem tem como meta a promoção das respostas adaptativas em relação ao processo adaptativo, em seus clientes, contribuindo por meio da saúde, qualidade de vida e o cuidado com dignidade. O enfermeiro deve identificar por meio de seu processo de enfermagem as dificuldades de adaptação, assim como suas origens, de modo a intervir e garantir a saúde<sup>1, 19, 23</sup>.

- **Jean Watson: Ciência do cuidado como ciência sagrada**

Jean Watson apresenta uma teoria inovadora na enfermagem, considerando que também incorpora em seu modelo a dimensão espiritual. Apesar de seu trabalho apresentar características do processo interativo, também apresenta marcas do processo unitário, sendo difícil assim categorizá-lo, quando comparado aos outros teóricos de enfermagem<sup>1</sup>.

Watson traz que, além das questões biológicas, as dimensões ética e espiritual são essenciais para o entendimento da enfermagem, na qual o cuidado torna-se efetivo por meio do relacionamento transpessoal, relação na qual enfermeiro e paciente compartilham um fenômeno/situação, e ambos são influenciados durante o processo<sup>1,24</sup>.

Ao unir o conhecimento científico com a capacidade humanística, trazida por Watson, é possível que a prática na enfermagem ultrapasse a questão física, fornecendo um atendimento humanizado e holístico ao paciente, atendendo as diversas necessidades do cliente<sup>24</sup>.

## **Grandes Teorias de Enfermagem baseadas no Processo Unitário**

Estas são caracterizadas por terem conceitos e pressupostos muito particulares, ao retratarem os seres humanos enquanto unitários e sistemas de energia inseridos no sistema de energia macro cuja composição é íntegra, completa, aberta e livre para decidir sobre sua forma de agir. Sendo, portanto, teorias abstratas, complexas e subjetivas. Dentro dessa subdivisão de teorias, a saúde é vista como a troca constante dos indivíduos com o ambiente<sup>25</sup>.

- **Martha Rogers: A ciência dos humanos unitários e irreduzíveis**

Para Rogers, a realidade é cíclica e em constante modificação. O ambiente compreende a integralidade de padrões exteriores que

formam o indivíduo, é um campo de energia irreduzível, indivisível e pandimensional. A pessoa é o foco das ações do enfermeiro, sendo este indivíduo holístico e indivisível, um campo energético que realiza trocas com o ambiente continuamente. A enfermagem é uma ciência humanista, dessa forma, a assistência da enfermagem é parte dessa conjuntura maior, atuando como sistema terapêutico independente que promove a saúde embasado no uso de energia, criatividade e na exploração de diferentes modalidades terapêuticas com foco de participar do processo de mudança<sup>26</sup>.

- **Rosemarie Parse: Paradigma do tornar-se humano**

Parse introduz dois paradigmas em sua teoria, o da totalidade, no qual o homem é considerado como a soma de sistemas, sendo conceituado enquanto um ser biopsicossocial-espiritual, que realiza trocas com o ambiente através de estímulos internos e externos. O segundo paradigma é o da simultaneidade, em que o indivíduo é considerado um ser "*unitário em inter-relação mútua com o ambiente, e a saúde é o desdobramento negentrópico*", compreendido tal como um processo reacional de ganho de reservas de energia para deter o processo entrópico<sup>27</sup>.

Os metaparadigmas da enfermagem, no que concerne a tal corrente, podem ser definidos da seguinte maneira: o ser humano é visto como um ser aberto, em dinamismo com o universo, que realiza trocas constantes entre si e os sistemas ao seu redor, é um ser comunicativo, crítico, com capacidade cognitiva para tomar decisões e, arbitrariamente, optar por determinados padrões de saúde, sendo, portanto, mutável. O ambiente, por sua vez, é inseparável e complementar ao ser humano, que juntos criam experiências de vida reciprocamente e trocam energia entre si para criar o que é no mundo<sup>28</sup>.

De tal modo, a saúde é definida como um processo de tornar-se pessoa na vivência do indivíduo, constituído na medida em que interage no universo e adquire experiência, refletindo assim a natureza paradoxal das relações da pessoa no mundo em um processo rítmico. A enfermagem é entendida como ciência e arte, criativa e humanística,

que tem a responsabilidade de orientar o indivíduo, famílias e comunidade nas escolhas das possibilidades no processo multidimensional ser humano-universo<sup>28</sup>.

- **Margaret Newman: Saúde como conscientização expandida**

Seguindo os pressupostos de Rogers, Newman considerava que os seres humanos são ímpares, intuitivos, cognitivos e afetivos, sendo assim, não devem ser fragmentados no cuidado, e sim serem considerados parte desse campo unitário maior. Os indivíduos são sistemas abertos de energia, em trocas constantes com um universo de sistemas abertos, a partir desse câmbio estão incessantemente ativos no desenvolvimento de seu próprio padrão do todo. Newman postula que as pessoas podem ser identificadas por seus padrões de consciência, e que, na verdade, as pessoas são consciência<sup>1</sup>.

Assim, a saúde é padrão, sendo a informação que explica o todo e a identificação de padrões é primordial para a expansão da consciência. A saúde incorpora a patologia, portanto, as condições patológicas são consideradas evidências do padrão de cada ser, sendo estes padrões primários e existentes previamente ao surgimento de alterações estruturais e funcionais. Logo, ao se extinguir a patologia, não se altera necessariamente o padrão do indivíduo<sup>1</sup>.

A conscientização expandida ocorre como um ato de reconhecimento de padrão, conhecido como *insight*, em decorrência do apanhado de acontecimentos negativos que alteram o fluxo da vida diária. A enfermagem atua ao auxiliar as pessoas a fazerem uso de seu poder para evoluir a níveis superiores de consciência. Ao observar os padrões e facilitar o reconhecimento destes, contribuindo com o processo do paciente nessa evolução de paradigmas<sup>1</sup>.



## **Contribuições da aplicação das Teorias de Enfermagem no Processo de Enfermagem**

O processo de enfermagem é o instrumento que ajuda na tomada de decisões, bem como na previsão e avaliação das consequências. Para seu sucesso, é necessário aplicar os conceitos e as teorias da enfermagem, das ciências biológicas e físicas, e das comportamentais e humanas, com o objetivo de proporcionar uma justificativa para a tomada de decisão e as ações<sup>1,25</sup>.

Dessa forma, as teorias de enfermagem tornam-se o principal guia para a realização do processo de enfermagem, de forma sistemática e organizada, considerando que, por meio delas, o enfermeiro, ao realizar as etapas do processo, irá adotar a visão holística e transcultural do ser. Assim, o profissional de enfermagem será capaz de operacionalizar a prestação do cuidado de saúde de forma assertiva, pois a teoria guiará os cuidados necessários a cada indivíduo e como estes serão alcançados, bem como possibilita identificar os diferentes fatores que interferem no processo saúde doença, em diferentes situações<sup>29</sup>.

Desta forma, ao apresentar as teorias de enfermagem classificadas com base nas Necessidades Humanas, no Processo Interativo e no Processo Unitário, espera-se que a equipe de enfermagem possa identificar primeiramente qual é a visão de mundo e os conceitos que podem ser aplicados à sua realidade, ao tipo de clientela assistida e quais as crenças e valores que a enfermagem pode adotar para cuidar de pessoas, famílias ou comunidades, considerando os metaparadigmas das teorias de enfermagem.

Para finalizar este capítulo sobre a importância das teorias de enfermagem na organização do processo de enfermagem e reforçar o amplo conteúdo apresentado, elaboramos 10 questões de aprendizagem para que possam ser respondidas após a leitura do texto.

## QUESTÕES DE APRENDIZAGEM

**Questão 1.** Enfermeiro Cristiano ao realizar uma Consulta de Enfermagem com uma criança de 6 meses precisou estabelecer uma relação com a mãe para obter os dados de Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança. Desta forma, qual o grupo de teorias de enfermagem mais adequado para Cristiano escolher?

- a) Teorias baseadas nas Necessidades Humanas.
- b) Teorias baseadas no Processo Interativo.
- c) Teorias baseadas no Processo Unitário.
- d) Teorias baseadas nos sistemas.

**Questão 2.** Acerca das teorias de enfermagem, assinale a opção correta.

- a) Virgínia Henderson introduziu a dimensão cultural do cuidado de enfermagem em sua teoria e criou a metodologia denominada modelo do sol nascente.
- b) A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Florence Nightingale, postula que a enfermagem tem como propósito assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas.
- c) A teoria geral de enfermagem de Dorothea Orem é formada pelos seguintes constructos teóricos: teoria do autocuidado, teoria do déficit de autocuidado e a teoria de sistemas de enfermagem.
- d) A teoria do déficit de autocuidado foi desenvolvida por Virgínia Henderson.

**Questão 3.** Relacione corretamente as teóricas de enfermagem com os temas centrais de suas respectivas teorias.

<b>Teorista</b>	<b>Tema central</b>
a. Florence Nightingale	I. O autocuidado é uma necessidade humana, logo, déficits de autocuidado requerem ações de enfermagem.
b. Dorothea Orem	II. Abordagem de sistemas focalizada nas necessidades humanas de proteção ou alívio do estresse.
c. Betty Neuman	III. As necessidades pessoais do paciente no ambiente são o foco do atendimento.

- a) a - III; b - I; c - II.
- b) a - I; b - II; c - III.
- c) a - II; b - I; III.

**Questão 4.** Sobre essas teorias de enfermagem, marque a alternativa correta:

- a) A teoria de Dorothea Orem é um modelo de sistema comportamental em que o padrão de cuidados de enfermagem defende a promoção de um funcionamento comportamental baseado em quatro elementos.
- b) O objetivo da teoria de Florence Nightingale é desenvolver uma interação interpessoal entre o paciente e o enfermeiro.
- c) A teoria de Virgínia Henderson defende a enfermagem como um processo interpessoal que envolve o enfermeiro e o paciente, ajudando-o, em conjunto com sua família, a enfrentar a doença e encontrar algum significado nessa experiência.

- d) A teoria de Faye Abdellah tem como objetivo propiciar assistência de enfermagem para o indivíduo como um todo, observando as necessidades físicas, emocionais, intelectuais, sociais e espirituais do paciente e de sua família.

**Questão 5.** Segundo o Modelo de Conservação proposto por Levine, as intervenções de enfermagem estão baseadas em 4 princípios de conservação que visam preservar a saúde do indivíduo de maneira integral. Nesse sentido, não faz parte destes princípios:

- a) Princípio da conservação da integridade espiritual.
- b) Princípio da conservação da integridade estrutural.
- c) Princípio da conservação da integridade pessoal.
- d) Princípio da conservação da integridade social.

**Questão 6.** Durante uma visita domiciliar, a enfermeira Fernanda, ao atender um idoso diabético que tem dificuldades em seguir o tratamento proposto pela equipe da Atenção Primária em Saúde (APS), decidiu utilizar a teoria da Modelagem e Modelagem de Papel para guiar o processo de enfermagem. De acordo com essa teoria, o processo de Modelagem ajudará Fernanda a:

- a) Modelar o comportamento do paciente, para que o mesmo consiga seguir as orientações.
- b) Remodelar o plano terapêutico, tornando-o mais simples de ser seguido.
- c) Criar um modelo da visão do paciente, permitindo entender melhor como ele enxerga sua situação de saúde.
- d) Mudar a forma como o paciente compreende a sua saúde, para que ele não repita os mesmos erros.

**Questão 7.** Assinale (V) para verdadeiro e (F) para falso, em seguida marque a ordem correta de cima para baixo.

( ) Jean Watson, incorpora em sua teoria a dimensão espiritual, aliando as questões biológicas e éticas, do cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Porém, apesar das características referentes ao processo interativo, em seu trabalho, não é possível categorizá-lo, visto que sua produção também carrega marcas referentes ao processo unitário.

( ) A Teoria do alcance de metas, proposta por Imogene King, derivada do modelo conceitual de sistemas, estabelece que a interação do enfermeiro com o paciente, acontece por meio de três sistemas interativos, sendo estes: pessoal, modo da interdependência e o social.

( ) O modelo de adaptação de King é fundamentado por quatro modos adaptativos, sendo: modo fisiológico-físico; modo de autoconceito; modo de função de papel e modo da interdependência.

( ) O modelo de adaptação de Roy, propõe que a meta da enfermagem consiste na estimulação e promoção das respostas adaptativas dos indivíduos, de modo a contribuir para uma melhor qualidade de vida do seu cliente.

a) V.V.F.F b) F.V.V.F c) V.F.F.V d) V.V.F.V

**Questão 8.** Dentre as teorias do Processo Unitário observa-se uma visão diferente e ampliada acerca do Ser Humano e sua relação com o ambiente. A enfermeira Joana trabalha em um Centro de Atenção Psicossocial onde realiza grupos terapêuticos para pacientes adictos, com foco em reconhecimento de padrões nocivos e estratégias para superar este desafio. Com base nas teorias do Processo Unitário, que teoria pode auxiliar Joana em seu processo de trabalho?

- a) Neuman.
- b) Parse.
- c) Rogers.
- d) Newman.

**Questão 9.** Martha Rogers em sua teoria “A ciência dos humanos unitários e irreduzíveis” conceitua que a realidade é cíclica e está em constante modificação. Sendo o enfermeiro ativo no processo de cuidar, considera:

- a) A saúde é o foco das ações do enfermeiro, pois a saúde é mais do que a ausência de patologias.
- b) A pessoa é o foco das ações do enfermeiro, sendo este indivíduo holístico e indivisível.
- c) O ambiente é o foco das ações do enfermeiro, em decorrência dos determinantes e condicionantes.
- d) Nenhuma das alternativas anteriores.

**Questão 10.** Para esta teorista, a saúde é definida como “um processo de tornar-se pessoa na vivência do indivíduo”. A teorista em questão é:

- a) Callista Roy.
- b) Martha Rogers.
- c) Rosemarie Parse.
- d) Margaret Newman.

**Gabarito das questões:**

1 - B	2 - C	3 - A	4 - D	5 - A
6 - C	7 - C	8 - D	9 - B	10 - C

## REFERÊNCIAS

1. Mcewen M, Wills EM. Bases teóricas de Enfermagem. 4ª ed. Garcez RM, tradução. Porto Alegre: Artmed; 2016. 590 p.
2. Merino MFGL, Silva PLAR, Carvalho MDB, Pelloso SM, Baldissera VDA, Higarashi IH. Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. *Rev Rene*. 2018; 19: e3363.
3. Brandão MAG, Barros ALBL, Primo CC, Bispo GS, Lopes ROP. Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72 (2): 577-81.
4. Medeiros ABA, Enders BC, Lira ALBC. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Esc Anna Nery*. 2015; 19 (3): 518-524.
5. Borson LAMG, Cardoso MS, Gonzaga MFN. A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. *Rev Saúde em Foco*. 2018; 10.
6. Pokorny ME. Nursing Theorists of Historical Significance. In: Alligood MR. *Nursing Theorists and their work*. 8<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier; 2014. p. 42-58. Chapter 5.
7. Berbiglia VA, Banfield B. Dorothea E. Orem: Self-Care Deficit Theory of Nursing. In: Alligood MR. *Nursing Theorists and their work*. 8<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier; 2014. p. 240-257. Chapter 14.
8. Pires AF, Santos BN, Santos PN, Brasil VR, Luna AA. A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*; 2015; 9 (2): 1-4.
9. Bezerra MLR, Faria RPR, Costa de Jesus CA, Reis PED, Pinho DLM, Kamada I. Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de ordem no Brasil: uma revisão integrativa. *J Manag Prim Health Care*. 2019; 9 (e16): 1-19.

10. Lowry LW, Aylward PD. Betty Neuman's Systems Model. In: Smith MC, Parker ME. Nursing theories and nursing practice. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2015. p. 165-184. Chapter 11.
11. Braga LM, Salgado PO, Souza CC, Prado-Junior PP, Prado-Junior PP, Prado MRMC, Melo MN, et al. O modelo de Betty Neuman no cuidado ao doente com cateter venoso periférico. *Rev Enf Ref*. 2018; serIV (19): 159-167.
12. Alvarenga-Martins N, Romera DS, Silva DVB, Alampi FF, Gomes JJ, Silva D. Teoria de Betty Neuman na abordagem de pessoas com gangrena de Fournier. *Arq Ciênc Saúde*. 2016; 23 (2): 92-99.
13. Perry AG. Fundamentos teóricos da prática de enfermagem. Em: Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentos de enfermagem. 8<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 44-53. Capítulo 4.
14. Pinheiro FM, Santo FHE, Chibante CLP, Pestana LC. Perfil de idosos hospitalizados segundo Virginia Henderson: contribuições para o cuidado em enfermagem. *Care Online*. 2016; 8 (3): 4789-4795.
15. Holaday B. Dorothy Johnson's Behavioral System Model and Its Applications. In: Smith MC, Parker ME. Nursing theories and nursing practice. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2015. p. 89-104.
16. Alvarenga-Martins N, Arreguy-Sena C, Alves MS e Moura DCA. Teoria de intersistemas de Bárbara Artinian na consulta de enfermagem junto à pessoa com lesão de pele. *CuidArte Enferm*. 2015; 9 (1): 09-17.
17. Erickson HL. Helen Erickson, Evelyn Tomlin and Mary Ann Swain's Theory of Modeling and Role Modeling. In: Smith MC, Parker ME. Nursing Theories and Nursing Practice. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: F.A Davis Company; 2015. p. 185-206. Chapter 12.
18. Erickson ME. Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain: Modeling and Role-Modeling. In: Alligood MR. Nursing



Theorists and Their Work. 8<sup>th</sup> ed. Saint Louis: Mosby; 2014. p. 496-519. Chapter 25.

19. Braga CG, Silva JV. Teorias de enfermagem. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Iátria; 2011.

20. Mantovani MF, Silva ATM, Ulbrich EM, Aethur JP. Gerenciamento de caso como modelo de cuidado: Reflexão na perspectiva da teoria de Imogene King. Cienc Cuid Saude. 2019; 18 (4): 1-5.

21. Kotowaski MM. Exploring the legacy of imogene King in the making of a nurse educator, leader, and nurse theorist [doctoral thesis]. Chicago: Loyola University Chicago; 2018. 333 p.

22. Saini N, Sharma V, Arora S, Khan F. Roy's Adaptation Model: Effect of care on pediatric patients. Int J Nurs Midwif Res. 2017; 4 (1): 52-60.

23. Silva AC. Processos adaptativos do doente renal crônico à hemodiálise: na perspectiva da teoria de Calista Roy [dissertação de mestrado]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus; 2018. 105 f.

24. Saviato RM, Leão ER. Assistência em enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. Esc Anna Nery. 2016; 20 (1): 198-202.

25. George JB. et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. Cap. 14, 22 e 29.

26. Sá AC. A ciência do ser humano unitário de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1994; 28 (2): 171-176.

27. Coelho RCHA. Cuidando da mulher gestante com HIV fundamentado na Teoria de Parse: um novo referencial para a prática da enfermagem [dissertação de mestrado]. Florianópolis:

Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2001. 117 f.

28. Lins GAI, Armendaris MK, Pinho DLM, Kamada I, Jesus CAC, Reis PED. Teoria de Tornar-se Humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. *Texto contexto - enferm.* 2013; 22 (4): 1179-1186.

29. Siqueira PLF. Sistematização da assistência, teorias e processo de enfermagem – uma revisão de literatura. *Research, Society and Development.* 2020; 9 (10): e4419108667.

# Capítulo III



## Processo de Enfermagem e sua evolução histórica e legal

**Ezequiel Martins Miranda da Cunha<sup>9</sup>**

**Antoninho Barros Milhomem<sup>10</sup>**

**Resumo:** Neste capítulo será apresentada a evolução histórica e legal do processo de enfermagem no Brasil e no mundo, bem como a importância de sua aplicação no processo do cuidar. Além dos elementos históricos, será descrito cada etapa desse processo com base nos documentos legais que dão sustentação à prática profissional do enfermeiro.

**Palavras-Chave:** Enfermagem. Processo de Enfermagem. Prática Profissional.

---

<sup>9</sup> Enfermeiro, graduado em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Pós Graduando em Urgência e Emergência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFG/Ebserh). Membro do Colegiado Integrar da Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFG/Ebserh. E-mail: ezequiel-cunha@hotmail.com.

<sup>10</sup> Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (2012-2017). Pós-graduado em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pela Faculdade Unida de Campinas (2018-2020). Atualmente residente em Urgência e Emergência pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFG/Ebserh). E-mail: antoninho.b.m@hotmail.com

Este capítulo tem como objetivo apresentar a seguinte questão de aprendizagem: Quais foram os momentos históricos e legais que contribuíram para a evolução do Processo de Enfermagem e que sustentam a sua definição e sua importância para os profissionais de enfermagem?

O Processo de Enfermagem (PE) indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização. Dessa maneira, justifica a adoção de um determinado método ou modo de fazer, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. Na literatura, costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática da Enfermagem.<sup>1</sup>

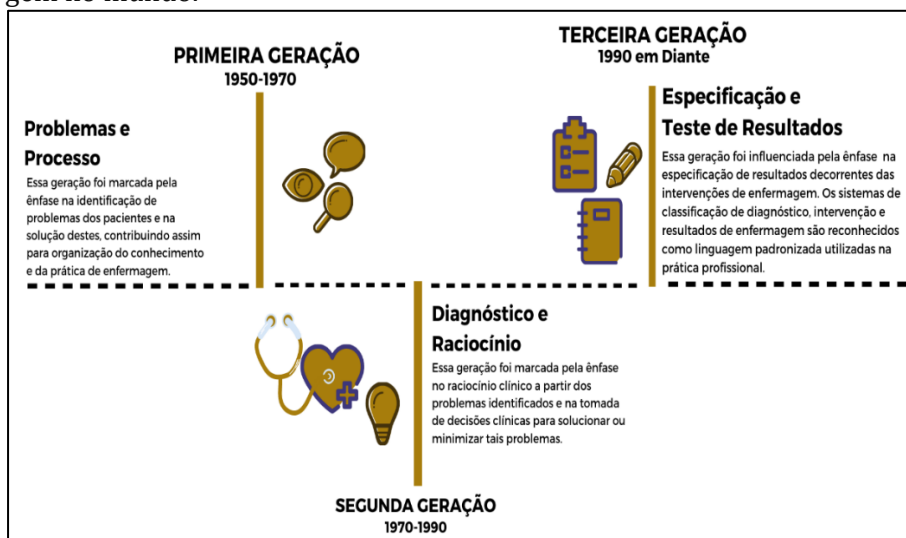
A introdução do PE na prática profissional ocorreu em meados da década de 50 sob influência do método de solução de problemas, cujas raízes eram a observação, mensuração e análise de dados. Nessa época, o ensino nas escolas de enfermagem era baseado na solução de problemas, destacando-se a importância da coleta sistemática e análise de dados. Destacam-se, nesse período, a lista dos 21 problemas que deveriam ser o foco do cuidado de enfermagem, elaborada por Faye Abdellah, e a lista das 14 áreas de necessidades humanas básicas, descrita por Virgínia Henderson, ambos em 1960.<sup>2</sup>

Historicamente, o PE foi dividido em três gerações distintas, cada uma delas influenciada pelo estágio do conhecimento e pelas forças atuantes que lhes eram contemporâneas. Na primeira, compreendida nas décadas de 1950 e 1970, eles retrataram que as necessidades do cuidado e os processos de solução dos problemas dos pacientes relacionavam-se, sobretudo, a condições fisiopatológicas e médicas, isto é, sendo restrita apenas a problemas e processos.<sup>2</sup>

A segunda, concretizada entre 1970 e 1990, evidenciou o julgamento clínico, a evolução e o desenvolvimento contínuo dos sistemas de classificação dos elementos da prática profissional. Emergiram, ainda, as pesquisas sobre a dinâmica do raciocínio e julgamento clínico, bem como a tendência no sistema de saúde em especificar e avaliar os resultados da atenção à saúde, fortalecendo, assim, a habilidade profissional de enfermagem no raciocínio diagnóstico e transformando o modo de pensar e de aplicar o PE.<sup>2</sup>

A terceira geração estabeleceu-se por volta dos anos 1990, direcionada para aplicação dos resultados do paciente que fossem sensíveis à intervenção profissional, considerando que uma vez traçado o diagnóstico de enfermagem, especificava-se um resultado a ser alcançado e criava-se, portanto, uma dupla obrigação, a de intervir e, em seguida, a de avaliar a eficácia da intervenção realizada. Pode-se observar que nessa geração é realizada todas as etapas do PE, com ênfase no alcance dos resultados almejados.<sup>2,1</sup> A figura 1 descreve esquematicamente as 3 gerações históricas do PE.

**Figura 1:** Síntese das 3 gerações históricas do processo de enfermagem no mundo.



Fonte: Processo de Enfermagem: fundamentos e discussão de casos clínicos. Barros, K. M.; Lemos, I. C. (2017)<sup>3</sup>

No Brasil, a expressão “Processo de Enfermagem” foi empregada pela primeira vez em 1961, como proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O termo compreendia 3 componentes: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações de enfermagem que seriam destinadas em benefício do paciente.<sup>4</sup>

O emprego do PE foi incentivado por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, em São Paulo, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. Assim, a assistência de enfermagem deveria embasar-se em uma metodologia científica, que abordasse as seis

etapas elencadas por Horta (conforme figura 2), propondo uma metodologia para o PE, sustentada na busca da satisfação das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.<sup>5</sup>

**Figura 2:** Processo de enfermagem descrito por Wanda de Aguiar Horta.



Fonte: Adaptado do Processo de Enfermagem de HORTA (2011).<sup>6</sup>

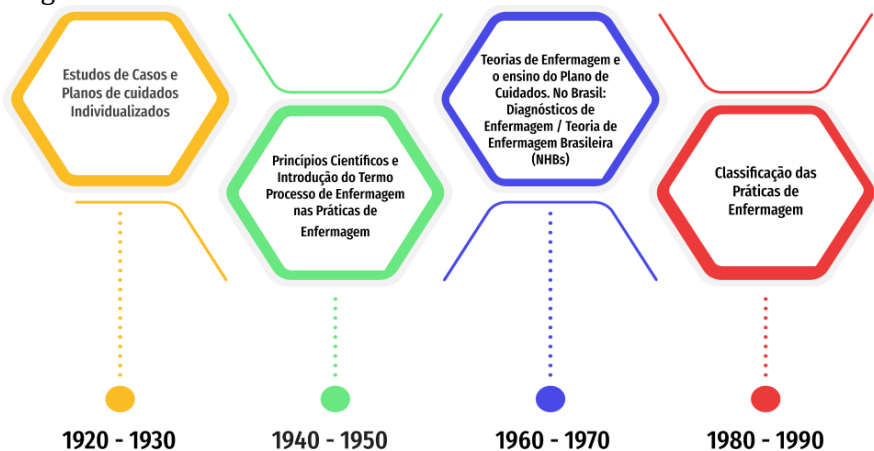
Horta destacou-se como a primeira enfermeira a formular uma Teoria de Enfermagem no Brasil e assim influenciou vários outros autores a pensar mais na enfermagem como ciência e a criarem outras metodologias para execução do PE.<sup>6</sup>

Uma retrospectiva histórica indica que o PE, entre os anos de 1920 e 1930, sofreu influência dos estudos de caso e do Plano de Cuidados Individualizados. Já entre 1940 e 1950, houve uma preocupação maior com os princípios científicos, com influência do método científico de observação, mensuração e análise de dados. Posteriormente, nos anos de 1960 a 1970, surgem as teorias de enfermagem e o ensino do Plano de Cuidados, fazendo com que os profissionais de enfermagem desenvolvessem o raciocínio clínico na prática profissional e no ensino da enfermagem.<sup>4</sup>



No Brasil, nessa mesma época surgem as primeiras considerações sobre o diagnóstico de enfermagem e a primeira teoria de enfermagem brasileira com enfoque nas Necessidades Humanas Básicas (NHBs) de Wanda de Aguiar Horta. Em meados das décadas de 1980 e 1990, surge a classificação das Práticas de Enfermagem, que objetivava a padronização mundial dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem.<sup>4</sup> Abaixo a figura 3 descreve esquematicamente a contextualização histórica do PE no Brasil e no mundo.<sup>4</sup>

**Figura 3:** Síntese da contextualização histórica do processo de enfermagem no Brasil e no mundo.



Fonte: Adaptado de Neves, Shimizu (2015).<sup>4</sup>

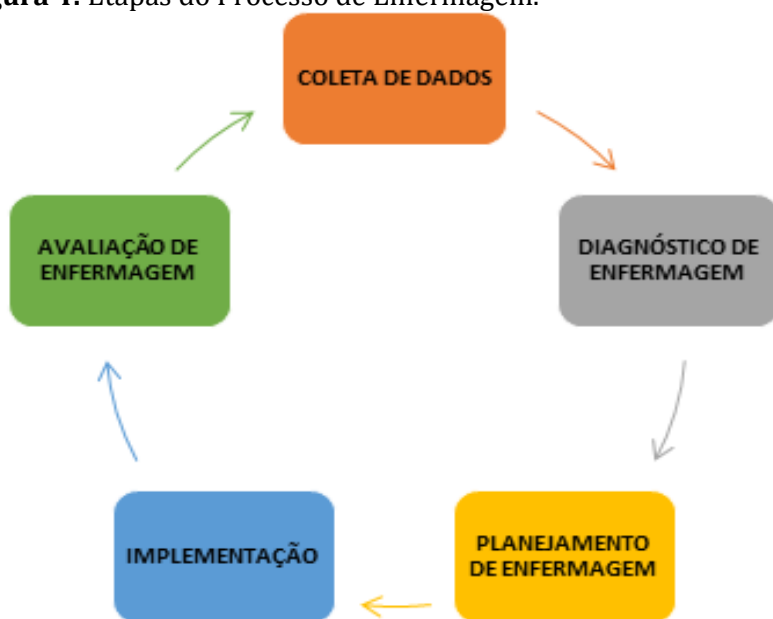
No contexto atual, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 358 de 2009 dispõe sobre a SAE e a respeito da implementação do PE em ambientes, públicos e privados, nos quais ocorra o cuidado profissional de Enfermagem.<sup>7</sup>

O PE é um instrumento metodológico que orienta e operacionaliza o cuidado de Enfermagem e sua documentação prática. Evidenciando a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional.<sup>6</sup>

Desse modo, apreende-se que a efetivação do PE em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, dentre outros, corresponde à Consulta de

Enfermagem, premissa essa, atividade privativa do profissional enfermeiro. Logo, é oportuno mencionar que o PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, conforme figura 4.

**Figura 4:** Etapas do Processo de Enfermagem.



Fonte: Adaptado da Resolução COFEN nº 358/2009.<sup>6</sup>

A primeira etapa compreende a Coleta de dados de Enfermagem, também denominada Histórico de Enfermagem. Busca-se de forma sistematizada e contínua, obter informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana, por meio de métodos e técnicas diversas, a fim de reconhecer suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.<sup>6</sup>

A segunda etapa refere-se ao Diagnóstico de Enfermagem, o qual corresponde à interpretação e agrupamento dos dados coletados anteriormente. Culminando assim, com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais precisão, as respostas dos sujeitos envolvidos à sua situação de saúde e que constituem o arcabouço para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva atingir os resultados almejados.<sup>6</sup>

A terceira etapa constitui o Planejamento de Enfermagem, vislumbrando os resultados que se espera alcançar, bem como as ações ou intervenções de enfermagem que serão concretizadas em decorrência das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas durante a etapa de Diagnóstico de Enfermagem.<sup>6</sup>

A quarta etapa, compreendida como a Implementação, desdobra-se como a realização das ações ou intervenções determinadas mediante a fase do Planejamento de Enfermagem.<sup>6</sup>

A quinta etapa, por fim, trata-se da Avaliação de Enfermagem, um processo descrito como deliberativo, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, visando determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. Essa fase é efetiva também à verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE.<sup>6</sup>

Nesse contexto, evidencia-se, portanto, que o PE é a dinâmica das ações sistematizadas, isto é, a efetivação da SAE, inter-relacionadas, que visam a assistência ao ser humano. Dessa forma, é ele quem torna a enfermagem uma ciência, desconstruindo a visão errônea de que a enfermagem é algo meramente empírico. Contudo, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem, especialmente, os enfermeiros, exerçam sua autonomia profissional, aplicando tal ferramenta.

## REFERÊNCIAS

1. Garcia, T. R.; Nóbrega, M. M. L. Processo de Enfermagem: da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.
2. Pesut, D. J.; Herman, J. A. *Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking*. 1. Ed. Albany (NY): Cengage Learning, 1999.
3. Barros, K. M.; Lemos, I. C. *Processo de Enfermagem: fundamentos e discussão de casos clínicos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 14-15.
4. Neves, R. D. S.; Shumizu, H. E. *SAE - Sistematização Da Assistência De Enfermagem: Implementação e Avaliação*. 1. ed. Curitiba: CRV, 2015.
5. Kletemberg, D. F.; Siqueira, M. D.; Mantovani, M. F. Uma História do Processo de Enfermagem nas Publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no Período 1960-1986. *Esc Anna Nery R Enferm*, v. 10, n. 3, p. 478-86, 2006.
6. Horta, W. A. Brigitta, E. P. *Processo de Enfermagem*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
7. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências*. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009.

# Capítulo IV



## **Histórico de Enfermagem – primeira etapa do processo de enfermagem**

**Lúcia Helena Bueno da Fonseca<sup>11</sup>**

**Luana Nunes Lima<sup>12</sup>**

**Ana Luiza dos Santos Araújo<sup>13</sup>**

**Kananda Karla Andrade Freitas<sup>14</sup>**

**André Mauricio Batista Corrêa<sup>15</sup>**

---

<sup>11</sup> Mestre. Docente da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). [lucia-fons@gmail.com](mailto:lucia-fons@gmail.com)

<sup>12</sup> Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). [luananlima@gmail.com](mailto:luananlima@gmail.com)

<sup>13</sup> Discente de Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal (UDF). [s.annalaraujo@gmail.com](mailto:s.annalaraujo@gmail.com)

<sup>14</sup> Bacharel em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde. Pós-graduanda na modalidade residência do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança pela SES-DF. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GPESCA) certificado pelo CNPq. [kananda.andrade1@gmail.com](mailto:kananda.andrade1@gmail.com)

<sup>15</sup> Bacharel e licenciado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Pós-graduando em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde na modalidade residência pela Escola Fiocruz de Governo - Fiocruz de Brasília. [andremauricio@id.uff.br](mailto:andremauricio@id.uff.br)

**Resumo:** O Processo de Enfermagem, tratado por diversos pesquisadores, hoje é aplicado em cinco etapas interrelacionadas e simétricas, com foco no indivíduo, família e comunidade. É considerado o instrumento metodológico para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem que é competência do enfermeiro. O histórico de enfermagem, primeira etapa do processo, deve ser conciso, claro e preciso, levanta dados de identificação, socioeconômicos, culturais, espirituais e clínicos do indivíduo, usando o pensamento crítico e fazendo inferências que determinarão a escolha do Diagnóstico de Enfermagem, segunda etapa do Processo de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Histórico de enfermagem. Coleta de dados. Investigação.

## Introdução

*“Nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria”  
(Wanda Horta)*

A palavra Processo de Enfermagem (PE) foi empregada pela primeira vez em 1961, por Ida Orlando, para tratar do cuidado de enfermagem. Em 1963, Virginia Bonney e June Rothemberg aplicam o termo do processo nas seguintes fases: dados sociais e físicos, diagnóstico de enfermagem, terapia de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Vários outros estudiosos trouxeram modelos de processo de enfermagem, mas somente o de *Sister Callista Roy* teve a teoria da adaptação como base, o qual continha as seguintes fases: levantamento do comportamento do cliente, levantamento dos fatores influentes, identificação do problema, estabelecimento do objetivo, intervenção e avaliação<sup>1</sup>.

Atualmente, PE está organizado em cinco etapas inter-relacionadas e tem início com o Histórico de Enfermagem (HE), também conhecido como coleta de dados, cuja finalidade é investigar o objeto do cuidado - indivíduo, família ou comunidade. É, então, um importante instrumento para identificação das necessidades que o fizeram buscar o serviço de saúde, tornando-se essencial para o



planejamento da assistência, para que se possa prosseguir com as etapas seguintes<sup>2</sup>.

O PE é dinâmico e simétrico entre suas etapas, cujo centro é o indivíduo, a família e a comunidade. Considerado a ciência da assistência, em que busca as necessidades básicas alteradas do indivíduo, tem como objetivo proporcionar a independência, o ensino do autocuidado, recuperar e promover a saúde de forma interdisciplinar<sup>1</sup>.

Assim, podemos afirmar que o enfermeiro possui três áreas de atuação: específica, que é a função de assistir o paciente em suas necessidades, tornando-o independente, sempre que possível e ensinar autocuidado; interdependência ou de colaboração, com interação interdisciplinar de manter, promover e recuperar a saúde; e social, como um profissional de ação de impacto social importante para promover ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal e de participar na associação de classe<sup>1</sup>.

## **Histórico**

Neste capítulo, trataremos somente do HE e, para que ele seja construído de forma eficaz, precisamos pensar nossas habilidades de comunicação, posto que falhas na comunicação podem interferir na continuidade, qualidade e consecução do trabalho. Ademais, a comunicação é uma ferramenta imprescindível na criação de vínculo com o objeto de cuidado e posterior obtenção de informações úteis à condução terapêutica. Ora, é por meio da comunicação que compreenderemos melhor as necessidades do cliente e, eventualmente, teremos disponíveis mais mecanismos de enfrentamento<sup>3</sup>.

O Histórico deve ser realizado pelo enfermeiro de maneira informal, e ser interativo, com características a serem seguidas: conciso, claro e preciso, com informações que permitam intervenções imediatas, individualizado, sem informações duplicadas<sup>1</sup>.

Alguns fatores podem interferir no HE, como o estado de saúde do paciente, onde a prioridade é a queixa principal. Nesse caso, o HE poderá ser adiado. Questões próprias do paciente, como idade, sexo, cultura e escolaridade, tempo de internação e idioma também podem se tornar algum tipo de complicador, porém, são circunstâncias que poderão ser vencidas pelo preparo, autoconhecimento e tempo disponível do enfermeiro. Do ponto de vista institucional, a filosofia deverá ser centrada no cuidado do paciente, qualidade e quantidade do pessoal que irá limitar o levantamento de dados necessários<sup>1</sup>.

Após o levantamento do HE, devemos apoiá-lo em uma teoria de enfermagem, a que melhor se adeque ao contexto do serviço de saúde, e construí-lo de forma clara, objetiva e concisa, sendo essenciais elementos como identificação, história clínica atual, diagnóstico médico e histórico de doença pregressa, exame físico, sinais vitais e exames complementares. Ademais, devemos aplicar e registrar os escores das principais escalas utilizadas no setor e manter atualizadas as informações como sintomas e intercorrências<sup>4</sup>.

Em conformidade com a Teoria de Enfermagem, utilizada como referência conceitual, coletamos informações referentes à saúde do paciente, da família e da comunidade, objetivando a identificação das demandas e possíveis problemas<sup>3,4</sup>.

O conhecimento e a utilização das teorias de enfermagem possibilitam o direcionamento das ações, tornando-o, assim, um processo dinâmico, ordenado e investigativo. Portanto, a coleta de dados é fundamental para a continuidade do PE e permite a avaliação do paciente como um todo, observando suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais<sup>4</sup>.

Conforme redação do inciso I, § 2º, art. 1º, da Resolução nº 358/2009 do Conselho federal de Enfermagem (Cofen), que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE, a coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem) possui a seguinte definição<sup>5</sup>:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas

variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

O HE pode ser compreendido como um roteiro que permite ao enfermeiro o levantamento de informações individuais ou coletivas. A análise desse roteiro auxiliará na definição dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), sendo elaborado normalmente na primeira consulta, quando o atendimento é ambulatorial<sup>6</sup>.

No momento da admissão na unidade, é fundamental obter o máximo de informações sobre o paciente para direcionar as ações de cuidado. Como todo PE tem como base as informações obtidas no HE, falhas nessa etapa levam a erros na elaboração dos diagnósticos e intervenções, além de desvios ao traçar os objetivos pretendidos. Erros na coleta de dados implicam uma má assistência ao paciente e, por isso, afirma-se que a realização do PE irá agregar qualidade ao cuidado<sup>2,7</sup>.

O HE é dividido em anamnese - entrevista - e exame físico, com o objetivo de identificar as necessidades do paciente, utilizando instrumentos de coletas de informações. É crucial realizá-los com qualidade, evitando a coleta de dados incompletos ou incorretos.

A anamnese é uma visão completa do paciente, na qual se analisam condições físicas, psicológicas e sociais, decorrendo por meio de uma entrevista clínica, em que o entrevistador assume papel de ouvinte e cuidador no processo saúde-doença. É válido determinar a anamnese como um método científico que permite esclarecer as condições de saúde, entendendo o ser humano como um todo, um ser biológico, psíquico, social e cultural<sup>7</sup>.

O elemento essencial da anamnese é uma comunicação efetiva entre o profissional e o paciente, que envolve compreender a linguagem verbal e não verbal<sup>7</sup>. Esse é o momento de uma oportunidade de estabelecer um vínculo de confiança entre profissional e paciente<sup>8</sup>.

É importante que o profissional desenvolva suas habilidades e manejo da comunicação interprofissional e transcultural, com escuta

ativa com modo clínico centrado na pessoa/paciente e, assim, identificar os significados do adoecer e suas repercussões sociais, econômicas e culturais, o que contribui para a compreensão das narrativas do pacientes e oportuniza o raciocínio clínico<sup>7</sup>.

Durante a anamnese, deve-se obter todas as informações do paciente necessárias a uma condução efetiva do atendimento, podendo ser organizadas da seguinte maneira<sup>8,9</sup>:

- 1) Identificação: dados pessoais do paciente, tais como nome, idade, sexo, cor, endereço.
- 2) História da doença atual: todos os sintomas relativos ao que motivou a procura do serviço de saúde atualmente, bem como sua cronologia e atitudes diante do quadro (medicações utilizadas, busca de outros serviços de saúde).
- 3) Antecedentes de saúde: informações sobre doenças de base, hospitalizações prévias, cirurgias e alergias medicamentosas e alimentares.
- 4) Antecedentes familiares: pesquisa de doenças e condições de saúde prevalentes na família.
- 5) Hábitos de vida: informações sobre alimentação, atividade física, sono e repouso, atividade sexual e consumo de álcool e outras drogas.
- 6) Histórico social: trabalho e fontes de renda e condições de moradia.

O exame físico, por sua vez, é a avaliação do corpo do paciente, para que o profissional verifique a condição atual de saúde. Para isso, técnicas propedêuticas de inspeção, palpação, percussão, ausculta e olfato devem ser utilizadas. Para que seja completo, o exame deve conter a aferição de sinais vitais (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura) e de peso e altura, bem como avaliação minuciosa, preferencialmente no sentido cefalocaudal (da cabeça aos pés), de todos os sistemas do corpo do paciente.

Deve ser iniciado com a avaliação do estado geral do paciente e seu nível de consciência, sendo possível utilizar-se de instrumentos, como a Escala de Coma de Glasgow ou a Escala de *Minimental State*, adaptando-se conforme o instrumento de coleta de cada setor ou unidade. Deve-se proceder com a avaliação da cabeça e pescoço, aparelho cardiovascular, aparelho respiratório, aparelho digestivo, sistema urinário, genitálias, extremidades (membros superiores e inferiores) e inspecionar dispositivos (cateteres, drenos, sondas, etc.). Essa etapa permite que o profissional colete dados de maneira objetiva, sendo imprescindível para a realização de diagnósticos eficazes. O exame físico deve ser conduzido de maneira humanizada e levar em consideração as particularidades de cada paciente, em um ambiente com a maior privacidade possível<sup>8,9</sup>.

Os registros de enfermagem devem ser diretos, objetivos, integrais e legíveis e devem conter a assinatura do profissional responsável, além de data e hora da anotação, de forma a impedir que eventos adversos ocorram na assistência devido a uma comunicação falha<sup>4</sup>.

As anotações de enfermagem objetivam promover uma assistência completa e continuada, além de garantir a segurança de todos os envolvidos no processo de cuidado - paciente, profissional e estabelecimento de saúde. Propicia, ainda, informações para pesquisas, auditorias e processos judiciais. Dessa forma, é imprescindível que as anotações contenham tudo o que foi realizado, os resultados da intervenção e o estado geral do paciente<sup>4</sup>.

Para a padronização das anotações, é fundamental a utilização de um método sistemático de coleta de dados, dentre os quais podemos citar: SOAP (*subjective, objective, assessment, plan*), TITRS (*title, introduction, text, recommendation, signature*) e FARM (*findings, assessment, recommendations or resolutions/management*). Mais tradicionalmente, na rotina de trabalho da enfermagem, utiliza-se o método SOAP, composto pelas seguintes quatro etapas<sup>10,11</sup>: **Subjetivo** - informações subjetivas relatadas pelo paciente; **Objetivo** - informações objetivas observadas pelo profissional e resultados laboratoriais; **Avaliação** - tipicamente diagnósticos; **Planejamento** - intervenções, prognósticos, testes diagnósticos e implementação de protocolos.

Aqui abrimos um parêntese para tocar em um tema importante: ética. O Código de Ética<sup>13</sup> trata como responsabilidade e dever do enfermeiro a questão do sigilo profissional, como mostra o art. a seguir:

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

Esse artigo trata do dever do enfermeiro e da equipe de enfermagem sobre as informações do paciente na confidencialidade profissional. Não poderíamos deixar de mencionar tema de tamanha importância, mesmo que de forma rápida.

### **Como exemplo, utilizaremos o caso clínico a seguir:**

Paciente, 4º dia de internação hospitalar, sexo feminino, 45 anos, veio a esta unidade trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) após episódios de hematêmese, iniciados há uma semana. Encontro-a no leito, com eliminação intestinal de melena, desorientada em tempo, boa comunicante e sem acompanhante; sem dor. Em situação de rua, trabalha com reciclagem de lixo, faz uso frequente de crack, maconha e álcool. Relata que marido foi assassinado há dois anos, e desde então mora na rua, e sem as filhas, que passaram a morar com sua ex-sogra. Família se afastou desde que ela recusou internação para tratamento da drogadição. Relata outros episódios de hematêmese há cerca de três meses. Segundo ela, o último episódio de hematêmese está relacionado à ingestão de “alambique” (bebida alcoólica) cuja garrafa foi encontrada no lixo, seguida da ingestão de medicamento com ação relaxante muscular, anti-inflamatória e analgésica, que ganhou de vizinha. À chegada a esta unidade, recebeu transfusão de uma bolsa de hemoconcentrado de hemácias e duas

bolsas de plasma fresco congelado. Ao exame físico: Sinais vitais - Temperatura: 35,2°C; Pulso: 85 bpm; Respiração: 13 irpm; Pressão Arterial: 100x56 mmHg; Saturação 95% em ar ambiente. Cabeça e pescoço: esclera ictérica (1+/4+); conjuntiva hipocorada (4+/4+); dentição prejudicada; mucosa oral hipocorada (4+/4+) e com sujidade visível; hálito com odor fétido; presença de acesso venoso em jugular externa direita. Tórax: à ausculta cardíaca, bulhas normofonéticas ao som de dois tempos; à ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares fisiológicos. Abdome: à ausculta, ruídos hidroaéreos presentes e hiperativos; à percussão som timpânico nas nove regiões; indolor à palpação; cicatriz umbilical invertida. Genitália: presença de alterações sugestivas de condiloma acuminado. Ânus: presença de alterações sugestivas de condiloma acuminado; eliminação de melena em fralda. Membros superiores: indolores à palpação, todas as polpas digitais lesionadas; tempo de enchimento capilar <2 segundos; presença de acesso venoso periférico em membro superior direito. Membros inferiores: indolores à palpação; tempo de enchimento capilar <2 segundos; teste de Godet, Bandeira e Bancroft negativos.

Exames laboratoriais: hemácias: 1,18 uL, hemoglobina: 3,3 g/dL, hematócrito: 10,5%, CHCM: 31,4 g/dL. RDW: 17,2%.

### **Informações Subjetivas/Informadas**

Paciente, no quarto dia de internação hospitalar, sexo feminino, 45 anos, veio a esta unidade trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) após episódios de hematêmese, iniciados há uma semana. A encontro no leito, com eliminação intestinal de melena, desorientada em tempo, boa comunicante e sem acompanhante; sem dor. Em situação de rua, trabalha com reciclagem de lixo, faz uso frequente de crack, maconha e álcool. Relata que marido foi assassinado há dois anos, e desde então mora na rua, e sem as filhas, que passaram a morar com sua ex-sogra. Família se afastou desde que ela recusou internação para tratamento da drogadição. Relata outros episódios de hematêmese há cerca de três meses. Segundo ela, o último episódio de hematêmese está relacionado a ingestão de “alambique” (bebida alcoólica) cuja garrafa foi encontrada no lixo, seguida da

ingesta de medicamento com ação relaxante muscular, antiinflamatória e analgésica, que ganhou de vizinha.

### **Informações Objetivas/Observadas**

À chegada da unidade recebeu transfusão de uma bolsa de hemoconcentrado de hemácias e duas bolsas de plasma fresco congelado. Ao exame físico: Sinais vitais - Temperatura: 35,2°C; Pulso: 85 bpm; Respiração: 13 irpm; Pressão Arterial: 100x56 mmHg; Saturação 95% em ar ambiente. Cabeça e pescoço: esclera ictérica (1+/4+); conjuntiva hipocorada (4+/4+); dentição prejudicada; mucosa oral hipocorada (4+/4+) e com sujidade visível; hálito com odor fétido; presença de acesso venoso em jugular externa direita. Tórax: à ausculta cardíaca, bulhas normofonéticas ao som de dois tempos; à ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares fisiológicos. Abdome: à ausculta, ruídos hidroaéreos presentes e hiperativos; à percussão som timpânico nas nove regiões; indolor à palpação; cicatriz umbilical invertida. Genitália: presença de alterações sugestivas de condiloma acuminado. Ânus: presença de alterações sugestivas de condiloma acuminado; eliminação de melena em fralda. Membros superiores: indolores à palpação, todas as polpas digitais lesionadas; tempo de enchimento capilar <2 segundos; presença de acesso venoso periférico em membro superior direito. Membros inferiores: indolores à palpação; tempo de enchimento capilar <2 segundos; teste de Godet, Bandeira e Bancroft negativos.

Exames laboratoriais: hemácias: 1,18 uL, hemoglobina: 3,3 g/dL, hematócrito: 10,5%, CHCM: 31,4 g/dL. RDW: 17,2%

As informações subjetivas são dados coletados que levam a inferências mentais que alimentam o raciocínio lógico e racionais sobre a condição de pessoa humana e suas relações com o meio ambiente, o contexto cultural, social e econômico da paciente, onde são identificadas necessidades de saúde que levam ao julgamento das necessidades que agora, amparado por uma teoria, passa a fazer parte de uma filosofia; assim se faz a primeira etapa da ciência, além de proporcionar um momento de escuta qualificada ao paciente<sup>14</sup>.



As informações objetivas podem ser tratadas como uma interação enfermeiro e paciente que, além da identificação das necessidades de saúde do paciente, traz a possibilidade do paciente se sentir tocado. Uma abordagem que proporciona uma visão multidimensional do indivíduo, envolvendo os aspectos biológicos, psicobiológicos, sociais, familiares e ambientais que se inter-relacionam. As etapas do PE se sobrepõem, pois existe a possibilidade do julgamento clínico sobre a necessidade de saúde ser realizado no momento da investigação<sup>14</sup>.

As etapas de avaliação e planejamento serão descritas nos próximos capítulos.

Durante a prática da assistência, é necessário que a equipe demande tempo na construção e validação de instrumentos que atendam às especificidades do setor para, assim, padronizar e operacionalizar as etapas do PE, de modo que, na ausência desses instrumentos, irá dificultar e demandar maior tempo na aplicação do processo. Espera-se, ainda, que o modelo construído e validado possa melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente, evidenciar o conhecimento científico envolvido na SAE e dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros<sup>2</sup>.

Para a construção de instrumento de coleta, é primordial o envolvimento dos enfermeiros da unidade. Os conhecimentos científicos e técnicos e as habilidades e experiências, associados ao embasamento teórico, contribuirão para elaboração e implantação do instrumento na unidade. A elaboração de um instrumento de coleta do HE possibilita solucionar e minimizar problemas, além de realizar mudanças e inovações no setor<sup>2</sup>.

Por fim, ressalta-se que o processo de formação acadêmica envolvendo o estudo do HE pode estimular o desenvolvimento de sujeitos críticos, reflexivos, interpretativos e dinâmicos, refletindo em profissionais capazes de desenvolver uma prática cuidativa, de qualidade e de forma ampla, com a instrumentalização dos conhecimentos e habilidades<sup>12</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU; 2011.
2. Santos DMA, Sousa FGM, Paiva MVS, Santos AT. Construção e implantação do Histórico de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2016;29(2):136-45. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600020>.
3. Broca PV, Ferreira MA. Communication process in the nursing team based on the dialogue between Berlo and King. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015;19(3):467-74. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>
4. Silva TG, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm. Foco*. 2016 [acesso em 1º mar 2020];7(1):24-7. DOI: 10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.679
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009 [acesso em 4 mar 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html)
6. Tavares DS, Souza M, Zamberlan C, Matumoto S, et al. Construction and validation of a Nursing history for prenatal consultation. *Enferm. Foco*. 2019 [acesso em 10 jun 2020];10(7):35-42. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050587>
7. Soares MOM, Higa EFR, Gomes LF, Marvã JPQ, Gomes AIF, Gonçalves AHC. Anamnesis impact to an integrated care: Portuguese students' view. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016 [acesso em 3 mar 2020];29(1):66-75. <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p66>

8. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentos de enfermagem. 8ª ed. -Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
9. Araújo DR, Oliveira Júnior JH, Batista JFC, Oliveira SR, Cariri LS. A importância da anamnese e do exame físico para o diagnóstico de enfermagem. In: International Nursing Congresso. Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society; 2017 maio 9-12; Aracaju, Sergipe, Brasil. Sergipe: Universidade Tiradentes; 2017 [acesso em 2 mar 2020]. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwivmsWOxN\\_sAhXUBtQKHxfkCBUQFjABegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Feventos.set.edu.br%2Fcie%2Farticle%2Fdownload%2F5926%2F2375&usg=AOvVaw3j7roGqTDBDo9Tb2b193gE](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwivmsWOxN_sAhXUBtQKHxfkCBUQFjABegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Feventos.set.edu.br%2Fcie%2Farticle%2Fdownload%2F5926%2F2375&usg=AOvVaw3j7roGqTDBDo9Tb2b193gE)
10. Krishna K, Khosla S, Bigham JP, Lipton ZC. Generating SOAP Notes from Doctor-Patient Conversations. 2020 [acesso em 25 jun 2020]. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEWja0pmlxd\\_sAhX-K7kGHXVgDQ4QFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Farxiv.org%2Fabs%2F2005.01795&usg=AOvVaw1PzOpePFdcvazDWb0eu6ju](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEWja0pmlxd_sAhX-K7kGHXVgDQ4QFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Farxiv.org%2Fabs%2F2005.01795&usg=AOvVaw1PzOpePFdcvazDWb0eu6ju)
11. Sando KR, Skoy E, Bradley C, Frenzel J, Kirwin J, Urteaga E. Assessment of SOAP note evaluation tools in colleges and schools of pharmacy. Elsevier Inc. 2017 [acesso em 1º jun 2020];9(1):1877-297. DOI: 10.1016/j.cptl.2017.03.010
12. Adamy EK, Zocche DAA, Vendruscolo C, Almeida MA. Nursing education process: what the scientific productions provide. R. pesq.: cuid. fundam. 2020 [acesso em 17 jun 2020];12(1):800-7. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.750
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 6 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2017.
14. Barros KM. Processo de enfermagem: fundamentos e discussão de casos clínicos. Rio de Janeiro: Ateneu; 2017.



# Capítulo V



## Diagnóstico de Enfermagem – segunda etapa do processo de enfermagem

**Fabiolla Lopes Rodrigues<sup>16</sup>**

**Karen Evellin Souza Neves<sup>17</sup>**

**Karine Marques Costa dos Reis<sup>18</sup>**

**Lúcia Helena Bueno da Fonseca<sup>19</sup>**

**Resumo:** A responsabilidade do cuidar em enfermagem necessita de intervenções fundamentadas, com base no julgamento clínico em relação ao indivíduo. Para isso, é necessário a implementação do diagnóstico de enfermagem, que é a segunda etapa do processo de enfermagem. As taxonomias são maneiras de organizar a comunicação entre a equipe de enfermagem e melhorar o registro de dados, possibilitando avaliar os resultados das intervenções e otimizando o cuidado prestado.

**Palavras-chave:** Terminologia de Enfermagem Padronizada. Diagnóstico de Enfermagem. Processo de Enfermagem.

*Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e  
silenciosas metamorfoses.  
Rubem Alves)*

---

<sup>16</sup> Enfermeira pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Residente do Programa de Saúde da Criança – SES/DF. fabiolla.lopes02@gmail.com

<sup>17</sup> Enfermeira pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Residente do Programa Atenção ao Câncer – Hospital do Amor. karenevellin5@gmail.com

<sup>18</sup> MSc. Docente da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. karinereisdf@hotmail.com

<sup>19</sup> MSc. Docente da Escola Superior em Ciências da Saúde. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. luciafons@gmail.com

## **Raciocínio Clínico no Diagnóstico de Enfermagem**

Dentro de um cuidado complexo do indivíduo, família e comunidade, há a necessidade de discernir, a partir de critérios e com racionalidade, o binômio saúde-doença, retirando o foco da doença para o cuidado. Nesse cenário contínuo e acolhedor do enfermeiro, cujo exercício da profissão está mais próximo à integralidade da saúde e à dinamicidade desse conceito, o raciocínio clínico para as respostas das pessoas às circunstâncias da vida (diagnósticos) é imprescindível para a formulação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem<sup>1</sup>.

Para alguns autores<sup>2,3</sup>, o raciocínio clínico é um processo cognitivo para coleta de informações, interpretação, análise, inferência e o diagnóstico propriamente dito, os quais são confrontados com critérios clínicos conhecidos a partir do pensamento crítico. Esse conceito é ratificado por outros autores<sup>4</sup>, que incluem a ambiguidade de ser lógico e analítico, ao mesmo tempo em que é não analítico e intuitivo. Além disso, apontam que o raciocínio requer, além de processos cognitivos, as habilidades interpessoais e atitude profissional, em que o pensamento crítico baseado em uma teoria é essencial<sup>4</sup>. Quando se fala em raciocínio clínico, no entanto, três estratégias básicas são possíveis e bastantes aplicadas entre os profissionais de saúde<sup>3,6</sup>.

A primeira estratégia, mais utilizada por profissionais com ampla experiência, é o método de raciocínio indutivo, o qual se utiliza de padrões gerais para caracterizar o individual. Outro método é o modelo de árvores de decisões ou algoritmo, utilizado em uma situação lógica, com base em fluxogramas. Há também o modelo hipotético dedutivo, utilizado mais prevalentemente pelo profissional médico, cujo princípio fundamental é a criação e contestação/refutação de inúmeras hipóteses a partir do levantamento de dados subjetivos e objetivos do paciente. Finalmente, o método da exaustão, utilizado na graduação de enfermagem, o qual visa à coleta exaustiva de informações e, em uma segunda etapa, à definição do diagnóstico<sup>6,7</sup>.

O fato é que, apesar dessa importância, onde o raciocínio clínico está em todas as fases do processo de enfermagem<sup>3</sup>, há lacunas no ensino de enfermagem não condizentes com essa prioridade, em que o estudante e futuro profissional tem dificuldade na definição dos



fatores relacionados e suas intervenções<sup>8</sup>. Prefere-se a habilidade técnica - o saber fazer - e a dissociação da teoria com a prática clínica na maioria das instituições de ensino. Essa dissonância repercute no trabalho do enfermeiro e na dificuldade de instalação do processo de enfermagem no cotidiano de atividades e atribuições desse profissional, principalmente na construção do diagnóstico de enfermagem<sup>9</sup>.

Assim, utilizando uma estrutura lógica de uma linguagem padronizada em enfermagem, que contribui para a padronização, acurácia e expressão da prática do enfermeiro alicerçado no raciocínio clínico, estaremos, neste capítulo, retomando o raciocínio por exaustão realizado por Wealtha Yoder Helland e Phyllis Baker Risner no livro *Nursing Process: Application of Conceptual Models* (CHRISTESEN; KENNEY, 1995)<sup>10</sup>.

Nesse sentido, o modelo eleito para o raciocínio diagnóstico foi o de Helland/Risner (1995). Nesta modelo, o processo diagnóstico consiste em dois processos cognitivos: a primeira etapa se baseia na análise e síntese dos dados. A análise é compreendida como a análise dos dados objetivos e subjetivos coletados durante o exame físico e entrevista. Nessa fase, o diagnosticador percorre dois passos: **categorização dos dados**, relacionada à organização das informações coletadas, na qual se empregam diferentes modelos conceituais ou concepções teóricas que o subsidiem; e **identificação de dados divergentes ou lacunas**, que é a identificação de dados incompletos ou incongruentes e evidencia áreas de necessidades de revisão da coleta.

### Identificação: fase de análise

**Figura 1.** Figura Esquemática do Raciocínio Diagnóstico da Fase Análise de Helland/Risner (1995).

CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS	DADOS DIVERGENTES /LACUNAS

A síntese é a combinação das partes e agrupamento, com associação e comparação dos dados para a realização de uma conclusão sintética. Essa fase terá os seguintes momentos: **agrupamento das evidências em padrões; comparação dos padrões** com teorias, modelos, normas e conceitos; **identificação de possibilidades** (inferências ou hipótese), comparação dos padrões com teorias, modelos, normas e conceito; e a **proposição das causas etiológicas (relação)**.

- **Agrupamentos das evidências em padrões** - é a indicação do perfil dos comportamentos (padrões) ou manifestações dos pacientes.

- **Comparação dos padrões com teorias, modelos, normas e conceitos** - é a relação a ser feita entre o que o paciente expressa e a teoria eleita na categorização dos dados. Os dados podem ser comparados, por exemplo, a valores normais, expectativas e condições prévias do próprio cliente.

- **Identificação de possibilidades (inferências ou hipóteses)** - é a fase de julgamento clínico propriamente dito. É a inferência da situação a partir das respostas (padrão de comportamentos) do paciente.

- **Proposição das causas etiológicas (relação)** - nesta fase são identificados os fatores que influenciam ou contribuem para as alterações inferidas.

## Fase 2 – Síntese

**Figura 2.** Figura Esquemática do Raciocínio Diagnóstico da Fase síntese de Helland/Risner (1995).

AGRUPAMENTO DOS DADOS EM PADRÕES	COMPARAÇÃO DOS PADRÕES A TEORIAS E NORMAS	INFERÊNCIA	RELACIONAMENTO AOS FATORES ETIOLÓGICOS

A segunda etapa do raciocínio é o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. Esta etapa consiste em três atividades, o qual será concluído a partir das etapas anteriores a nomeação dos diagnósticos. Nesse sentido, a etapa principal e que requer maior raciocínio e é pontuada nas pesquisas como mais difícil está a categorização diagnóstica, seguida da definição dos fatores etiológicos (relacionados) e características definidoras.

### **Diagnóstico Propriamente Dito**

**Figura 3.** Figura esquemática da segunda etapa do Raciocínio Diagnóstico: Diagnóstico propriamente dito - Das Autoras

<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO - TÍTULO</b>	<b>FATORES RELACIONADOS/ POPULAÇÕES EM RISCO/CONDIÇÃO S ASSOCIADAS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b>

### **Conceito do Diagnóstico, Componentes do Diagnóstico e Tipos de Diagnóstico de Enfermagem**

O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do processo de enfermagem. Os dados que foram coletados na primeira etapa de investigação são analisados e interpretados, possibilitando a enfermagem desenvolver intervenções por ordem prioritária<sup>11</sup>.

A padronização da linguagem utilizada pelos enfermeiros, para definir o que é identificado, avaliado e tratado, é uma necessidade mundial. As taxonomias são maneiras de organizar um grupo ou classes com semelhanças. A primeira menção a sistemas de classificação em enfermagem se deu em 1860, quando Florence Nightingale apresentou uma proposta de uniformização da estatística hospitalar no 4º Congresso Internacional de Estatística, em Londres<sup>12</sup>.

Os sistemas de classificação/taxonomias mais conhecidos no Brasil são: NANDA-I, NIC (*Nursing Intervention Classification*), NOC (*Nursing Outcome Classification*) e a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)<sup>13</sup>.

### **Taxonomia NANDA-I**

Na nova versão 2018-2020, 11ª edição, a taxonomia II da NANDA-I está organizada em 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos de enfermagem. Sua estrutura multiaxial é composta por 7 eixos que direcionam o processo diagnóstico, a saber<sup>14</sup>:

Eixo 1 – foco do diagnóstico: é o elemento central do diagnóstico, refere-se à resposta humana;

Eixo 2 – sujeito do diagnóstico: é o sujeito para quem é destinado o diagnóstico;

Eixo 3 – julgamento: é a análise do enfermeiro quanto ao foco do diagnóstico;

Eixo 4 – localização: locais anatômicos ou estruturais do corpo;

Eixo 5 – idade: é a idade do sujeito do diagnóstico;

Eixo 6 – tempo: duração do foco do diagnóstico;

Eixo 7 – categoria do diagnóstico: foco no problema, diagnóstico de risco e promoção de saúde.

Cada eixo corresponde a uma dimensão, que é levada em consideração no processo diagnóstico. A construção do enunciado de um diagnóstico é estabelecida a partir da combinação de valores dos eixos 1, 2 e 3 e, quando necessário maior clareza, acrescenta-se valores dos demais eixos<sup>13</sup>.

Os três primeiros eixos são importantes para oferecer clareza ao diagnóstico. Todos os sete eixos são importantes, entretanto o eixo 1

(foco do diagnóstico) e o eixo 3 (julgamento) são componentes essenciais, pois representam a avaliação do enfermeiro<sup>4</sup>.

**Foco no problema:** é o julgamento crítico de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida de um indivíduo, família, grupo ou comunidade.

**Diagnóstico de risco:** é o julgamento crítico a respeito da suscetibilidade do indivíduo, família, grupo ou comunidade para o acometimento de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida.

**Promoção de saúde:** um julgamento crítico sobre a motivação e desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde.

**Diagnóstico de síndrome:** embora em menor quantidade, o diagnóstico de síndrome também está presente na taxonomia. É julgamento clínico referente a um agrupamento de diagnóstico de enfermagem.

Cada diagnóstico possui um título e uma definição, sendo fundamental que os enfermeiros conheçam as definições para maior acurácia. Os diagnósticos possuem: características definidoras, fatores relacionados, população de risco e condições associadas, conforme demonstrado na Figura 4:

**Figura 4.** Rótulo do Diagnóstico e seus componentes.



Fonte: Herdman e Kamitsuru<sup>14</sup>.

Os enfermeiros que já utilizam a NANDA-I vão perceber que, na nova edição, foram acrescentados dois termos, população em risco e condições associadas, para utilizar dados úteis e dar mais clareza ao diagnóstico, mesmo não sendo passível de intervenções de enfermagem<sup>15</sup>.

É importante, ainda, ressaltar que nem todos os diagnósticos da taxonomia da NANDA-I vão se encaixar de maneira adequada em todas as especialidades. Isso ocorre devido à falta de publicação em certas áreas<sup>14</sup>.

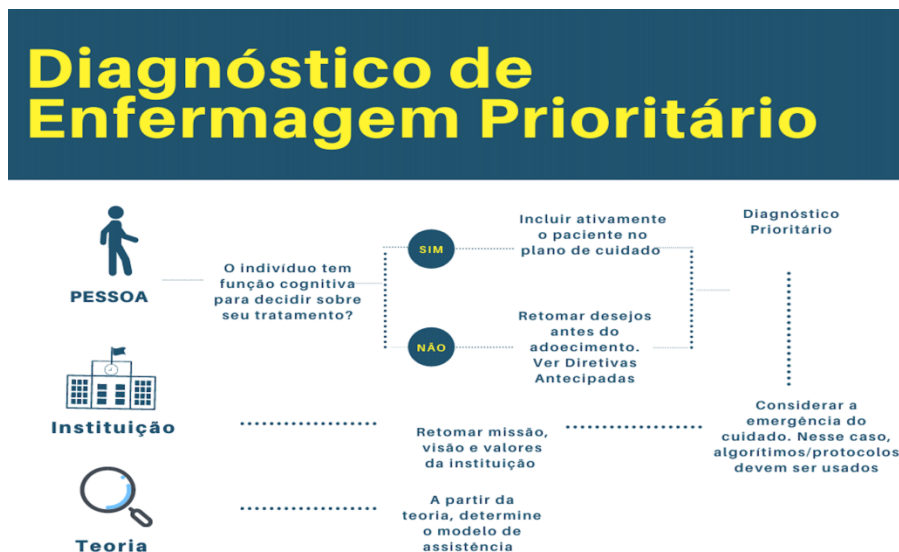
Ainda que existam problemas no sistema de classificação, o uso do diagnóstico de enfermagem aprimora a capacidade do enfermeiro em avaliar e intervir nos momentos oportunos, e retrata a arte e a

ciência da enfermagem, graças ao empenho das enfermeiras clínicas e pesquisadoras<sup>16</sup>.

## Diagnósticos Prioritários

Diante do cuidado ao indivíduo e comunidade, existe uma lacuna bibliográfica e acadêmica sobre os diagnósticos e intervenções prioritárias nos diferentes processos de saúde-doença. A resolução desse questionamento, no entanto, exige uma investigação teórico-reflexiva e crítica, que passa pela missão e valores do serviço à teorista de enfermagem utilizada para mediar o processo de enfermagem e à autonomia do sujeito sobre o seu cuidado, o qual determina suas prioridades.

**Figura 5.** Figura Esquemática para Diagnóstico Prioritário.



Fonte: Dados das próprias autoras

Alguns determinantes históricos levaram à redução da prática do enfermeiro à técnica e ao biológico. Nesse sentido, a institucionalização do cuidado também contribuiu para distanciar as atividades desse profissional, que é integral, para um olhar trivial ao biológico, desconsiderando o psíquico, social e espiritual<sup>16</sup>.

O cuidado precisou romper com as dicotomias curar e prevenir/promover/paliar/reabilitar; cuidar e gerenciar; teoria e prática, serviços com a missão de confortar, proporcionar qualidade de vida, garantir autonomia e promover a saúde integral para crescerem no Brasil e no mundo<sup>16</sup>.

Em uma entidade cuja preocupação seja a quantidade de atendimento, a agilidade e o trabalho centrado na cura e no profissional médico, essa provavelmente terá um atendimento de enfermagem voltado para aspectos físicos e restritos ao cuidado com o corpo<sup>17</sup>.

Já organizações com foco no indivíduo e família, humanização, trabalho em equipe e cuidado integral trarão para o cerne da questão uma avaliação multidimensional e a necessidade de expandir o cuidado para o enfrentamento diante da doença, papéis que os familiares desenvolvem no processo de adoecimento e conforto ambiental, social e, por que não?, o físico<sup>19</sup>.

As filosofias de cuidado foram essenciais para resgatar o cuidado holístico e integral, retomando a importância da equipe interdisciplinar e o cuidado genuíno do enfermeiro. As teorias de enfermagem, o qual explicitam os fenômenos da realidade e buscam relacionar os fenômenos e as consequências a partir das ações de enfermagem, corroboraram para elucidar a prática do profissional e nortear sobre as intervenções prioritárias<sup>18-21</sup>.

O protagonismo diante do planejamento da assistência e a valorização das dimensões subjetivas e sociais resgatam e reconhecem o direito do paciente diante do seu próprio cuidado. A assistência paternalista e assistencialista, em que o profissional de saúde se enxerga em posição superior e capaz de fazer decisões pessoais, deve ser reprimida<sup>22</sup>.



Desrespeitar a dimensão subjetiva e a autonomia dos usuários de saúde traz um processo e intervenções de enfermagem inadequados e ineficazes, no qual o verdadeiro foco no problema não é observado. No plano de cuidado, o indivíduo e sua família devem entender sobre seu adoecimento e sinais e sintomas incômodos, como também possíveis diagnósticos e intervenções para a escolha autocentrada e consciente do cuidado<sup>23</sup>.

Em frente às argumentações, e ciente de que o trabalho do enfermeiro deve considerar inúmeros aspectos, o diagnóstico de enfermagem prioritário dependerá do local, do indivíduo e do próprio enfermeiro. Limitar a escolher um diagnóstico prioritário, sem considerar tais aspectos, poderá ser um erro. Na educação, entretanto, em alguns momentos, esse exercício é necessário para dialogar com o estudante e lhe propiciar um momento de entender a prioridade de cuidado, devendo, no entanto, ser lembrado constantemente sobre as mudanças que ocorrem durante a prática clínica.

As habilidades necessárias para a definição dos diagnósticos prioritários são: conhecimento técnico-científico, análise, raciocínio lógico e experiência clínica. A análise, trata-se da avaliação, detalhamento da história e aplicação de padrões. Já no conhecimento técnico-científico, observa-se a importância do conhecimento de fisiopatologia, além da comparação com situações clínicas e dados da literatura. O raciocínio lógico refere-se à organização dos dados e identificação dos dados como problemas de saúde. Assim, a escolha de um diagnóstico com alta acurácia e prioritário tem relação intrínseca com a seleção do plano de cuidados (resultados e intervenções) mais específicos ao contexto e deve considerar diversos fatores<sup>3</sup>.

Considerando o estudo de caso apresentado anteriormente, seguem abaixo exemplos de possíveis diagnósticos:

Risco de choque (circulatório – hipovolêmico) associado à hipotensão (100x56 mmHg) e hipovolemia (melena e episódio recente de hematêmese).

- Integridade tissular prejudicada, relacionada à agente químico lesivo (álcool e crack) e estado nutricional desequilibrado (incapaz de satisfazer suas necessidades nutricionais por falta de poder

aquisitivo), caracterizado por dano tecidual (evidenciado por tomografia computadorizada de abdome total com contraste, endoscopia digestiva alta), dor aguda e sangramento (evidenciado por melena, episódios recentes de hematêmese e albumina, globulina, hemácias, hemoglobina, hematócrito, CHCM e RDW abaixo dos valores de referência).

- **Nutrição desequilibrada:** menor do que as necessidades corporais (desfavorecida economicamente e no momento da coleta em prescrição médica de dieta oral zero), relacionada à ingestão alimentar insuficiente, caracterizado por ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (relato de situação de rua, ingesta de alimentos encontrados no lixo, adicção, perda ativa de sangue via melena, exames laboratoriais alterados – albumina, globulina, hemácias, hemoglobina, hematócrito, CHCM e RDW abaixo dos valores de referência – , achados do exame físico – emagrecimento, mucosas hipocoradas, ruídos hidroaéreos hiperativos e percussão abdominal timpânica).

- **Manutenção ineficaz da saúde,** relacionada a estratégias de enfrentamento ineficazes (adicção) e recursos insuficientes (pessoa em situação de rua, desempregada, nutrição inadequada), caracterizada por apoio social insuficiente (não recebe auxílio familiar, nem governamental) e incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde (falta de higiene, desnutrição, uso abusivo de álcool e outras drogas).

- **Processos familiares disfuncionais** (desfavorecida economicamente), relacionado a abuso de substâncias, caracterizado por abandono, desconfiança, deterioração nos relacionamentos familiares e rompimento de papeis na família (relato de situação de rua, pedido de contato com a família, relato de que a família se afastou desde que ela negou internação em clínica de reabilitação).

## REFERÊNCIAS

1. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(3):415-22. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho;13(3):415-22.
2. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):134-41.
3. Carvalho EC, Morais SCVM, Oliveira-Kumakura ARS. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017;70(3):662-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>
4. Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013;47(2):341-47. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200010>
5. Cerullo JASB, Cruz DALM. Endereço para correspondência: Raciocínio clínico e pensamento crítico Artigo de Revisão. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010;18(1):124-29. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019>
6. Kahlke R, Eva K. Constructing critical thinking in health professional education. Perspect Med Educ. 2018;7(3):156-65. doi: 10.1007/s40037-018-0415-z
7. Raymond-Seniuk C, Profetto-McGrath J. Can One Learn to Think Critically? – A Philosophical Exploration. Open Nurs J. 2011; 5:45-51. doi: 10.2174/1874434601105010045
8. Pereira AH, Diogo RCS. Análise do raciocínio clínico do graduando em Enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. J Heal Sci Inst. 2012;30(4):349-53.

9. Souza LP, Vasconcellos C, Parra AV. Processo de enfermagem : dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia, Brasil. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2015;10(1):5-20.

10. HELLAND, W. Y. Nursing Process Diagnostic. In: CHRISTESEN, P.J.; KENNEY, J.W. *Nursing process application of conceptual models*. 4. Ed. St. Louis: Mosby, 1995. 367p.

11. Braga CG, Cruz DALM. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2003;11(2):240-4. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000200016>

12. Paese F, Dal Sasso GTM, Colla GW. Structuring methodology of the Computerized Nursing Process in Emergency Care Units. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018;71(3):1079-84. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0619>

13. Mata LRF, Souza CC, ChiancaTCM, Carvalho EC. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificação de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012;46(6):1512-8. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600031>

14. Herdman TH, Kamitsuru S. *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2018-2020*. Rio de Janeiro: Thieme; 2018. 462p.

15. Miguel S, Romeiro J, Martins H, Casaleiro T, Caldeira S, Herdman TH. "Call for the Use of Axial Terms": Toward Completeness of NANDA-I Nursing Diagnoses Labels. *Int J Nurs Knowl.* 2019;30(3):131-6. doi: 10.1111/2047-3095.12228

16. Ubaldo I. O diagnóstico de enfermagem da nanda internacional na sistematização da assistência de enfermagem na clínica médica de um hospital universitário. *Dissertação [Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem]* - Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

17. Merino MFGL, Silva PLAR, Carvalho MDB, Pelloso SM, Baldissera VDA, Higarashi IH. Nursing theories in professional training and practice: perception of postgraduate nursing students. *Rev Rene*. 2018;19:e3363. doi: 10.15253/2175-6783.2018193363
18. Souza MFG, Santos ADB, Monteiro AI. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013;66(2):167-73. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200003>
19. Anunciação AL, Zoboli E. Hospital: Valores éticos que expressam sua missão. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2008;54(6):522-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000600017>
20. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2009;13(1):816-8. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>
21. Silva AM, Sá MC, Miranda L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: Uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saude soc.* [Internet]. 2013;22(3):840-52. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300017>
22. Roosli ACBS, Palma CMS, Ortolan MLM. Sobre o cuidado na saúde: da assistência ao cidadão à autonomia de um sujeito. *Psicol USP*. 2020;31: e180145. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e180145>



# Capítulo VI





## **Planejamento de Enfermagem – terceira etapa do processo de enfermagem**

**Lúcia Helena Bueno da Fonseca<sup>20</sup>**

**Luana Nunes Lima<sup>21</sup>**

**Crislaine Siqueira de Sousa<sup>22</sup>**

**Bárbara Cristina Santos Rocha<sup>23</sup>**

**Resumo:** As competências profissionais do enfermeiro, determinadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais prevê entre outras, liderança, administração e gerenciamento. O planejamento da assistência de enfermagem se traduz em alocação de recursos, monitoramento de resultados e objetivos assistenciais a serem alcançados na promoção, tratamento, reabilitação e prevenção de agravos à saúde do indivíduo, família e comunidade. Munido de pensamento crítico e evidências científicas organiza e garante a continuidade da assistência.

**Palavras-chave:** Planejamento. Resultados. Ações de enfermagem.

---

<sup>20</sup> Mestre. Docente da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). lucia-fons@gmail.com

<sup>21</sup> Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). luananlima@gmail.com

<sup>22</sup> Discente de Enfermagem pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). crislaine.siqueira13@gmail.com

<sup>23</sup> Discente de Enfermagem pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). santosrochab@gmail.com

## **INTRODUÇÃO**

As competências profissionais do enfermeiro vêm sendo discutidas nos últimos anos, principalmente pelos gestores de serviços que englobam esses profissionais e por seus formadores educacionais. Uma das bases para essa discussão, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), preveem como necessárias as competências de atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente<sup>1</sup>.

Enquanto competências administrativas do enfermeiro, destacamos, nível macro, as funções de planejamento e organização. O termo planejamento pode ser conceituado como a articulação de ações com vistas ao alcance de determinados objetivos; e o termo organização como a alocação de recursos e a estruturação para também alcançar os determinados objetivos<sup>2</sup>.

Quando pensamos em Processo de Enfermagem (PE), encontramos também o Planejamento de Enfermagem, só que, agora, nível micro, mais especificamente como uma das etapas do PE. Nesse momento, devemos determinar os resultados a serem alcançados e as ações a serem realizadas com base nos Diagnósticos de Enfermagem (DE) anteriormente definidos<sup>1</sup>.

De acordo com a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE, o Planejamento de Enfermagem trata da determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas em face das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de DE<sup>3</sup>.

O planejamento da assistência é a determinação de Resultados Esperados (RE) que desejamos alcançar e das intervenções ou ações que serão realizadas em detrimento do DE, discernido pelo enfermeiro. Os resultados podem ser mensuráveis e refletem um estado de percepção do paciente, família ou comunidade, que deve ser avaliado após uma sequência de intervenções de enfermagem<sup>4,5</sup>.

A Classificação de Resultados em Enfermagem (NOC) aponta que a avaliação do resultado seja realizada através de escala tipo Likert de 5 pontos, que fornece um número adequado de opções para determinar a variação do estado descrito, onde 5 é o melhor resultado. Ao determinar uma classificação na escala antes das intervenções de enfermagem, o enfermeiro está mensurando o impacto de suas ações por meio de controle de resultados. O RE significa o nível de mudança alcançado no estado de saúde do paciente<sup>4,5</sup>.

Ao se avaliar os resultados alcançados, evidencia-se a contribuição da enfermagem para a promoção, tratamento e reabilitação da saúde e prevenção dos agravos. O RE deve ser estabelecido para condições de saúde que o paciente possa alcançar, e dentro da realidade da equipe. Esse é o início para a escolha e implementação de intervenções seguras e eficientes para chegar ao objetivo estabelecido<sup>5,6</sup>. Alguns resultados podem ser estabelecidos em zero, o que significa que o enfermeiro não espera mudança no estado de saúde do paciente. São situações em que a resposta no estado de saúde não é modificável, como nos pacientes idosos, paliativos ou em estado de saúde críticos<sup>5</sup>.

Ao determinar o RE, o enfermeiro deverá usar o pensamento crítico, fundamentado em evidências científicas para determinar o tempo necessário para alcançá-lo. Assim, deverão ser considerados três pressupostos: direcionar suas intervenções para alcançar os resultados determinados, determinar a avaliação das ações implementadas, incentivo para equipe de enfermagem e estímulo para o paciente<sup>4,7</sup>.

Após a coleta de dados e elaboração dos diagnósticos de enfermagem, damos início ao planejamento de enfermagem, que constitui a terceira etapa do PE, momento no qual determinamos quais intervenções de enfermagem realizaremos, considerando os diagnósticos elaborados, e delimitamos o provável desenvolvimento futuro/resultado esperado dessas intervenções; ou seja, determinamos quais ações serão desempenhadas, e quais objetivos esperamos alcançar <sup>4</sup>.

O planejamento permite realizar uma avaliação global da situação com o objetivo de estabelecer prioridades nas ações

realizadas pelo enfermeiro. É uma abordagem que visa à solução de problemas através dos cuidados de enfermagem<sup>4</sup>.

Se, por um lado, o planejamento é a determinação da mudança que deverá ser realizada no contexto, pelo estabelecimento de metas para alcance do objetivo final, por outro, a prescrição de enfermagem vai coordenar todas as ações determinadas que a equipe de enfermagem irá realizar para o alcance das metas previamente estabelecidas<sup>4</sup>.

Dentro do planejamento, a definição de prioridades dos diagnósticos de enfermagem é essencial para a prestação de um cuidado responsável e eficiente. O componente fundamental na fase de planejamento, são os resultados esperados. Eles subsidiam as ações e o momento em que deverão ser executadas, a fim de estabelecer a recuperação do cliente<sup>5</sup>.

As intervenções prescritas devem considerar os fatores relacionados e as características definidoras de cada diagnóstico, pois o foco das mesmas deve ser reverter os fatores etiológicos associados aos diagnósticos e solucionar os sinais e sintomas.

Os resultados esperados devem representar condições favoráveis passíveis de serem alcançadas ou mantidas por meio das intervenções prescritas; devem, ainda, considerar a reação humana identificada no enunciado do diagnóstico, ser centrados no paciente, e não no profissional, ser claros e objetivos, descrever um comportamento mensurável e ser atingíveis, considerando os recursos disponíveis e o tempo estabelecido<sup>6,7</sup>.

Como exemplo, retomemos o caso clínico citado nos capítulos 4 e 5.

**1. Diagnóstico de enfermagem:** Risco de choque (circulatório – hipovolêmico) associado à hipotensão (100x56 mmHg) e hipovolemia (melena e episódio recente de hematêmese).

**Resultados esperados:** Manter a estabilidade e/ou identificar precocemente alterações hemodinâmicas.

**Intervenções:** Realizar escuta ativa, avaliar exames laboratoriais, comunicar equipe médica, administrar medicações prescritas.

**2. Diagnóstico de enfermagem:** Integridade tissular prejudicada, relacionada à agente químico lesivo (álcool e crack) e estado nutricional desequilibrado (incapaz de satisfazer suas necessidades nutricionais por falta de poder aquisitivo), caracterizado por dano tecidual (evidenciado por tomografia computadorizada de abdome total com contraste, endoscopia digestiva alta), dor aguda e sangramento (evidenciado por melena, episódios recentes de hematêmese e albumina, globulina, hemácias, hemoglobina, hematócrito, CHCM e RDW abaixo dos valores de referência).

**Resultados esperados:** Diminuir a agressão à área de solução de continuidade tissular (úlceras).

**Intervenções:** Identificar uso prolongado de álcool e outras drogas, identificar motivação e representação social do uso da droga, orientar para manter decúbito lateral esquerdo, sempre que possível e, principalmente, quando sentir náusea, orientar a comunicar a equipe sempre que houver novas eliminações intestinais ou episódios de hematêmese.

**3. Diagnóstico de enfermagem:** Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (desfavorecida economicamente e no momento da coleta em prescrição médica de dieta oral zero), relacionada à ingestão alimentar insuficiente, caracterizado por ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (relato de situação de rua, ingestão de alimentos encontrados no lixo, perda ativa de sangue via melena, exames laboratoriais alterados – albumina, globulina, hemácias, hemoglobina, hematócrito, Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média (CHCM) e Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) abaixo dos valores de referência –, achados do exame físico – emagrecimento, mucosas hipocoradas, ruídos hidroaéreos hiperativos e percussão abdominal timpânica).

**Resultados esperados:** Garantir atendimento das demandas metabólicas e promover conforto.

**Intervenções:** Administrar vitaminas prescritas, monitorar estado nutricional.

**4. Diagnóstico de enfermagem:** Manutenção ineficaz da saúde, relacionada a estratégias de enfrentamento ineficazes e recursos insuficientes (pessoa em situação de rua, desempregada, nutrição inadequada), caracterizada por apoio social insuficiente (não recebe auxílio familiar, nem governamental) e incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde (falta de higiene, desnutrição, uso abusivo de álcool e outras drogas).

**Resultados esperados:** Identificar o estado do processo saúde-doença da paciente, incluindo aspectos biopsicossocioculturais; favorecer a criação de vínculo com a paciente; verificar fragilidades e potencialidades da rede de apoio; identificar estratégias de enfrentamento utilizadas pela paciente.

**Intervenções:** Realizar banho no leito, identificar estratégias de enfrentamento, avaliar sinais de abstinência de substâncias aditivas.

**5. Diagnóstico de enfermagem:** Processos familiares disfuncionais (desfavorecida economicamente), relacionado a abuso de substâncias, caracterizado por abandono, desconfiança, deterioração nos relacionamentos familiares e rompimento de papéis na família (relato de situação de rua, pedido de contato com a família, relato de que a família se afastou desde que ela negou internação em clínica de reabilitação),

**Resultados esperados:** Fortalecer rede de apoio.

**Intervenções:** Realizar escuta ativa, identificar fatores relacionados ao abandono familiar, solicitar apoio da equipe de assistência social no contato à família.

No momento do planejamento, utilizou-se a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I). A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) pode ser utilizada para traçar as ações e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) pode ser utilizada para estabelecer o resultado pretendido.

O uso da tríade de taxonomias NANDA-NIC-NOC é recorrente na prática da enfermagem. Consideramos o PE como um processo metodológico que operacionaliza e sistematiza a assistência de enfermagem; entretanto, esse método, caso desprovido de referenciais teóricos, impossibilita a detecção de problemas, e torna imprecisas a elaboração de diagnósticos e a avaliação dos resultados. Nesse sentido, as taxonomias surgem como o referencial teórico que embasa o PE e dá sustentação à prática da enfermagem. Além da clássica tríade supracitada, vale ressaltar que há outras taxonomias ganhando evidência, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A NIC compila, sistematiza e padroniza todas as intervenções utilizadas por enfermeiros, tendo como base as pesquisas publicadas; já a NOC fornece uma classificação dos resultados de paciente, que são potencialmente influenciados por todas as disciplinas de assistência de saúde, apesar de enfatizar resultados que sejam mais responsivos às intervenções de enfermagem.

O objetivo dessas taxonomias é a criação de uma linguagem comum e padronizada para a enfermagem. Nesse sentido, atualmente as intervenções da NIC estão vinculadas aos diagnósticos da NANDA-I e aos resultados da NOC. Para facilitar ainda mais o uso, existe a publicação Ligações NANDA NIC-NOC, que fornece, de maneira direta e simplificada, as ligações existentes entre as três taxonomias.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Educação (Brasil). Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: CNE/CES; 2001 [Acesso em 28 ago 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
2. Leal LA, Soares MI, Silva BR, Bernardes A, Camelo SHH. Clinical and management skills for hospital nurses: perspective of nursing university students. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1514-21. [Thematic Issue: Education and teaching in Nursing].<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0452>
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009 [acesso em 24 ago 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html)
4. Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
6. George JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4th ed. e atual. Porto Alegre: Artmed; 2000. 355 p.
7. Barros KM. Processo de Enfermagem: fundamentos e discussão de casos Clínicos. Rio de Janeiro: Artmed; 2017.



# Capítulo VII



## **Implementação das ações e intervenções de enfermagem – quarta etapa do processo de enfermagem**

**Luana Nunes Lima<sup>24</sup>**

**Lúcia Helena Bueno da Fonseca<sup>25</sup>**

**Wallace dos Santos Braga<sup>26</sup>**

**Giovanna Angélica Sousa Santana<sup>27</sup>**

**Resumo:** A implementação da assistência de enfermagem, quarta etapa do processo de enfermagem, consiste na execução do planejamento e tem como meta o resultado esperado. Essa etapa mostra o impacto da enfermagem no sistema de saúde, as habilidades, o planejamento de insumos, o quantitativo de pessoal e redução de glosas. A deficiência dela compromete a segurança do paciente, a qualidade no atendimento, não define o papel do enfermeiro e a identidade profissional. A prescrição de enfermagem deve interligar-se ao planejamento, ser objetiva, completa, com inclusão das descrições: onde, quando, frequência, duração e quem executa.

**Palavras-chave:** Planejamento. Prescrição de enfermagem. Intervenções de enfermagem.

---

<sup>24</sup> Graduada em Enfermagem pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). luananlima@gmail.com

<sup>25</sup> Mestre. Docente da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). lucia-fons@gmail.com

<sup>26</sup> Discente em Enfermagem pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). wallace.bhraga@hotmail.com

<sup>27</sup> Discente de Enfermagem pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). gigi@wone.com.br

A quarta etapa do Processo de Enfermagem (PE) consiste na implementação do processo em si, referindo-se à execução propriamente dita dos cuidados de enfermagem. Ou seja, a implementação é a execução do planejamento que tem como meta o resultado esperado para, posteriormente, a avaliação do cuidado executado. Assim, um grupo de ações da enfermagem é designado de intervenção de enfermagem, que deverá compor um tratamento, baseado em evidências científicas e no julgamento clínico do enfermeiro para a obtenção dos resultados<sup>1,2</sup>.

Segundo a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), a implementação consiste na realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Logo, é nessa etapa que se materializam todas as outras, e o indivíduo, a família e/ou a comunidade, foco do PE, podem genuinamente perceber suas necessidades sendo atendidas, a promoção do bem-estar, a restauração da saúde e a facilitação do enfrentamento das atuais adversidades<sup>2</sup>.

Agora que já coletamos os dados (etapa I do PE), identificamos os diagnósticos (etapa II do PE) e planejamos a assistência (etapa III do PE), seguimos à implementação (etapa IV do PE), que implica qualidade à assistência de enfermagem ao sustentar cientificamente as ações/intervenções e a partir da interação contínua entre enfermeiro-indivíduo-equipe<sup>1-3</sup>.

Os cuidados de enfermagem têm o objetivo de refutar as necessidades levantadas pelo enfermeiro, atingir os resultados esperados e melhorar a qualidade de vida do paciente, os quais necessitam ser eficientes, seguros e compostos com foco no paciente. A equipe de enfermagem deve, nesse momento, (re)investigar as necessidades de saúde do paciente com o fim de detectar mudanças no seu estado de saúde, para que todas as ações/intervenções sejam efetivas e seguras<sup>4</sup>.

Do ponto de vista gerencial, as intervenções de enfermagem explicitam o impacto da enfermagem no sistema de saúde e de seu conhecimento prático, identificam os cuidados prestados, assessoram no planejamento de insumos e quantitativo de pessoal para a

assistência e reduz as glosas, impactando diretamente no financeiro institucional<sup>5</sup>.

A prescrição de enfermagem deve ser feita nessa etapa, sua escassez compromete a segurança do paciente, a qualidade no atendimento e a definição da identidade profissional do enfermeiro. A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/1986) determina que a prescrição de enfermagem deve ser elaborada privativamente por enfermeiros, o que é reafirmado pela Resolução Cofen nº 358/2009<sup>2,6</sup>.

Para favorecer o objetivo didático deste livro, optamos por deixar, neste capítulo, as normas gerais para a prescrição de enfermagem, esta entendida como o conjunto de cuidados de enfermagem determinado pelo enfermeiro capaz de operacionalizar a assistência de enfermagem ao objeto de cuidado, de forma individualizada e com duração limitada<sup>7</sup>.

A prescrição deve ser escrita com base no planejamento anteriormente realizado. As ações a serem realizadas devem estar escritas no modo infinitivo, seguidas da sua completa descrição que inclui quando, onde, a frequência, duração, a quem foram delegadas. Reiteramos que as prescrições devem ser objetivas e completas, de forma que não haja dúvidas à sua execução<sup>1,8</sup>.

Um fator importante a ser considerado é que a prescrição de enfermagem poderá ser realizada por um enfermeiro e executada por uma equipe de turno diferente. Precisamos entender que a assistência é contínua e a execução do plano de cuidado deverá ser devidamente organizada para estabelecer prioridades; por isso, uma maneira segura de garantir a assistência é a passagem de plantão<sup>9</sup>.

Outro ponto a ser colocado é que a prescrição executada pela equipe de auxiliares e técnicos, que devem participar da sua elaboração, deve ser supervisionada pelo enfermeiro que mantém a responsabilidade técnica da prescrição e execução. Uma equipe treinada em realizar assistência com bases científicas, técnicas e humanas terá maior chance de estabelecer vínculo de confiança, estabelecer assistência segura e proporcionar uma recuperação plena da saúde do paciente<sup>9,10</sup>.

Uma maneira de se viabilizar uma prescrição seria estabelecer padrões mínimos a serem seguidos, utilizando um sistema de informação, ferramenta essa que pode ser um avanço na assistência, visando facilitar sua manipulação pelo enfermeiro e pela equipe de auxiliares e técnicos. O enfermeiro deverá ter acesso irrestrito à ferramenta para torná-la individualizada, prioritária, com níveis de evidências científicas para a prescrição de enfermagem. A atenção do enfermeiro deve ser voltada para não tornar a ferramenta apenas burocrática e cuidados padronizados com ações mecanizadas<sup>11</sup>.

O enfermeiro pode, ainda, utilizar a *Nursing Intervention Classification* (NIC), traduzida para o português como Classificação das Intervenções de Enfermagem, que possui uma linguagem padronizada na descrição dos cuidados de enfermagem. O uso de linguagem padronizada permite um aumento do conhecimento das taxonomias estudadas (NANDA, NOC e NIC), para o ensino de estudante de enfermagem, a fim de definir custos da assistência de enfermagem, linguagem própria e articulação com outros sistemas de saúde<sup>1</sup>.

A seguir, apresentamos um exemplo de prescrição de enfermagem baseado no caso apresentado no capítulo 4 deste livro:

O QUE	COMO	QUANDO	ONDE	DURAÇÃO
AVALIAR E REGISTRAR SINAIS VITAIS	COM TERMÔMETRO, OXÍMETRO DE PULSO, ESTETOSCÓPIO E ESFIGMOMANÔMETRO	A CADA 04 HORAS; COMUNICAR AO ENFERMEIRO OS VALORES DE TEMPERATURA <36° E >37,8°c; PULSO < 50 BATIMENTOS POR MINUTO (BPM) e >100 BPM; INCURSÕES	NO LEITO DO PACIENTE	PELAS PRÓXIMAS 24 HORAS

		RESPIRATÓRIAS <12 INCURSÕES RESPIRATÓRIAS POR MINUTO (irpm) e >20 irpm; SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO <95; E PRESSÃO ARTERIAL <110x70mm hg ou > 130x80mmhg		
REALIZAR TROCA DE FRALDA E REGISTRAR EM PRONTUÁRIO (ASPECTO, COLORAÇÃO, ESTIMATIVA DA QUANTIDADE E FREQUÊNCIA)	LIMPAR A REGIÃO GENITURINÁRIA E ANAL COM GAZE OU ALGODÃO, ÁGUA Morna e SABÃO; SECAR ANTES DE COLOCAR NOVA FRALDA	A CADA 04 HORAS E SEMPRE QUE ESTIVER SUJA OU ÚMIDA; COMUNICAR ENFERMEIRO SE PRESENÇA DE SANGUE NAS ELIMINAÇÕES	NO LEITO DO PACIENTE	PELAS PRÓXIMAS 24 HORAS

TROCAR CURATIVO	LIMPAR A ÁREA COM COM CLOREXIDIN A DEGERMAN TE (A 2%)  E REMOVER A SOLUÇÃO COM SORO FISIOLÓGICO (SF) A 0,9% (SF 0,9%) (10 ML). REALIZAR O CURATIVO COM GAZE E FITA HIPOALERGÊNICA. ANOTAR, NO CURATIVO REALIZADO, A DATA DA PUNÇÃO, DO CURATIVO E ASSINAR.	A CADA 24 HORAS. CASO DETECTE SINAIS DE INFLAMAÇÃO COMO DOR, CALOR, RUBOR, EDEMA, OU DISFUNÇÃO ORGÂNICA, COMUNICAR AO ENFERMEIRO.	ACESSO VASCULAR PERIFÉRICO	PELAS PRÓXIMAS 24 HORAS
-----------------	--	---	----------------------------	-------------------------

Entendemos que o desafio de implementar a prescrição de enfermagem é grande, mas a busca pela identidade profissional do enfermeiro, e sua valorização nos serviços de saúde, traduz um esforço individual desse profissional. Somente com a SAE, o enfermeiro exercerá seu papel no serviço de saúde, na pesquisa e na educação.



## REFERÊNCIAS

1. Barros KM. Processo de Enfermagem: fundamentos e discussão de casos Clínicos. Rio de Janeiro: Artmed; 2017.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [acesso em 17 ago 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html)
3. Neves RS, Shimizu HE. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação e avaliação. Curitiba: Editora CRV; 2015.
4. Gutiérrez MGR, Morais SCR. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017;70(2):436-41. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>
5. Sousa BVN, Lima CFM, Félix NDC, Souza FO. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. J. nurs. health. 2020;10(2): e20102001.
6. Brasil. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 25 jun 1986.
7. Borges TAC, Sá RC, Neves MGC. Nursing care planning: proposal for implementatio of an administrative-care instrument. Com. Ciências Saúde. 2017 [acesso em 20 ago 2020];28(3/4):413-8. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/v28\\_3planejamento\\_assistencia\\_enfermagem.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v28_3planejamento_assistencia_enfermagem.pdf)
8. Riegel F, Junior NJO. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. Cogitare Enferm. 2017 Jan/mar; 22(4):01-05. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.45577>

9. Costa AC, Silva JV. Nurses' social representations of nursing care systematization. *Referência* 2018;(16):139-46.

<https://doi.org/10.12707/RIV17069>

10. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev. esc. enferm. USP*

[Internet]. 2018;52:e03375. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017028803375>

11. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care

management. *Esc Anna Nery* 2015;19(1):47-53. DOI: 10.5935/1414-8145.20150007

# Capítulo VIII



## **Avaliação de Enfermagem – quinta etapa do processo de enfermagem**

**Luana Nunes Lima<sup>28</sup>**

**Lúcia Helena Bueno da Fonseca<sup>29</sup>**

**Layla Lorene Sena Lobo<sup>30</sup>**

**Hellen Torres Coelho<sup>31</sup>**

**Resumo:** A avaliação de enfermagem se trata de um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença. Esta etapa avalia as mudanças no estado clínico do paciente e a sua ausência dificulta a abordagem adequada dos problemas enfrentados, a avaliação dos resultados obtidos, a instituição de medidas corretivas, a revisão de prescrições, além de acarretar em ausência de base jurídica para defesa do trabalho realizado e da assistência recebida pelo paciente.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem. Avaliação de Enfermagem. Registro.

---

<sup>28</sup> Graduada em Enfermagem pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). luananlima@gmail.com

<sup>29</sup> Mestre. Docente da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). lucia-fons@gmail.com

<sup>30</sup> Discente em Enfermagem pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). layla.lorene@sempreub.com

<sup>31</sup> Discente em Enfermagem pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). hellentorrescoelho@gmail.com

## **O que é a Avaliação de Enfermagem no contexto do PE?**

Chegamos à quinta e última etapa do Processo de Enfermagem (PE), a avaliação. Trata-se de um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença. É uma etapa recorrente do PE, que executamos após a realização das intervenções, com o objetivo de determinar se as ações de enfermagem obtiveram o resultado esperado. Ocorre a partir da revisão das outras quatro etapas e a estrutura deve contemplar bons recursos para se dar seguimento ao cuidado, recuperando o planejamento do cuidado definido anteriormente, bem como as informações relevantes que possam afetar as condições outrora analisadas<sup>1</sup>.

### ***O que o enfermeiro deve pensar no momento da etapa de avaliação de enfermagem utilizando o PE?***

*Na etapa da avaliação, o enfermeiro deve olhar para todo o processo do cuidado que foi organizado e implementado, avaliando os dados, diagnósticos e intervenções que foram implementados ao paciente e os resultados obtidos.*

A realização dessa etapa pelo enfermeiro deve ser subsidiada por um novo exame físico, por anotações, por respostas do paciente, por comunicações entre a equipe multidisciplinar e por resultados de exames, com a finalidade de serem adotadas as melhores estratégias de cuidado no período que sucede a sua ocorrência. Assim, o profissional tem embasamento para selecionar os cuidados a serem mantidos, os que serão modificados e aqueles que já podem ser encerrados, uma vez que os resultados esperados já foram alcançados<sup>2</sup>.

Por exemplo, durante a avaliação de um paciente com o diagnóstico de “Risco de choque (hipovolêmico) associado à hipotensão (100x56 mmHg) e hipovolemia (melena e episódio recente de hematemese)”, poderíamos alcançar o resultado esperado “Manter a estabilidade e/ou identificar precocemente alterações hemodinâmicas”. Mas, caso o paciente progredisse para quadro de choque (estágio compensatório), apresentando, por exemplo, aumento da FC e PA e redução da FR, uma intervenção de enfermagem a ser

realizada é “Iniciar reanimação hídrica com solução cristaloide de SF 0,9% em acesso venoso periférico de grosso calibre”.

***Desta forma, na etapa da avaliação o enfermeiro deve perguntar:***  
*Os dados coletados foram suficientes para inferir ou descartar as hipóteses diagnósticas?*  
*Os diagnósticos de enfermagem foram resolvidos ou estão mantidos?*  
*Os resultados para os diagnósticos foram alcançados ou não?*  
*As intervenções de enfermagem foram implementadas com sucesso, ou não?*

Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem deveria ser mais notório na prática profissional. Uma vez que sempre podem aparecer novos dados, há a necessidade de rever e reformular o plano de cuidados regularmente. Todavia, apesar de os enfermeiros valorizarem a atualização do plano de cuidados, nem sempre a fazem, seja por falta de sensibilidade dos profissionais, seja pela ideia de que a condição de saúde do cliente é estática<sup>3</sup>.

***Eis, uma questão importante para a reflexão do enfermeiro durante a etapa de avaliação no PE:***  
*Qual foi o impacto do plano de cuidados que foi implementado pelo enfermeiro para as mudanças da situação clínica do paciente?*

Partindo do pressuposto de que a etapa de avaliação consiste em oportunidade para reiniciar o PE, reiteramos que existem os dados que o cliente transmite; no entanto, há contextos em que o referido é pouco confiável, sendo importante a contribuição da família. Além do cliente e família, os dados importantes para subsidiar a tomada e a (re)tomada de decisão em enfermagem também podem estar disponíveis no processo clínico, podendo, simultaneamente, contar com dados transmitidos pela equipe multidisciplinar<sup>3</sup>. Assim, notamos que o enfermeiro deve recorrer ao maior número possível de fontes que irão contribuir para detecção das necessidades de cuidado do cliente.

*Na etapa de avaliação, o enfermeiro precisa refletir sobre todas as outras etapas do PE, devendo retornar a cada uma delas para buscar novas informações que possam reorganizar o processo de cuidar do paciente.*

Por ser membro de uma equipe, o enfermeiro não trabalha isoladamente, nem tampouco toma decisões fora do contexto assistencial em que os pacientes se encontram. Os enfermeiros são profissionais autônomos e, no âmbito dessa autonomia, há a relativização dessa prática, que existe por esse profissional agir como figura de ligação na equipe multidisciplinar, dialogando constantemente com todos os demais profissionais, já que é o único profissional presente continuamente com os pacientes. Ainda, como os demais profissionais, precisa ser resolutivo<sup>4</sup>.

*O PE deve ser considerado um importante instrumento de trabalho e comunicação com os profissionais da saúde, onde a equipe de enfermagem tem um papel central na organização e implementação de cuidados de saúde ao paciente.*

Ao considerarmos a documentação de quatro fases do PE (levantamento de dados, diagnósticos, prescrição e evolução), observamos que o levantamento de dados (exame físico e entrevista), procedimento que permite obter as informações para identificar as alterações do paciente que necessita da atenção do enfermeiro, costuma ser uma das fases menos documentadas, juntamente com os diagnósticos. A ausência da realização dessa etapa pelo enfermeiro dificulta a abordagem adequada dos problemas enfrentados pelo paciente e a avaliação dos resultados obtidos com as intervenções prescritas/realizadas. A falta desse registro dificulta as avaliações subsequentes, a permanência ou exclusão de diagnósticos, alterações da prescrição e evolução de enfermagem<sup>5</sup>.

*O PE é dinâmico, com etapas interdependentes e relacionadas entre si, fazer diagnóstico de enfermagem depende de uma coleta de dados adequada. Assim, iniciar o PE com coleta de dados permite caminhar em todo o processo até chegar na última etapa, que é a avaliação.*

A ausência de registros ou registros inadequados podem resultar em descontinuidade da assistência, avaliação inadequada das alterações da condição clínica do paciente, julgamento impreciso dos



resultados obtidos e inexistência de base jurídica consistente para defesa quanto ao trabalho realizado pela equipe de enfermagem ou o cuidado recebido pelo paciente. Se os enfermeiros não reconhecem que têm um papel clínico junto aos usuários dos serviços de saúde, não haverá preparo que consiga diminuir a resistência ao uso do PE ou políticas institucionais capazes de incorporar modelos de assistência compatíveis com seu uso<sup>5</sup>.

*Dados observados, coletados e registrados sobre a condição de saúde de uma pessoa pela equipe de saúde contribuem para a etapa de avaliação de enfermagem no sentido de ver o que foi documentado sobre este cuidado e o que pode ser alterado ou mesmo mantido.*

Vale lembrar que, para a correta construção de um PE, é necessário reconhecer alguns fatores capazes de interferir nessa elaboração, como o conhecimento, por parte da equipe de enfermagem, acerca da legislação, e as dificuldades com a operacionalização, entre outros fatores que exigiram mudanças comportamentais da equipe de enfermagem. A forma de se pensar e executar o cuidado pode impor modificações na maneira de registrar os dados do paciente. Junto a isso, a capacitação dos enfermeiros a respeito da aplicação teórica e prática do PE demanda esforços, além do intenso envolvimento por parte dos profissionais e comprometimento com o estudo das etapas que compõem o PE, incluindo a etapa de avaliação<sup>6</sup>.

Finalmente, destacamos que a dificuldade de reconhecimento do corpo de conhecimento próprio da enfermagem fomenta o desejo de conhecer sua verdadeira natureza e construir sua identidade. Assim, reiteramos que a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do PE direcionam uma assistência voltada para as necessidades singulares, assim como documenta as ações de enfermagem de forma organizada<sup>4</sup>. Além de organizar o processo de trabalho, a implementação do PE vem fortalecendo e instituindo maior autonomia entre os profissionais. O enfermeiro precisa assumir mais a sua essência enquanto profissão autônoma e exercer um cuidado pautado em conhecimentos científicos, que possibilitem mostrar as responsabilidades e potencialidades da enfermagem<sup>6</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009 [acesso em 26 out 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html)
2. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2012.
3. Ribeiro OMPL, Martins MMFPS, Tronchin DMR, Forte ECN. Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018;39: e2017-0174. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
4. Benedet SA, Padilha MI, Peres MAA, Bellaguarda MLR. Características essenciais de uma profissão: análise histórica com foco no processo de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2020;54:e03561. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018047303561>
5. Azevedo OA, Guedes ES, Araújo SAN, Maia MM, Cruz DALM. Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2019;53:e03471. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018003703471>
6. Adamy EK, Zocche DAA, Almeida MA. Contribuição do processo de enfermagem para construção identitária dos profissionais de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020;41(spe):e20190143. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>.

# Capítulo IX



## **Sistemas de classificação/linguagens padronizadas de Enfermagem**

**Polyanne Aparecida Alves Moita Vieira<sup>32</sup>**

**Nuno Damácio de Carvalho Félix<sup>33</sup>**

**Resumo:** O ser humano está a todo o momento se comunicando, e todo processo comunicativo, para ser efetivo, necessita de uma linguagem adequada. Uma linguagem de especialidade se refere a uma linguagem voltada para uma comunidade técnico-científica, como é o caso da linguagem específica da enfermagem. Este capítulo propõe conceituar e relacionar terminologias, taxonomias, ontologias e sistemas de classificação/linguagem padronizada da enfermagem, tendo em vista a importância desse entendimento para a aplicabilidade no processo de enfermagem e raciocínio clínico do enfermeiro.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Terminologia padronizada em enfermagem. Processo de enfermagem.

---

<sup>32</sup> Mestre pela Universidade de São Paulo (USP), na linha de gestão em Serviços de Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: polymoita@gmail.com

<sup>33</sup> Mestre e Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto II do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). E-mail: nunofelix@ufrb.edu.br

## **Introdução sobre as linguagens especializadas**

O ser humano está a todo o momento se comunicando, e todo processo comunicativo, para ser efetivo, necessita de uma linguagem adequada<sup>1</sup>. A comunicação de uma disciplina/profissão com a sociedade, entre si ou outros membros de determinada área, perpassa pela questão de como os conhecimentos estão organizados<sup>1</sup>, estando em contínuo processo de evolução, expressos por conceitos/termos que representam os fenômenos relevantes<sup>2</sup>.

Em textos técnico-científicos, os termos utilizados em sua elaboração são os primeiros traços que nos chamam a atenção, pois revelam a linguagem de especialidade, ou seja, a linguagem própria da área de conhecimento em que foi escrito. Embora a linguagem de especialidade partilhe os aspectos morfológicos, sintáticos e semânticos da língua geral, o que a distingue dessa última é a seleção lexical, razão pela qual os termos nela inclusos se constituem em sua característica mais evidente<sup>3</sup>.

A partir dessa compressão, aprofundamos no entendimento de que existe uma linguagem geral, empregada por todos os membros de uma comunidade, e uma linguagem de especialidade, que se trata de uma linguagem voltada para uma comunidade técnico-científica, como a linguagem específica da enfermagem<sup>4</sup>.

Entretanto, é importante destacar que muitos conceitos/termos são amplamente utilizados e outros novos identificados, porém, esses podem não ser válidos para a clínica. Expressam-se como conceitos técnico-científicos, mas é preciso estruturá-los de acordo com a utilidade e a caracterização científica no contexto da enfermagem, possibilitando a padronização da linguagem profissional<sup>2</sup>.

Observa-se que a linguagem de especialidade restringe as possibilidades para o emprego de termos e conceitos e tem por objetivo a construção de signos monossêmicos, ou seja, com apenas um significado. Outra característica de qualquer linguagem de especialidade é se referir a um domínio. Significa dizer que as linguagens de especialidade não costumam versar sobre todas as coisas existentes no universo, cobrindo apenas os fenômenos estabelecidos pela comunidade

de especialistas como de relevância para as atividades técnicas ou científicas<sup>4</sup>. Por outro lado, promove o avanço do conhecimento da disciplina.

Desde a década de 1970, a literatura tem apontado as contribuições que as linguagens especializadas podem agregar na construção do conhecimento da disciplina, no raciocínio e na prática clínica de enfermagem<sup>1</sup>. De acordo com as suas relações, as linguagens de especialidade podem ser agrupadas em taxonomias, ontologias, classificações, terminologias e ontologias computacionais<sup>4</sup>. Portanto, esses termos possuem conceitos diferentes e a compreensão dessas diferenças é importante no que diz respeito à aplicação da linguagem de especialidade no ensino, na pesquisa e na nossa prática clínica da enfermagem.

É necessário entender a definição de terminologia para, dessa forma, partir para as ramificações. As terminologias são linguagens de especialidade que reúnem os termos empregados em uma área técnica ou científica e preocupam-se com a descrição dos objetos em suas especificidades. As terminologias trabalham com o tripé “termo, conceito, objeto” de forma mais consistente, pois não priorizam descrever esses objetos com precisão<sup>4</sup>.

Terminologia é, nesse sentido, denominada como o instrumento linguístico em que os termos possuem seus respectivos conceitos<sup>4</sup>. O conjunto de termos empregados por uma área especializada delimita, circunscreve, indica quais são os fenômenos que estão no domínio de conhecimento dessa área específica<sup>5</sup>.

Em taxonomias, os objetos são organizados por relações lógicas de gênero e suas respectivas espécies<sup>4</sup>. Um exemplo, citado pela NANDA-I<sup>34</sup>, é a taxonomia biológica atual originária de Carl Linnaeus. Considerado o “pai da taxonomia moderna”, Linnaeus (também conhecido como Carolus Linnaeus, Carl von Linné e Carlos Lineu), identificou inicialmente três reinos (animal, vegetal e mineral), que foram divididos em classes, ordens, famílias, gêneros e espécies<sup>6</sup>.

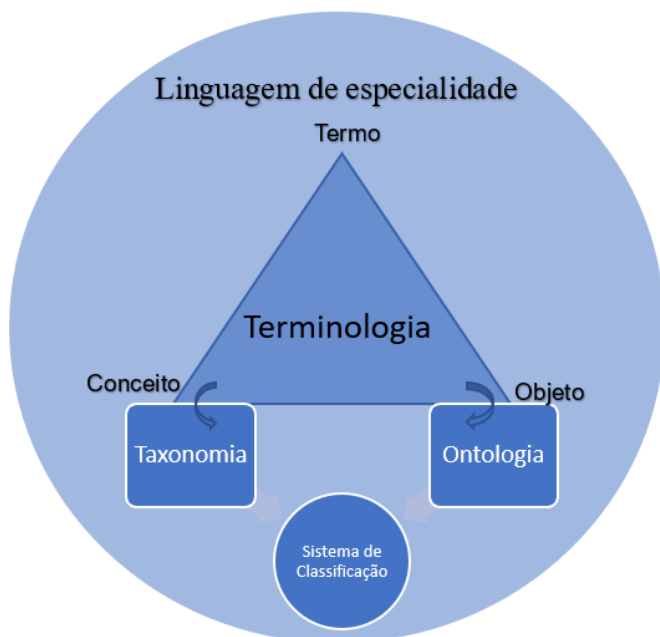
---

<sup>34</sup> Desde 2002, a NANDA Internacional, Inc (NANDA-I) tornou-se uma organização profissional responsável por categorizar e padronizar o diagnóstico de enfermagem em nível global.

Uma taxonomia é uma forma de classificar ou ordenar coisas em categorias. Pode-se comparar uma taxonomia a um gaveteiro para arquivo, pois, em uma gaveta (domínio), você pode guardar todas as informações que possui em relação às suas contas/dívidas. Nessa gaveta, podem ser guardadas pastas individualizadas (classes) para tipos diferentes de contas/dívidas. Em cada uma das pastas (classe), você teria contas individualizadas, representativas de cada tipo de dívida (diagnóstico de enfermagem)<sup>6</sup>.

No caso de ontologias, os objetos são organizados segundo suas partes, ou seja, priorizam a relação ontológica de todo e parte. E no conceito de classificação, buscam-se reunir relações lógicas (gênero e espécie) e ontológicas (todo e parte)<sup>4</sup>. Dessa forma, para uma melhor compreensão da relação dos conceitos supracitados, propõe-se a seguinte Figura 1 esquemática:

**Figura 1.** Reprodução esquemática a respeito dos conceitos propostos por Garcia<sup>4</sup>.



Fonte: Adaptado pelos autores.



O uso informado, criterioso e legítimo dos sistemas de classificação requer que a ênfase seja depositada no seu verdadeiro propósito, que é o de nomear os fenômenos de interesse da disciplina de enfermagem<sup>1</sup>. Para tal, é preciso identificar os termos que refletem os fenômenos da enfermagem referentes a especialidades.

Apresentam-se na literatura linguagens especializadas de enfermagem para variados grupos de cuidado, como idosos comunitários<sup>7</sup>, mulheres idosas com HIV/aids<sup>8</sup>, pessoas com ostomias<sup>9</sup> e com síndrome metabólica<sup>2</sup>, com escassez de estudos relacionados a outras especialidades ou áreas prioritárias nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Os sistemas de classificação na enfermagem são comumente tratados pelas mais diversas referências como linguagem de enfermagem padronizada, e são conhecimentos estruturados nos quais os elementos de uma disciplina são organizados com base em suas semelhanças<sup>6</sup>.

Uma linguagem de enfermagem padronizada é um conjunto de termos compreendidos por todos, usados para descrever os julgamentos clínicos envolvidos em avaliações (diagnósticos de enfermagem), além de intervenções e resultados relativos à documentação dos cuidados de enfermagem<sup>6</sup>.

### **Sistemas de classificação da enfermagem**

O entendimento de sistemas de classificação em enfermagem foi inicialmente mencionado em 1860, quando Florence Nightingale apresentou uma proposta de uniformização da estatística hospitalar no 4º Congresso Internacional de Estatística, em Londres<sup>10</sup>.

A enfermeira Faye Glenn Abdellah, em 1960, descreveu o primeiro sistema de classificação, que identificava 21 problemas clínicos de pacientes sob os cuidados de enfermagem; de forma contemporânea, a teórica Virginia Henderson, em 1966, apontou uma lista com 14 necessidades humanas básicas, para as quais foram descritos cuidados que não dependiam do diagnóstico e nem do tratamento médico<sup>11-13</sup>. Nesse sentido de construção histórica, as teóricas Abdellah e Henderson são consideradas precursoras dos sistemas de classificação em enfermagem.

Em 1973, um grupo de enfermeiras norte-americanas identificou a importância de desenvolver uma terminologia que descrevesse os problemas de saúde diagnosticados por enfermeiros. Desse reconhecimento, originou-se a I Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de enfermagem, na *Saint Louis University School of Nursing*, e, a partir desse encontro, surgiu o *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis*<sup>13,14</sup>.

A NANDA-I se originou nesse contexto histórico, e foi fundada em 1982, sendo a primeira classificação de diagnósticos de enfermagem<sup>2</sup>. Atualmente, a *American Nurses Association* (ANA) reconhece 12 linguagens padronizadas para a enfermagem<sup>6</sup>, dentre essas: dois conjuntos de dados mínimos, duas terminologias de referência e oito interfaces de terminologias para facilitar a documentação de cuidados de enfermagem e interoperabilidade de dados de enfermagem entre vários conceitos e nomenclaturas dentro de sistemas de tecnologia da informação.

No Brasil e no mundo, as linguagens mais conhecidas e utilizadas são: Classificação Diagnóstica da NANDA-I, Classificação das Intervenções de Enfermagem NIC (*Nursing Intervention Classification*), Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC (*Nursing Outcome Classification*) e a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)<sup>15,16</sup>. O Quadro 1 representa um sumário das 12 linguagens padronizadas reconhecidas pela ANA.

**Quadro 1.** Sumário das linguagens padronizadas de enfermagem reconhecidas pela ANA.

<b>Linguagem padronizada de enfermagem</b>	<b>Data original de publicação</b>	<b>Escala de publicação</b>
SNOMED Clinical Terms (SNOMED CT)	SNOMED (1975) SNOMED II (1979) SNOMED CT (2002)	Duas vezes ao ano: janeiro e julho
Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)	1994	Duas vezes ao ano: dezembro e junho

<b>Linguagem padronizada de enfermagem</b>	<b>Data original de publicação</b>	<b>Escala de publicação</b>
Alternative Billing Concepts (ABC) Codes	2000	Escala baseada nas pesquisas de avaliação
Clinical Care Classification (CCC) System	1991	Conselho Consultivo Científico do Sistema CCC Nacional: reúne-se anualmente.
International Classification for Nursing Practice (ICNP)	Versão alfa-1996	Lançado em maio ou junho do segundo ano
NANDA International (NANDA-I)	1973	A cada 3 anos
Nursing Interventions Classification System (NIC)	1992	A cada 5 anos
Nursing Outcomes Classification (NOC)	1997	A cada 5 anos
Omaha System	1975	Revisada a cada 2 anos
Perioperative Nursing Data Set (PNDS)	1999	A cada 5 anos
Nursing Minimum Data Set (NMDS)	1983	Não se aplica
Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS)	1996/1997	Não se aplica

Fonte: Standard Nursing Terminologies: A Landscape Analysis<sup>17</sup>.

Nota-se, portanto, que existem diferentes sistemas de classificação/linguagens padronizadas na enfermagem, os quais não classificam apenas diagnósticos de enfermagem. Existem Sistemas de Classificação que produzem essa linguagem padronizada também para intervenções de enfermagem (NIC), outros para resultados (NOC), e há a

CIPE®, que é um sistema que possui a classificação tanto para diagnósticos, quanto para intervenções e resultados. Essas linguagens serão detalhadas em capítulos específicos deste livro.

As linguagens padronizadas, mais do que proporcionar um método claro para a documentação, fornecem orientação e apoio para o enfermeiro em seu raciocínio clínico e nomeiam os fenômenos de interesse da disciplina de enfermagem. Todo enfermeiro sabe a definição de infarto do miocárdio e como ele é diagnosticado (sinais/sintomas) - mas esse é um diagnóstico médico. Todo enfermeiro deve saber a definição de troca de gases prejudicada e como ela é diagnosticada (sinais/sintomas) - um diagnóstico de enfermagem<sup>1</sup>.

A utilização de uma linguagem padronizada e uniforme na enfermagem direciona o olhar para a identificação dos problemas de enfermagem, e contribui com a escolha de resultados esperados e intervenções mais adequadas a cada caso e contexto, além de facilitar a comunicação e permitir a representação do nosso corpo clínico<sup>13,18</sup>. Nesse sentido, é imperativo que os enfermeiros conheçam e apliquem as linguagens padronizadas, com o objetivo de facilitar o raciocínio clínico do processo de enfermagem e de se comunicar com precisão.

O uso de sistemas de classificação proporciona avanço no conhecimento de especialidades da profissão, colaborando para uniformização da linguagem profissional e desenvolvimento da ciência da enfermagem, fortalecendo a relevância das ações de enfermagem. Tem-se o estímulo ao pensamento crítico e ao raciocínio clínico por meio do uso dos conceitos para identificação dos fenômenos, com potencial para incrementar sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) com indicadores do cuidado de enfermagem<sup>2</sup>.

É preciso garantir a compreensão e o reconhecimento intersubjetivo do significado dos conceitos incluídos na linguagem profissional, pois elevam seu potencial de aplicabilidade prática, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência, assumindo um papel fundamental na criação e organização do conhecimento, na conformação do domínio de conhecimento e na visibilização da prática da enfermagem. Imprescindível, pois, atentar para a sua evolução e aplicar esse conhecimento em nossa prática cotidiana<sup>5</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2013;66(spe):134-41. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>
2. Félix NDC, Nascimento MNR, Ramos NM, Oliveira CJ, Nóbrega MML. Terminologia especializada de enfermagem para o cuidado de pessoas com síndrome metabólica. *Esc. Anna Nery.* 2020;24(3):e20190345. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0345>
3. Maciel AMB. Terminologia, linguagem de especialidade e dicionários. In: Krieger MG, Maciel AMB, editores. *Temas de terminologia.* Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2001. p. 39-46.
4. Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE(R): Versão 2019-2020. Porto Alegre: Artmed; 2019. 723 p.
5. Garcia TR. Linguagem profissional e domínio da enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2019;28:e20190102. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0001-0002>
6. Nanda International. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020.* Trad. de Garcez RM. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 459 p.
7. Clares JWB, Nóbrega MML, Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC. Bank of terms for clinical nursing practice with community elderly. *Rev. Eletr. Enf.* 2016;18:e1167. DOI: 10.5216/ree.v18.37759
8. Siqueira MCF, Bittencourt GKGD, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Term base for nursing practices with elderly women with HIV/AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(1):28-34. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.46671>
9. Carvalho CMG, Cubas MR, Nóbrega MML. Terms of the specialized nursing language for the care of stomates. *Rev Bras Enferm.*

2017;70(3):461-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0058>

10. Gordon M. Nursing nomenclature and classification system development. *Online J Issues Nurs.* 1998;3(2).

11. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para a enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

12. Abdellah FG et al. Patient-centered approaches to nursing. New York: Macmillan, 1960. 205 p.

13. Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

14. Cruz DALM. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definições. *Rev. Paul. Enfermagem.* 1994;13(1):3-7.

15. McCloskey JC, Bulechek GM. NIC: Classificação das intervenções de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2020.

16. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. NOC: Classificação dos resultados de enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2020. 712 p.

17. Standard Nursing Terminologies: A Landscape Analysis. Washington, D.C.: Office of the National Coordinator for Health Information Technology; 2017.

18. Barros ALBL; Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015. 113 p.

# Capítulo X





## **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem utilizando a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®)**

**Tânia Mara Nascimento de Miranda Engler<sup>35</sup>**

**Walkyria Maria Vieira da Silva<sup>36</sup>**

**Nuno Damácio de Carvalho Félix<sup>37</sup>**

**Resumo:** Neste capítulo serão abordados aspectos históricos de relevância da Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®), orientações para a sua utilização, importância das teorias de enfermagem no contexto da classificação e, por fim, a apresentação de um caso clínico hipotético de um paciente com sequelas de traumatismo cranioencefálico em programa de reabilitação. Objetiva-se exemplificar, na prática, o raciocínio clínico do enfermeiro guiado pelo processo de enfermagem para a construção do plano de cuidado.

**Palavras-Chave:** Conselho Internacional de Enfermagem. Vocabulário Controlado. Classificação. Enfermagem.

---

<sup>35</sup> Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasil. E-mail: taniamaraengler@gmail.com

<sup>36</sup> Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB). Enfermeira do Programa de Alto Risco da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasil. E-mail: walkyria2vieira@gmail.com

<sup>37</sup> Mestre e Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto II do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). E-mail: nunofelix@ufrb.edu.br

## **Breve histórico da CIPE®**

A profissão de enfermagem, ao longo da sua história, aponta para a crescente e necessária organização dos serviços, repensando uma prática essencialmente executiva em orientada por uma lógica que permita uma atuação crítica, científica e ética, e que se torne sensível às necessidades individuais. No sentido de sistematizar o trabalho da enfermagem, deve-se considerar aspectos como as normas que regulamentam o exercício profissional, a padronização de procedimentos, os protocolos operacionais, os planos de cuidados e o processo de enfermagem (PE) <sup>1</sup>.

Os enfermeiros que aplicam o raciocínio crítico e clínico são capazes de construir diagnósticos acurados e intervenções assertivas com o propósito de alcance de resultados. Assim, os planos de cuidados surgem do conjunto organizado desses elementos que, além de baseados em evidências, devem ser individualizados e sistematizados, considerando as etapas do PE.

O termo diagnóstico, presente na literatura desde 1950, faz parte de um conjunto de elementos da prática profissional considerado inseparável do PE, definido como julgamento sobre necessidades humanas específicas e fenômenos de interesse para enfermagem<sup>1-3</sup>. Dentre esses elementos, considera-se também as intervenções e os resultados esperados. As intervenções descrevem as ações realizadas pela enfermagem para alcançar resultados de enfermagem, pelos quais se é legalmente responsável<sup>4</sup>.

Partindo da necessidade de padronização da linguagem para contribuir com um olhar assertivo no cuidado e facilitar a comunicação entre os enfermeiros de todas as partes do mundo e outros profissionais de saúde, a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®)<sup>1</sup> destaca-se, a se constitui um instrumento terminológico de abrangência internacional para a uniformização dos termos científicos utilizados pela Enfermagem<sup>5</sup>.

A CIPE® surge da necessidade apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a descrição da prática de enfermagem<sup>1</sup> de acordo com a norma ISO (International Organization for Standard)

18104 como modelo de terminologia de referência para a Enfermagem.

A CIPE® é um sistema de linguagem padronizada, amplo e complexo, que representa o domínio da prática da enfermagem no âmbito mundial, reconhecida como um marco unificador de todos os sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem). Compreendida, também, como uma tecnologia de informação por favorecer a coleta, armazenamento e análise de dados em variados cenários, linguagens e regiões, contribui para que a prática dos profissionais da Enfermagem seja eficaz e, sobretudo, se torne reconhecida pela sociedade e visível no conjunto de dados sobre saúde<sup>4</sup>. A mesma tem sido fortemente utilizada como um instrumento pedagógico para reflexão e o desenvolvimento de habilidades diagnósticas e como forma de qualificar a assistência<sup>6</sup>.

A terminologia fornece ao enfermeiro condições de elaboração do seu plano assistencial, por meio dos diagnósticos, resultados e intervenções. Essa terminologia foi planejada para ser parte integral da infraestrutura global de informação, provendo dados sobre as práticas e as políticas de atenção à saúde<sup>7</sup>.

Aponta-se a CIPE® como uma terminologia instrumental para a prática de Enfermagem, facilitando a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes. Por contemplar os fenômenos, as intervenções e os resultados de enfermagem como elementos primários de sua construção, representa uma linguagem comum para descrever mais fidedignamente a prática de enfermagem<sup>2</sup>.

O marco inicial da CIPE® ocorreu em 1989, quando o Conselho Nacional de Representantes do Conselho Internacional de Enfermeiras (CNR-CIE), durante o congresso quadrienal do conselho em Seul, na Coreia do Sul, aprovou uma resolução para o desenvolvimento de uma classificação dos elementos da prática profissional (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem), que tivesse alcance internacional. A aprovação dessa resolução acolhia os anseios de grupos de enfermeiros sobre a dificuldade para se nomear as situações ou problemas com que a enfermagem lidava em seu cotidiano, por falta de um sistema de linguagem padronizada e sobre as dificuldades para

se descrever a contribuição específica da enfermagem para a solução, alívio e prevenção de problemas de saúde e para a promoção de modos saudáveis de vida<sup>8</sup>.

Após a resolução do CNR-CIE, emergiram sequencialmente oito publicações da CIPE® até a presente data, buscando uma constante atualização e aperfeiçoamento de sua estrutura e dos termos empregados na profissão. A primeira delas foi a Versão Alfa (1996), contendo duas classificações: a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem (monoaxial e arranjo hierárquico dos termos) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (monoaxial e os termos organizados por eixo – tipos de ação, objetos, abordagens, meios, locais do corpo e tempo/lugar)<sup>9</sup>.

Na continuidade, foram publicadas as Versões Beta (1999) e Beta 2 (2001), ressaltando-se que a última configurou-se mais como uma revisão editorial (revisão gramatical, correções ou alterações em códigos, correções em definições). Nessas versões houve uma mudança na denominação Classificação de Intervenções de Enfermagem, que passou a ser denominada de Classificação de Ações de Enfermagem. Essas duas classificações adotaram um enfoque multiaxial com oito eixos cada<sup>10</sup>.

Essa nova vertente multiaxial proporcionou a caracterização da CIPE® como uma terminologia combinatória, permitindo a combinação de termos simples (atômicos) na formação de termos mais complexos (moleculares) para elaborar enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, proporcionando mais solidez à classificação<sup>1</sup>. Entretanto, na prática profissional, evidenciou-se que essas versões ainda dificultavam o alcance de uma linguagem unificada de enfermagem pelos variados eixos de cada classificação, 16 eixos no total, gerando ambiguidades e redundâncias, além de não satisfazer as necessidades dos enfermeiros<sup>7</sup>.

Seguindo a premissa de uma terminologia combinatória, a Versão 1.0 (2005) permitiu a acomodação de vocabulários existentes por meio de mapeamento cruzado, além de proporcionar o desenvolvimento de novos vocabulários locais e, como uma terminologia de referência, comporta a identificação de relacionamentos entre conceitos e vocabulários disponíveis<sup>9</sup>.

Uma das principais novidades inseridas nessa versão da CIPE® foi a estrutura de classificação dos termos que a compõem. Nas duas versões anteriores, constavam 16 eixos divididos igualmente em duas classificações. A Versão 1.0 contemplou apenas uma única estrutura composta por sete eixos – Modelo dos Sete Eixos (Foco, Julgamento, Ação, Meio, Cliente, Localização, Tempo), simplificando a representação e resolvendo os problemas de redundâncias e ambiguidades das Versões Beta e Beta 2<sup>1</sup>.

A partir do lançamento da Versão 1.0 (2005), foram divulgadas mais cinco versões da CIPE®: a versão 1.1 (2008), a versão 2 (2009), a versão 3 (2011), a versão 2013 (2013), (2015), e recentemente, a versão 2019-2020. Atualmente, a versão 2019 da Classificação apresenta 4.475 conceitos, sendo 2.035 conceitos pré-coordenados (relativos a diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) e 2.440 conceitos primitivos.

Desde o lançamento da Versão Alfa (1996), várias pesquisas e aplicações da CIPE® estão em processo de desenvolvimento em nível mundial. No ano de 2000, a CIPE® passou a ser considerada como um programa oficial da área prática profissional, tida como um dos pilares fundamentais do CIE<sup>10</sup>. Em 2008, foi aprovada sua inclusão na Família de Classificações Internacionais (FCI) da OMS, como Classificação Relacionada, trazendo o domínio de Enfermagem para compor essas classificações terminológicas em saúde<sup>9</sup>. A partir de tal reconhecimento, a CIPE®, entre todas as demais terminologias de enfermagem, passa a ser a única reconhecida pela OMS, demonstrando sua relevância para o desenvolvimento da profissão e sua utilidade no cuidado em saúde ao compor a FCI/OMS.

A Organização Internacional de Normalização (International Standardization Organization - ISO) é um órgão não governamental, que promove a linguagem tecnológica comum, fruto do consenso entre especialistas de diversas áreas em vários países. A Resolução da ISO 18.104, publicada em 2003 e revisada em 2014<sup>11</sup>, foi desenvolvida e aprovada como referencial de representação de diagnósticos e ações de enfermagem para possível informatização, podendo integrar modelos e terminologias contidas em outros domínios, além da Enfermagem<sup>1</sup>.

Com a ISO 18.104 e o Modelo de Sete Eixos (Foco, Julgamento, Ação, Localização, Meio, Tempo e Cliente), ficou mais fácil elaborar enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Mas o CIE definiu que, para compor enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, deve-se adotar o critério de utilizar, obrigatoriamente, um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento, podendo, ainda, incluir termos adicionais, se necessário, dos Eixos Foco, Julgamento ou de outros eixos. Para compor os enunciados de intervenções de enfermagem, recomenda-se incluir, obrigatoriamente, um termo do Eixo Ação e, pelo menos, um termo Alvo e, se necessário, incluir termos adicionais do Eixo Ação ou de outro eixo, exceto do Eixo Julgamento<sup>8,11</sup>.

Vislumbrando ampliar o conhecimento e a utilidade da CIPE<sup>®</sup>, o CIE incentiva a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE<sup>®</sup> por enfermeiros do mundo todo. Esses subconjuntos são enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem pré-elaboradas para áreas específicas do cuidado com a saúde, subsidiando o cuidado prestado em áreas de especialidade clínica, em serviços comunitários e da atenção básica de saúde, ao passo que proporciona melhoria da qualidade e sistematização a atenção prestada<sup>1</sup>. Os subconjuntos também podem colaborar para atender às necessidades práticas na construção de manuais e sistemas de prontuário eletrônico e desenvolver um sistema de linguagem padronizado.

Com base nos caminhos da literatura publicada que apresenta a CIPE<sup>®</sup>, afigura-se estar se desenvolvendo no Brasil subconjuntos para várias populações e ambientes com vistas à garantia de universalizar a linguagem de enfermagem. No entanto, o uso desse sistema na geração de novos conhecimentos e na validação da prática ainda está progredindo, dando a oportunidade de utilizar sistemas bem desenvolvidos em seu estado atual para aprofundar o que é conhecido sobre a prática de enfermagem e como melhor demonstrar avanços nos resultados dos pacientes por meio de cuidados de enfermagem<sup>12</sup>.

Por outro lado, os estudos pontuaram fragilidades quanto à uniformização das etapas de elaboração dos subconjuntos, ao detalhamento das descrições de algumas etapas metodológicas e à validação de conteúdo e clínica dos termos e dos conceitos

identificados, que podem interferir diretamente na confiabilidade do produto final dessas pesquisas<sup>12</sup>.

Nesse contexto, a enfermagem é reivindicada a demonstrar que o cuidado fornecido por esta categoria está associado a bons resultados para o paciente, alto grau de qualidade e segurança. Os resultados encontrados em conjuntos de dados padronizados poderão fornecer medidas de efetividade do cuidado de enfermagem, mostrando o impacto da enfermagem, as classificações e terminologias vêm para padronizar esses dados que entram nos sistemas eletrônicos de registros<sup>13</sup>.

Revisão de literatura realizada em 2010 identifica um crescente número de estudos brasileiros abordando a CIPE®, o que impulsiona as perspectivas de incorporação dessa terminologia, linguagem universal na descrição da prática profissional, porém há necessidade de ampliação das pesquisas voltadas para essa temática e melhor compreensão no contexto do ensino e prática de enfermagem. A ferramenta precisa ser associada ao raciocínio clínico para a identificação do cuidado que deverá ser direcionado ao paciente<sup>2</sup>.

A CIPE® tem como principais critérios o poder de ser suficientemente ampla e sensível à diversidade cultural e de utilizar métodos práticos para a elaboração do diagnóstico e seleção das intervenções que facilitam o PE<sup>14</sup>. Seus elementos primários são os fenômenos - diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem<sup>2</sup> e possui flexibilidade e aplicabilidade para composição desses elementos.

Quando se elabora um diagnóstico de enfermagem, há de se pensar na viabilidade do alcance de resultados, ou seja no potencial clínico e de reabilitação do paciente. Para isso, o enfermeiro precisa ter conhecimento técnico e científico chegando a esses julgamentos com segurança, habilidade e planejamento.

Não podemos esquecer do papel de cada membro da equipe de enfermagem nas etapas do PE, desde a coleta de dados inicial, até a coleta diária que fortalece um julgamento clínico ou que auxilia a chegar a um resultado de enfermagem ou novo diagnóstico e finalizar o processo de cuidar relacionado àquele julgamento.

Quando existe valorização de todos os membros da equipe na construção do raciocínio clínico, um plano de cuidado realístico é concluído e a possibilidade de alcançar resultados que vá ao encontro com as expectativas do paciente é maior. Na experiência clínica, observa-se que uma equipe que constrói um plano assistencial coerente se sente motivada na sua condução e conclusão de todas as etapas do PE, o que conduz a equipe para a continuidade e é o motor para a qualificação e envolvimento do enfermeiro no processo de trabalho.

É importante que o serviço de saúde reconheça e estimule a aplicação do PE, com padronização da linguagem terminológica e utilização de um referencial teórico da enfermagem, assim como prover ferramentas para otimização.

Pensando no referencial teórico, destaca-se o desenvolvimento de uma linguagem objetiva para expressar a disciplina, a compreensão intersubjetiva do significado dos conceitos incluídos na linguagem profissional e a organização dos conceitos que a constituem em um universo comum de percepção e de comunicação da Enfermagem – as Teorias de Enfermagem<sup>4</sup>.

Espera-se que os profissionais de enfermagem se apropriem dos conceitos mínimos (básicos e essenciais) para o desenvolvimento de sua prática e desenvolvam a habilidade para manejo da taxonomia eleita, de forma que se expressem com a clareza necessária para a implementação de uma assistência eficaz. O conhecimento científico amparado pelo domínio teórico não só diferencia uma ocupação de uma profissão, mas permite que os profissionais transitem de forma elegível em todas as áreas em que a enfermagem é necessária.

Para exemplificar a atuação da enfermagem seguindo todas as fases do PE propomos a seguir um caso clínico. Trata-se de um relato de caso hipotético de paciente com sequelas de traumatismo cranioencefálico (TCE), na fase crônica, fundamentado na teoria do autocuidado Dorothea Orem e a CIPE® (2019-2020) para construção dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. O caso foi elaborado a partir da nossa experiência clínica e em reabilitação na Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, com o suporte de um pesquisador do Centro CIPE® do Brasil.

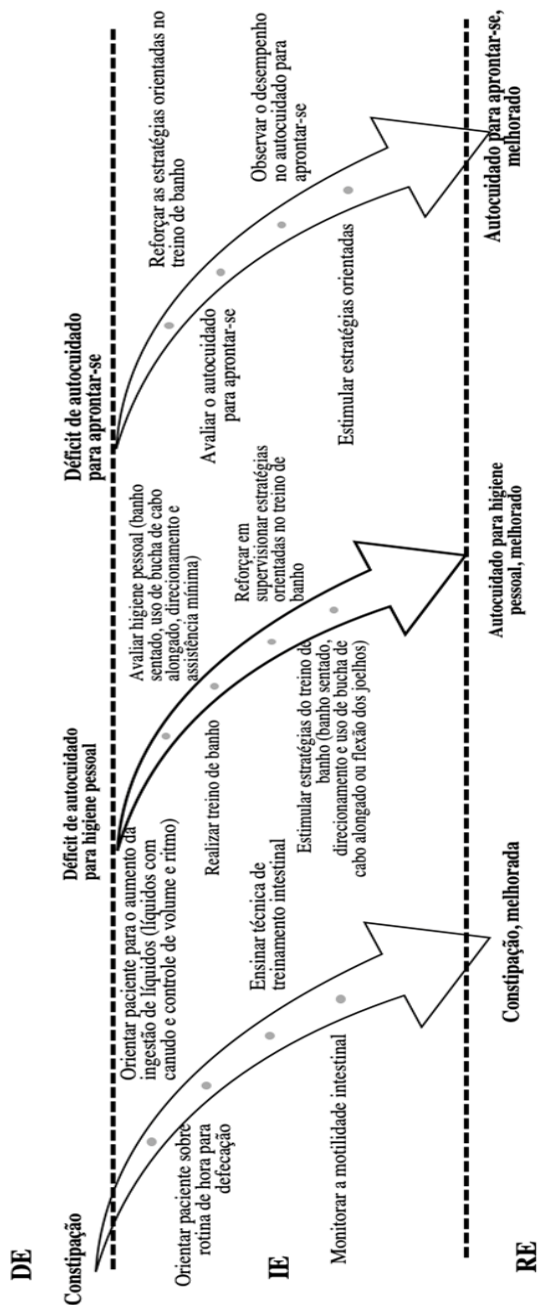


**Quadro 1** - Caso clínico hipotético de paciente com seqüela de TCE. Brasília, DF, Brasil, 2020.**Caso clínico:**

H.C, 25 anos, procedente do DF, interna para reabilitação acompanhado de sua esposa K.C. Apresenta hemiparesia à esquerda e incoordenação à direita como seqüela de TCE em abril/2019. Encontra-se alerta, orientado no espaço e parcialmente orientado no tempo, apresenta alterações cognitivo-comportamentais, comunica-se verbalmente, porém com disartria, alimenta-se via oral com relato de engasgos para líquidos, ingestão hídrica de 700 ml ao dia; ingestão de sucos com canudos. A esposa observa apetite aumentado. Nega alergias e outras comorbidades. O padrão de sono é alterado, faz uso de Amplictil, quando necessário, 15 ou 20 gotas à noite. Apresenta déficit de memória relacionado principalmente a números (datas e senhas). Relata comportamento nervoso e agressivo relacionado a ciúmes da esposa. Já foi realizado teste com risperidona e haldol, porém o paciente ficou bastante sonolento durante o dia sendo suspensas estas medicações. Quanto à capacidade funcional e de acordo com a Medida de Independência Funcional (MIF), necessita de preparo para alimentar-se (cortar carnes); assistência moderada para o aprontar-se (assistência para aplicar o creme dental na escova e para barbear-se); assistência máxima para transferências e vestuário da parte superior e inferior do corpo; assistência total para o uso do sanitário e para o banho que é realizado com o paciente em pé apoiando-se em barra de segurança. Faz uso de cadeira de rodas como auxílio à locomoção e necessita de assistência para tocá-la. Troca passos com auxílio de duas pessoas. Em alguns momentos, tenta levantar-se sozinho possuindo alto risco de queda. Sua rotina é empobrecida, passa a maior parte do dia assistindo televisão ou utilizando o computador e videogame. Anteriormente à lesão, o paciente trabalhava em uma academia, realizava atividade física regular, onde praticava jiu-jitsu e como diversão gostava de jogar videogame em casa. É continente vesical e intestinal, não traz queixas urinárias. Faz uso de dispositivo externo tipo papagaio à noite, em algumas situações faz uso de fralda por comodidade. Seu hábito intestinal é a cada 5 dias, fezes de consistência endurecidas/ressecadas, tipo 2 na escala de Bristol, relata esforço evacuatório desconfortável, sensação de bloqueio em pelo menos 25% das evacuações, informa última evacuação há 5 dias. Como expectativas, paciente e esposa referem o desejo de melhorar a independência para reduzir a sobrecarga da esposa e assim a mesma possa se dedicar mais às suas atividades. Também refere o desejo de melhorar seu padrão evacuatório.

Considerando o caso clínico hipotético, foram construídos exemplos de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE®, considerando as prioridades de cuidado e expectativas do paciente, conforme apresentado na figura 1.

**Figura 1** - Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® para o caso clínico hipotético de paciente com seqüela de TCE. Brasília, DF, Brasil, 2020.



Nota: TCE- Traumatismo cranioencefálico; DE – Diagnósticos de enfermagem; RE - Resultados de enfermagem; IE – Intervenções de enfermagem.

A construção do plano de cuidados de enfermagem utilizando a CIPE® considerou o pensamento crítico, o raciocínio clínico e a definição de prioridades. Destaca-se aspectos importantes no desenvolvimento do PE, a saber:

30. Coleta dos dados - entrevista e exame físico: instrumento estruturado de acordo com o referencial teórico de Dorothea Orem - teoria do autocuidado;

- Construção do plano de cuidados: análise dos dados coletados, definição dos diagnósticos prioritários e com potencial de alcance de resultados, levando em consideração a expectativa do paciente quanto ao ganho funcional e necessidade de autocuidado; definição das intervenções de acordo com a sequência cronológica para implementação;

- Cada diagnóstico é reavaliado diariamente, as intervenções são atualizadas conforme a necessidade de assistência, definida de acordo com a teoria do autocuidado, até o alcance do resultado esperado;

- Inclusão do plano de cuidados em ferramenta eletrônica (sistema de enfermagem conectado ao prontuário eletrônico), com aprazamento das intervenções;

- Realização da evolução em prontuário com coleta de dados e definição do plano de cuidados;

- Acompanhamento por turnos quanto à execução do plano de cuidados e necessidade de atualização - mudança das intervenções de acordo com sua complexidade e alcance das mesmas;

- Passagem de plantão guiada pelo plano de cuidados, direcionando o que é exclusivo da enfermagem e o foco da atuação do enfermeiro nos resultados que se espera alcançar. Momento também de reavaliação e atualização do plano;

- Programação da alta do paciente: resultados de enfermagem alcançados, programação de retorno de acordo com o prognóstico/evolução do paciente.

Registro de alta contemplando a descrição do estado (funcional/clínico) do paciente no momento da alta, resultados alcançados descritos com a linguagem especializada.

### **Contextualização da Enfermagem em Reabilitação**

A história da reabilitação é marcada pelo enfoque no diagnóstico e tratamento clínico, porém na atualidade, o conceito de reabilitação representa uma mudança de paradigma, saúde é definida de forma mais ampla, na qual a pessoa é abordada como um todo e fatores sociais, psicológicos e ambientais influenciam na qualidade de vida e saúde<sup>15</sup>.

Partindo do conceito amplo de saúde dentro da reabilitação, o trabalho em equipe se faz fundamental, a experiência e conhecimento de todos os profissionais com intervenções harmoniosas e planejamento de metas coerentes de acordo com o quadro clínico e funcional do paciente são de grande relevância para o alcance de resultados. A atuação da equipe e definição das categorias necessárias ocorrerá de acordo com as esferas de acometimento e necessidades do paciente<sup>16-18</sup>.

Essa atuação conjunta pode ser aprimorada, em algumas situações, por atendimentos integrados, com participação de mais de um profissional, o que favorece a reflexão sobre as potencialidades da pessoa e enriquece a tomada de decisão com o olhar conjunto<sup>19</sup>. Ressaltamos como essencial a participação da família nesse contexto de troca, contribuindo na efetividade do alcance de resultados.

Na reabilitação, toda a equipe busca proporcionar ao paciente as melhores condições possíveis para retomada do dia a dia fora da instituição hospitalar. Como membro desta equipe, o enfermeiro tem seu papel estruturado da seguinte forma<sup>20-23</sup>:

No cuidado terapêutico: busca da independência funcional, relacionadas ao autocuidado, promoção e educação para saúde, envolvimento do paciente/família no planejamento e implementação dos planos de cuidados para modificação no modo de vida e

comportamento; promoção do bem-estar físico, cuidado com a pele, nutrição e conforto e reforçar as atividades desenvolvidas com os demais profissionais;

- Na defesa do paciente: trazendo as expectativas do paciente e da família nas discussões; direcionando ações para formação de cuidadores e redes de apoio específicas; agente de mudança na adoção e implementação de políticas públicas;
- Na equipe interdisciplinar: na coordenação e integração dos programas de reabilitação; na visão holística no levantamento dos objetivos; nos atendimentos integrados; proporcionando continuidade nos processos de reabilitação e no elo de comunicação entre os profissionais da equipe interdisciplinar;
- No ensino e na pesquisa: gerando processos investigativos que tragam novos conhecimentos em reabilitação; na educação permanente e no aprimoramento do trabalho de enfermagem de acordo com a SAE – PE.

O TCE é uma das principais causas de morbimortalidade, descrito como um problema de saúde pública por afetar principalmente a faixa etária produtiva da população<sup>24</sup>. A mortalidade por trauma corresponde a 10% de todas as causas de morte e, sem as devidas intervenções, prevê-se que esta proporção aumentará até 2030. Os traumas respondem também pela maioria de incapacitações permanentes<sup>15</sup>. Políticas preventivas são de extrema importância, assim como estratégias de reabilitação que causem impactos positivos na qualidade de vida e reinserção social das vítimas de TCE.

Grande parte das publicações descrevem aspectos médicos do cuidado, falham em considerar as necessidades da pessoa e da família após a alta hospitalar de ambientes críticos para ambientes de reabilitação e em transições importantes de desenvolvimento posteriores. A retirada da informação clínica e a compreensão de que a família agora deve viver sozinha, muitas vezes cria uma sensação de abandono e ansiedade entre as famílias<sup>25</sup>.

Alterações de comportamento como apatia, desinibição, impulsividade, agressividade, perseveração, irritabilidade, ansiedade, distúrbio do sono, psicose e depressão podem estar presentes<sup>26-28</sup>, bem como as alterações da comunicação, deglutição, vesicointestinal, motoras e funcionais. Tais alterações geram impacto em várias esferas da vida, no convívio social e retomada das atividades diárias. Dessa forma, o olhar de equipe é fundamental no processo de reabilitação.

Pensando nesse processo, na admissão do paciente para reabilitação, o enfermeiro precisa avaliar o impacto do TCE na vida da pessoa, nos aspectos funcionais representados pelas atividades de vida diária e qualidade de vida, trazidos aqui pelos sistemas que podem estar funcionando diferente do que é considerado fisiológico prejudicando o desempenho da pessoa em seu convívio e atividades.

### **Considerações finais**

A CIPE® é uma ferramenta que se consolida a partir do uso pelos enfermeiros na sua prática clínica. O entendimento dos princípios de sua utilização dinâmica se faz necessário para que a comunicação entre os enfermeiros em todos os lugares do mundo seja efetiva e padrões da assistência sejam estabelecidos, colaborando na construção da ciência Enfermagem. Nesse contexto, a apresentação de casos clínicos são potenciais instrumentos para a compreensão da aplicação da terminologia e da teoria, contribuindo para a difusão do conhecimento.

## REFERÊNCIAS

1. Garcia TR, organizadora. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed; 2015. Capítulo 6, Aplicabilidade da CIPE® na atenção de enfermagem em saúde materna.
2. Mazoni SR, Rodrigues CC, Santos DS, Rossi LA, Carvalho EC. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2020 out. 27];63(2):285-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/18.pdf>
3. Cubas MR, Silva SH, Rosso M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2020 out. 27];12(1):186-94. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9536/6606>
4. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 jan-mar [acesso em 2020 out. 27];13(1):188-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>
5. Barra DCC, Sasso GTM. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 2020 out. 28];64(6):1141-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a23.pdf>
6. Pfeilsticker DC, Cadê NV. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: significados atribuídos por docentes e graduandos de enfermagem. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2008 [acesso em 2020 out. 27];16(2):236-42. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v16n2/v16n2a16.pdf>
7. Garcia TR, Bartz CC, Coenen A. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR, organizadora. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed; 2015. Capítulo 2, p. 24-55.

8. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE®. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2000.

9. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® versão 1.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Algor; 2007. 203 p.

10. Conselho Internacional de Enfermeiros. Linhas de orientação para elaboração de catálogos CIPE® [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2009 [acesso em 2020 out. 28]. 24 p. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas\\_cipe.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf)

11. International Organization for Standardization. ISO 18104: health informatics: categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems [Internet]. Geneva: ISO; 2014 [acesso em 2020 out. 28]. 33 p. Disponível em: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:18104:ed-2:v1:en>

12. Menezes HF, Camacho ACLF, Nóbrega MML, Fuly PSC, Fernandes SF, Silva RAR. Caminhos percorridos pela enfermagem brasileira para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2020 [acesso em 2020 out. 04];28:e3270. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt\\_0104-1169-rlae-28-e3270.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3270.pdf)

13. Strudwick G, Hardiker NR. Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: a case study using the International Classification for Nursing Practice®. Int J Med Inform. 2016;94:215-21.

14. Chuang HL, Wang CC, Kuo PC. [The internationalization of the nursing profession in Taiwan]. HU LI ZA ZHI. 2011;58(30):99-104.

15. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Traumas matam mais que as três grandes endemias: malária, tuberculose e AIDS [Internet]. Brasília: OPAS; 2012 [acesso em 2020



out. 4]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2989:traumas-matam-mais-que-as-tres-grandes-endemias-malaria-tuberculose-e-aids&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2989:traumas-matam-mais-que-as-tres-grandes-endemias-malaria-tuberculose-e-aids&Itemid=839)

16. Braga LW. The context-sensitive family-based approach: basic principles. In: Braga LW, Campos da Paz Jr. A, editores.. The child with traumatic brain injury or cerebral palsy: a context-sensitive, family-based approach to development. New York: Taylor & Francis; 2006. p. 1-16.

17. King JC, Blankenship KJ, Schalla W, Mehta A. Rehabilitation team function: prescriptions, referrals, and order writing. In: Delisa JÁ, editor. Rehabilitation medicine: principles and practice. 3. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. p. 269-285.

18. Braga LW, Campos da Paz Jr. A, editores. The child with traumatic brain injury or cerebral palsy: a context-sensitive, family-based approach to development. New York: Taylor & Francis; 2006. 287 p.

19. Copley J, Ziviani J. Use of a team-based approach to assistive technology assessment and planning for children with multiple disabilities: a pilot study. Assist Technol. 2007;19(3):109-25.

20. Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Soares DM, Cianca TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 nov-dez [acesso em 2020 out. 27];63(6):1056-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>

21. Low G. Developing the nurse's role in rehabilitation. Nurs Stand. 2003;17(45): 33-8.

22. Posada ML, López L, Velásquez V. Una mirada de la rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. Av enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2020 out. 27];28(1):152-65. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a15.pdf>

23. Pellatt GC. Perceptions of the nursing role in spinal cord injury rehabilitation. Br J Nurs [Internet]. 2003 [acesso em 2020 out.

27];12(5):292-9. Disponível em: <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2003.12.5.11175?journalCode=bjon>

24. Gaudêncio TG, Leão GM. A epidemiologia do traumatismo crânio-encefálico: um levantamento bibliográfico no Brasil. *Rev Neurocienc [Internet]*. 2013 [acesso em 2020 out. 27];21(3):427-34. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2103/revisao/814revisao.pdf>

25. McKinlay A, Linden M, DePompei R, Aaro Jonsson C, Anderson V, Braga L, Castelli E, de Koning P, Hawley CA, Hermans E, Kristiansen I, Madden A, Rumney P, Savage R, Wicks B. Service provision for children and young people with acquired brain injury: practice recommendations. *Brain Inj [Internet]*. 2016 [acesso em 2020 out. 8];30(13-14):1656-1664. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02699052.2016.1201592>

26. Fann JR, Hart T, Schomer KG. Treatment for depression after traumatic brain injury: a systematic review. *J Neurotrauma [Internet]*. 2009 Dec [acesso em 2020 out. 28];26(12):2383-402. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864457/pdf/neu.2009.1091.pdf>

27. McBrinn J, Wilson FC, Caldwell S, Carton S, Delargy M, McCann J, Walsh J, McGuire B. Emotional distress and awareness following acquired brain injury: an exploratory analysis. *Brain Inj [Internet]*. 2008 Sep [acesso em 2020 out. 28];22(10):765-72. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/23251696\\_Emotional\\_distress\\_and\\_awareness\\_following\\_acquired\\_brain\\_injury\\_An\\_exploratory\\_analysis](https://www.researchgate.net/publication/23251696_Emotional_distress_and_awareness_following_acquired_brain_injury_An_exploratory_analysis)

28. Morton MV, Wehman P. Psychosocial and emotional sequelae of individuals with traumatic brain injury: a literature review and recommendations. *Brain Inj*. 1995 Jan;9(1):81-92.

# Capítulo XI



## Ligações das classificações NANDA-I, NIC e NOC

Polyanne Aparecida Alves Moita Vieira<sup>38</sup>

**Resumo:** Linguagens padronizadas da enfermagem facilitam o estudo, o ensino do raciocínio diagnóstico e o desenvolvimento de teorias de médio alcance à medida que ligações entre características do paciente, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis à enfermagem são testados. Portanto, este capítulo visa descrever as linguagens padronizadas da NANDA-I, NIC e NOC, de forma a demonstrar as ligações existentes entre essas linguagens.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Processo de enfermagem. Terminologia padronizada em enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Linguagens padronizadas da enfermagem são necessárias para garantir que os elementos do processo de enfermagem identificados nos Dados Mínimos de Enfermagem (*Nursing Minimum Data Set - NMDS*) sejam incluídos em banco de dados eletrônicos<sup>1</sup>. Da mesma forma, essa padronização facilita o estudo e o ensino do raciocínio diagnóstico e o desenvolvimento de teorias de médio alcance, à medida

---

<sup>38</sup> Mestre pela Universidade de São Paulo (USP) na linha de gestão em Serviços de Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB) na linha de Processo de cuidar com foco no Ensino do Processo de enfermagem. professora.polyaparecida@gmail.com

que ligações entre características do paciente, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis à enfermagem são identificados<sup>1</sup>.

Este capítulo descreve a ligação estabelecida entre três linguagens padronizadas reconhecidas pela *American Nurses Association* (ANA): os diagnósticos desenvolvidos pela NANDA-I; a classificação das intervenções de enfermagem - *Nursing Intervention Classification* (NIC); e a classificação de resultados de enfermagem - *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Nesse capítulo manteremos a ordem de apresentação conforme a do livro, já consagrado, Ligações NANDA-I, NIC e NOC, que será melhor descrito ao final. No entanto, a ordem cronológica para o cuidado de enfermagem ocorre com a utilização das Linguagens na seguinte sequência: NANDA-I, na segunda etapa do processo de enfermagem, NOC com a escolha dos resultados sensíveis de enfermagem na etapa de planejamento, bem como na quinta etapa, com o acompanhamento destes resultados através da avaliação contínua dos indicadores, e NIC com a definição das intervenções e ações de enfermagem também na etapa de planejamento.

Para uma melhor compreensão dessas ligações, este capítulo abordará cada linguagem separadamente, para que as estruturas taxonômicas sejam detalhadas e, também, devido ao fato de que cada uma dessas linguagens se encontra em edições diferentes, e possuem período de atualização que não coincide.

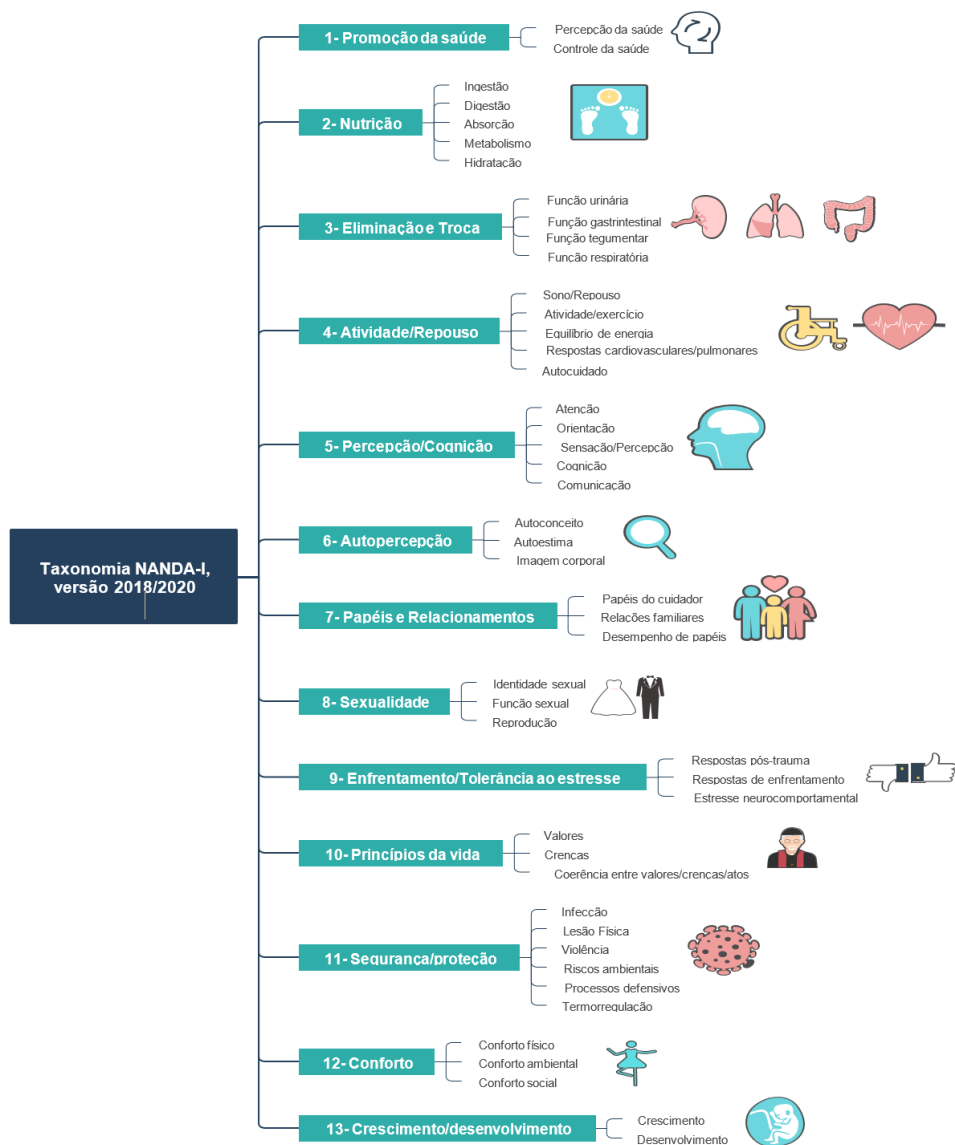
## **NANDA-I**

A *NANDA International*, ou NANDA-I, relançada em 2002 para refletir melhor os múltiplos países afiliados<sup>2</sup>, é uma organização cujo propósito é desenvolver, aperfeiçoar e promover uma terminologia que reflita, com precisão, julgamentos clínicos de enfermeiros, ou seja, a segunda etapa do processo de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem<sup>2</sup>.

Oferece uma terminologia padronizada de diagnósticos de enfermagem e apresenta todos em um esquema classificatório, mais especificamente em uma taxonomia. Essa estrutura de categorização dos diagnósticos de enfermagem visa à obtenção de um sentido clínico e nos fornece um modelo, ou mapa cognitivo, do conhecimento da disciplina de enfermagem<sup>2</sup>.

A NANDA-I adota, desde 2002, a Taxonomia adaptada da estrutura de avaliação “Padrões de Saúde Funcional” da Dra. Marjory Gordon<sup>2</sup>, representada, na Figura 1, com 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes.

**Figura 1.** Taxonomia da NANDA *International*, versão 2018-2020.



Fonte: NANDA-I<sup>2</sup>.

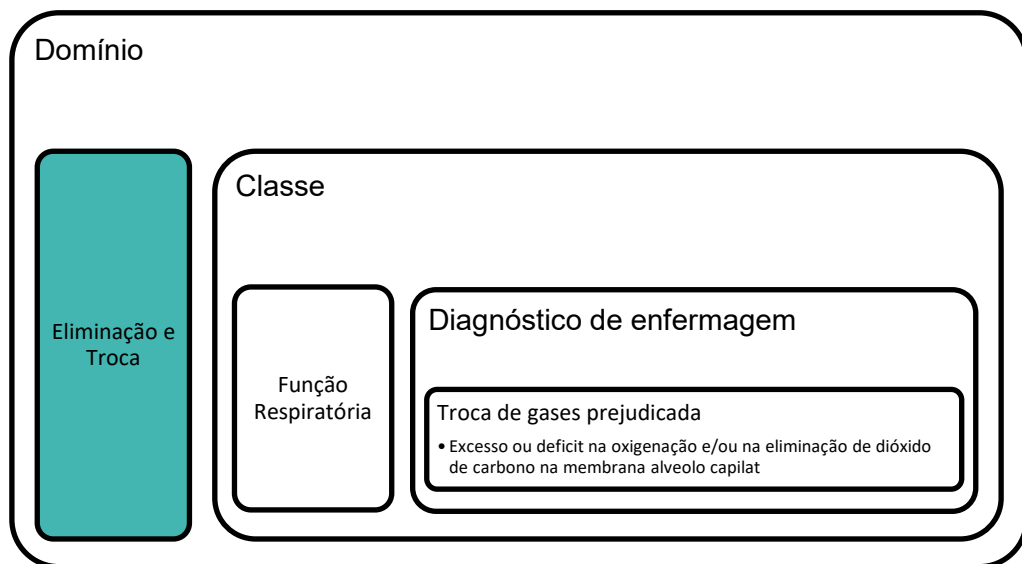


Um domínio é “uma área de interesse”; que se divide em classes, as quais são agrupamentos com atributos comuns<sup>2</sup>.

Um exemplo de diagnóstico de enfermagem será ilustrado na Figura 2, tendo em vista realizar a ligação desse diagnóstico com as demais linguagens padronizadas que serão trabalhadas neste capítulo.



**Figura 2.** Diagnóstico de enfermagem “Troca de gases prejudicada” em sua estrutura taxonômica.



Fonte: NANDA-I<sup>2</sup>

A realização de um diagnóstico de enfermagem é fruto de um julgamento clínico do enfermeiro, que é feito após realizar uma criteriosa coleta, agrupamento e interpretação dos dados. Os indicadores diagnósticos nos ajudam no processo de raciocínio clínico, e na Figura 2 algumas das características definidoras do diagnóstico “Troca de gases prejudicada” podem aparecer como evidência em uma situação clínica, como: gasometria arterial anormal, hipercapnia, hipoxemia, pH arterial anormal, dispneia, cor da pele anormal, dentre outros<sup>2</sup>. A partir

desse entendimento, seguiremos para as demais linguagens, com o intuito de relacionar essas informações à etapa de planejamento de enfermagem.

O Sistema de Classificação NANDA-I e o detalhamento de sua taxonomia e diagnósticos de enfermagem estarão descritos em capítulo específico deste livro.

### ***Nursing Intervention Classification e Taxonomia NIC***

Em 1987, com a formação de uma equipe de pesquisa liderada por Joanne McCloskey (atualmente, Joanne Dochterman) e Gloria Bulechek, na *University of Iowa*, começaram pesquisas para desenvolvimento de um vocabulário e classificação das intervenções de enfermagem<sup>3</sup>.

A NIC é uma classificação abrangente e padronizada de intervenções que os enfermeiros realizam. É útil não apenas para o planejamento dos cuidados, mas também pode abranger a documentação clínica, comunicação dos cuidados em vários cenários, integração de dados em sistemas e contextos, pesquisa de efetividade, medida da produtividade, avaliação de competência, reembolso, ensino e planejamento curricular<sup>3</sup>.

As intervenções de enfermagem são a essência da nossa prática. A enfermagem é uma disciplina científica e, como todas as disciplinas, tem um conjunto de conhecimentos próprio. Como sistema de classificação, a NIC identifica os tratamentos que os enfermeiros realizam, organiza essa informação em estrutura coerente e fornece linguagem para nossa comunicação<sup>3</sup>.

De acordo com a NIC, intervenções de enfermagem podem ser definidas como “qualquer tratamento que, baseado em julgamento e conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para melhorar os resultados do paciente”<sup>3</sup>.

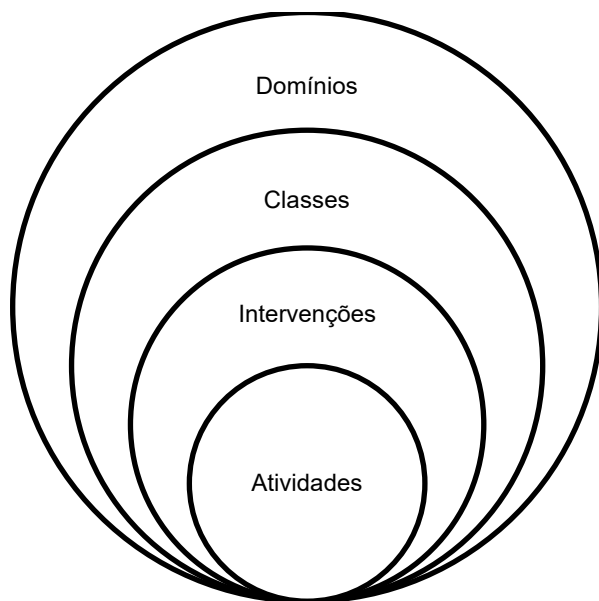
As atividades de enfermagem estão no nível concreto de ação, pois são as condutas ou ações específicas tomadas para implementar uma intervenção e que auxiliam os pacientes a progredir em direção

ao resultado esperado, ressaltando que uma série de atividades é necessária para efetuar uma intervenção<sup>3</sup>.

A taxonomia apareceu pela primeira vez na segunda edição da NIC, em 1996, e havia 6 domínios e 27 classes. Atualmente a 7<sup>a</sup> edição, de 2018, contém 565 intervenções e aproximadamente 13.000 atividades. As intervenções estão agrupadas em 7 domínios e 30 classes, como nas quatro últimas edições<sup>3</sup>.

A NIC é atualizada a cada cinco anos, e a edição atual possui tradução para o português, datada de 2020.

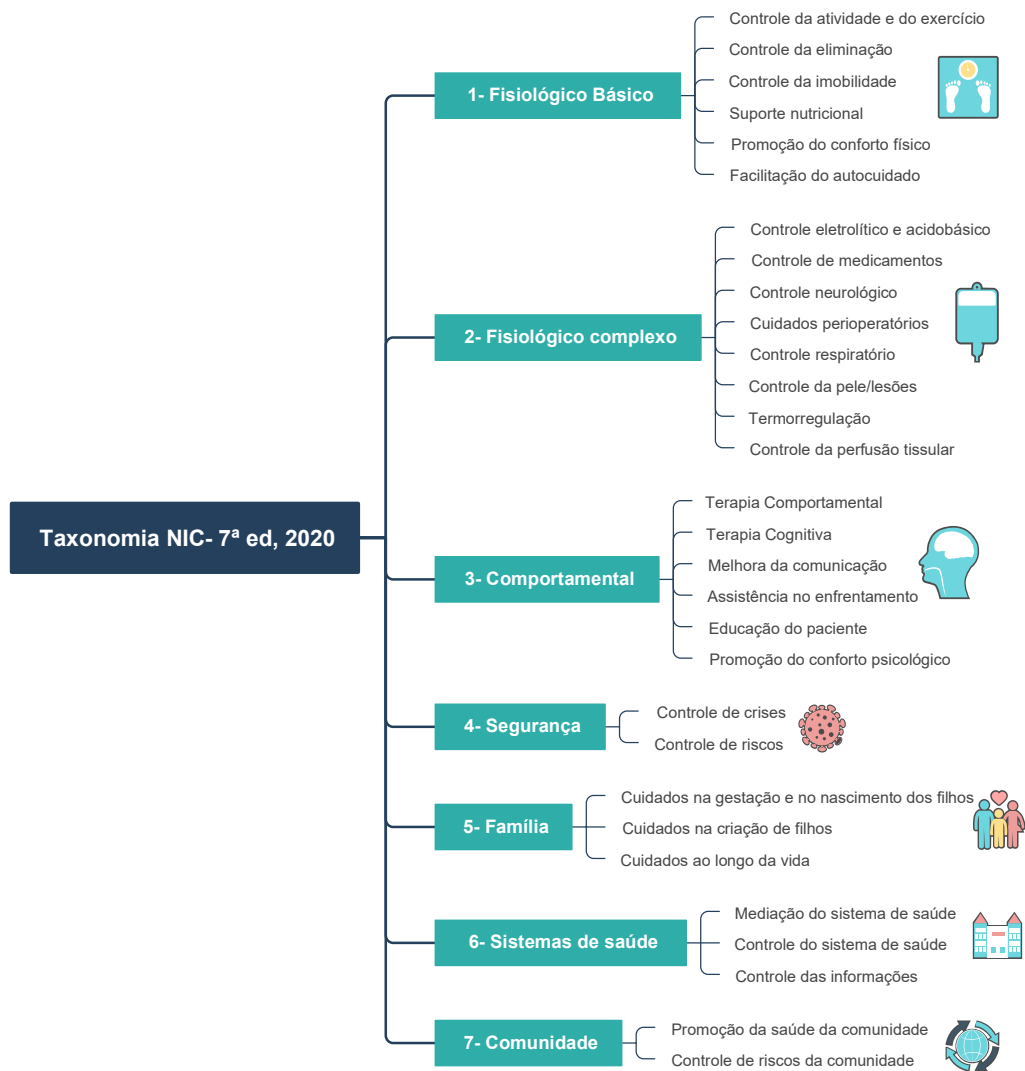
**Figura 3.** Representação da relação dos níveis da taxonomia NIC.



Fonte: McCloskey e Bulechek<sup>3</sup>.

A estrutura taxonômica da NIC está representada na Figura 4, que mostra em detalhes todos os domínios e classes.

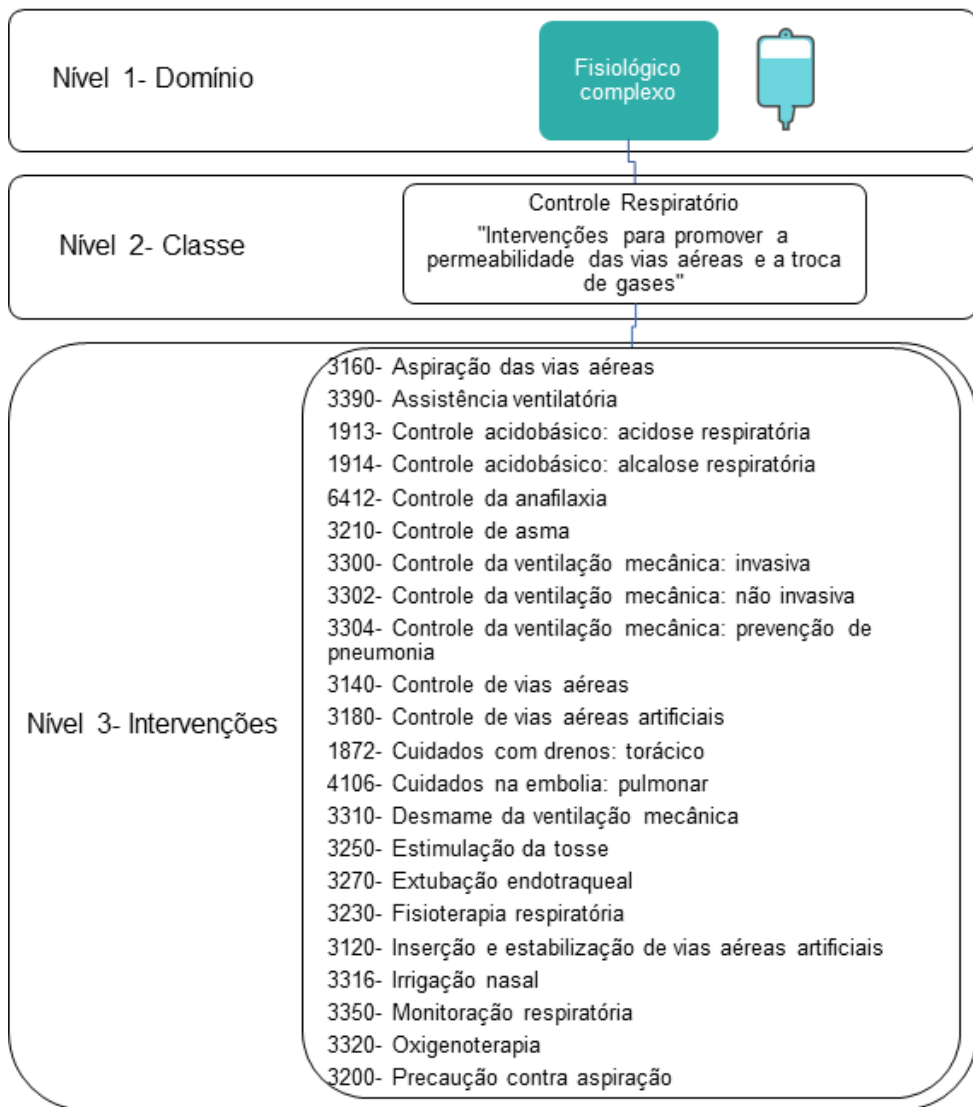
**Figura 4.** Taxonomia da NIC.



Fonte: Adaptada de McCloskey e Bulechek, et al., 2020<sup>3</sup>.

Observa-se na Figura 5 um melhor detalhamento do domínio “Fisiológico complexo” e da Classe “Controle respiratório”

**Figura 5.** Detalhamento de níveis presentes na Taxonomia NIC.



Fonte: Adaptada de McCloskey e Bulechek, et al., 2020<sup>3</sup>

A Figura 5 demonstra que, na classe “Controle Respiratório”, podem ser identificadas 22 intervenções diferentes, com sua respectiva codificação. As intervenções podem ser encontradas em ordem alfabética na Parte 3 do livro da NIC<sup>3</sup>.

Cada intervenção da NIC é listada com um título, uma definição, um conjunto de ações/atividades, que irão compor as prescrições de enfermagem, e uma pequena lista de leituras sugeridas, sobre conhecimentos pertinentes. A intervenção deve ser escolhida tendo como base as respostas humanas do indivíduo, em especial as causas do diagnóstico de enfermagem, fatores relacionados ou fatores de risco.

É importante salientar que os títulos e as definições das intervenções são padronizados e, portanto, não devem ser mudados quando utilizados<sup>3</sup>. O cuidado da enfermagem, no entanto, pode ser individualizado, por meio das atividades<sup>3</sup>. Ou seja, de uma lista de 10 a 30 atividades por intervenção, o profissional seleciona as atividades apropriadas para o indivíduo ou a família específica e, logo após, pode acrescentar novas atividades, se for pertinente, para o cuidado, sempre levando em consideração a congruência das atividades acrescentadas com a definição da intervenção<sup>3</sup>.

Com o compromisso que os enfermeiros possuem de realizar intervenções de enfermagem de alta qualidade, a NIC traz, para a etapa de planejamento, benefícios claros e bem estabelecidos, facilitando o uso de conhecimento na prática, na educação e na pesquisa<sup>3</sup>.

### ***Nursing Outcomes Classification e Taxonomia NOC***

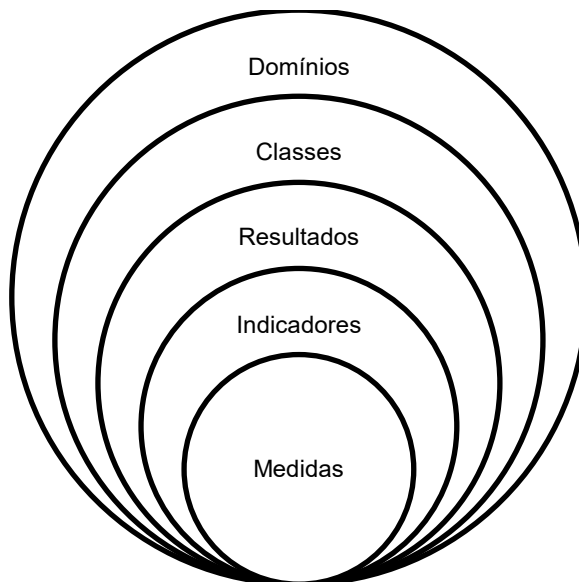
A NOC foi desenvolvida durante uma pesquisa original e distribuída, pela primeira vez, em uma publicação do *Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness* em um artigo com uma visão geral dos métodos em 1998<sup>1</sup>. No entanto, a publicação da taxonomia compondo a classificação deu-se apenas em 2000. O objetivo do desenvolvimento da NOC foi especialmente para ser utilizada com as classificações dos diagnósticos de enfermagem da *NANDA International* e das intervenções de enfermagem da NIC, completando os elementos do processo de enfermagem do NMDS<sup>1</sup>.

O sistema de classificação NOC padroniza conceitos, definições e indicadores de resultados e escalas de mensuração para uso na prática, na educação e na pesquisa.

De acordo com a NOC, resultados de enfermagem sensíveis são conceituados como “um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, da família ou da comunidade, medido ao longo de um *continuum* na resposta a uma intervenção ou intervenções de enfermagem”. Cada resultado possui um grupo associado de indicadores utilizados para determinar o estado do paciente em relação ao resultado. Para ser mensurado, o resultado necessita da identificação de uma série de indicadores mais específicos<sup>1</sup>.

A taxonomia da NOC é uma organização sistemática dos resultados divididos em grupos ou categorias, baseada em suas semelhanças, diferenças e relações entre os resultados<sup>1</sup>. A estrutura da taxonomia da NOC possui 5 níveis: domínios, classes, resultados, indicadores e medidas.

**Figura 6.** Representação da relação dos níveis da taxonomia NOC.



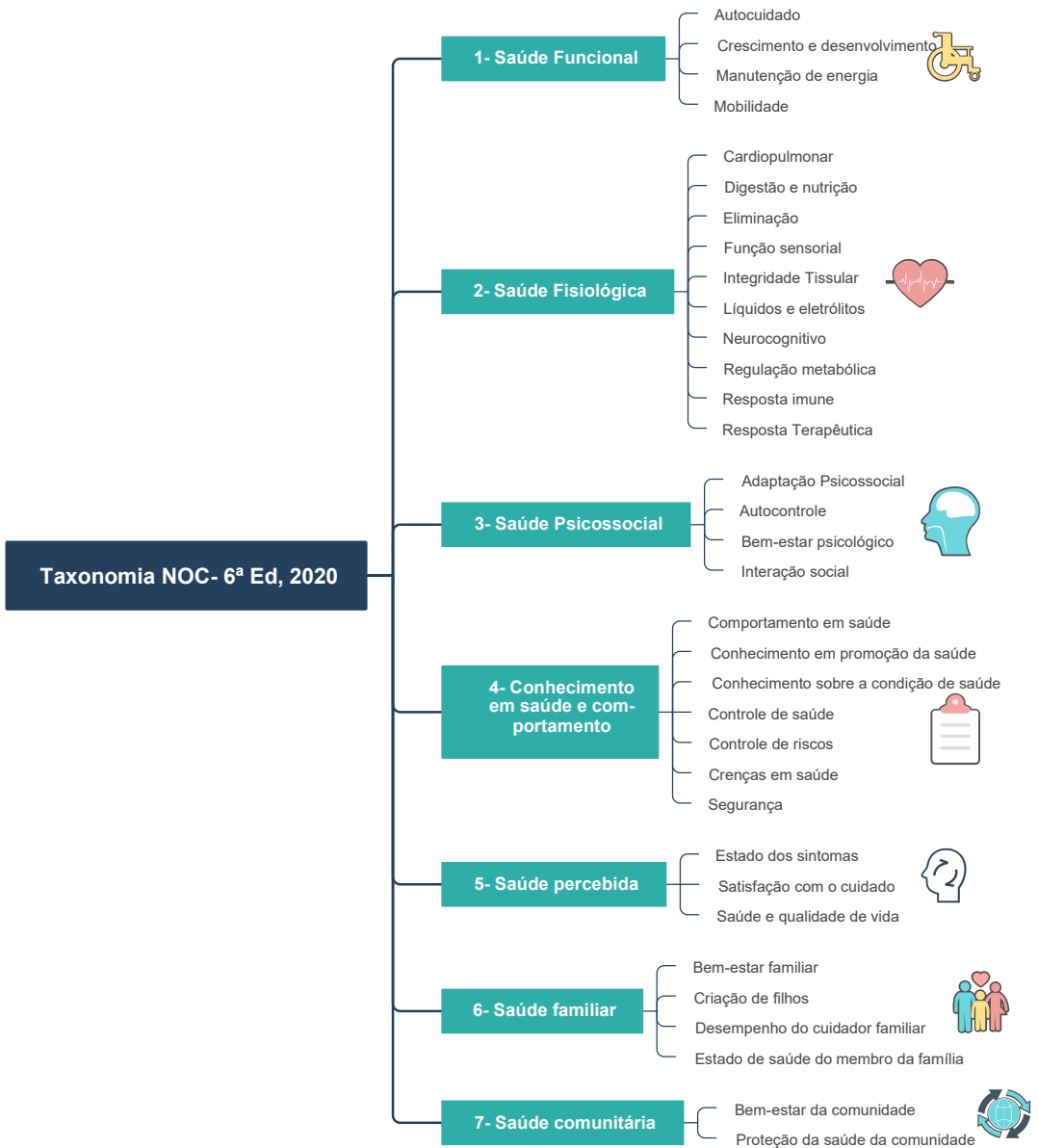
Fonte: Moorhead, Johnson, Maas e Swanson<sup>1</sup>.

Especificamente dentro de cada resultado há um título, uma definição e um conjunto de indicadores que descrevem estados, percepções ou comportamentos específicos relacionados com o resultado, escala de medida tipo *Likert* de cinco pontos e referências selecionadas usadas no desenvolvimento de resultados<sup>1</sup>.

A 6ª edição da NOC, de 2018, contém 540 resultados, e a atualização ocorre a cada 5 anos. Da mesma forma que a NIC, a versão traduzida para o português da NOC é igualmente datada de 2020. Com relação a essa última edição, houve a inclusão de duas novas classes, e de 52 novos resultados<sup>1</sup>. Os resultados são organizados dentro da estrutura taxonômica representada na Figura 7:



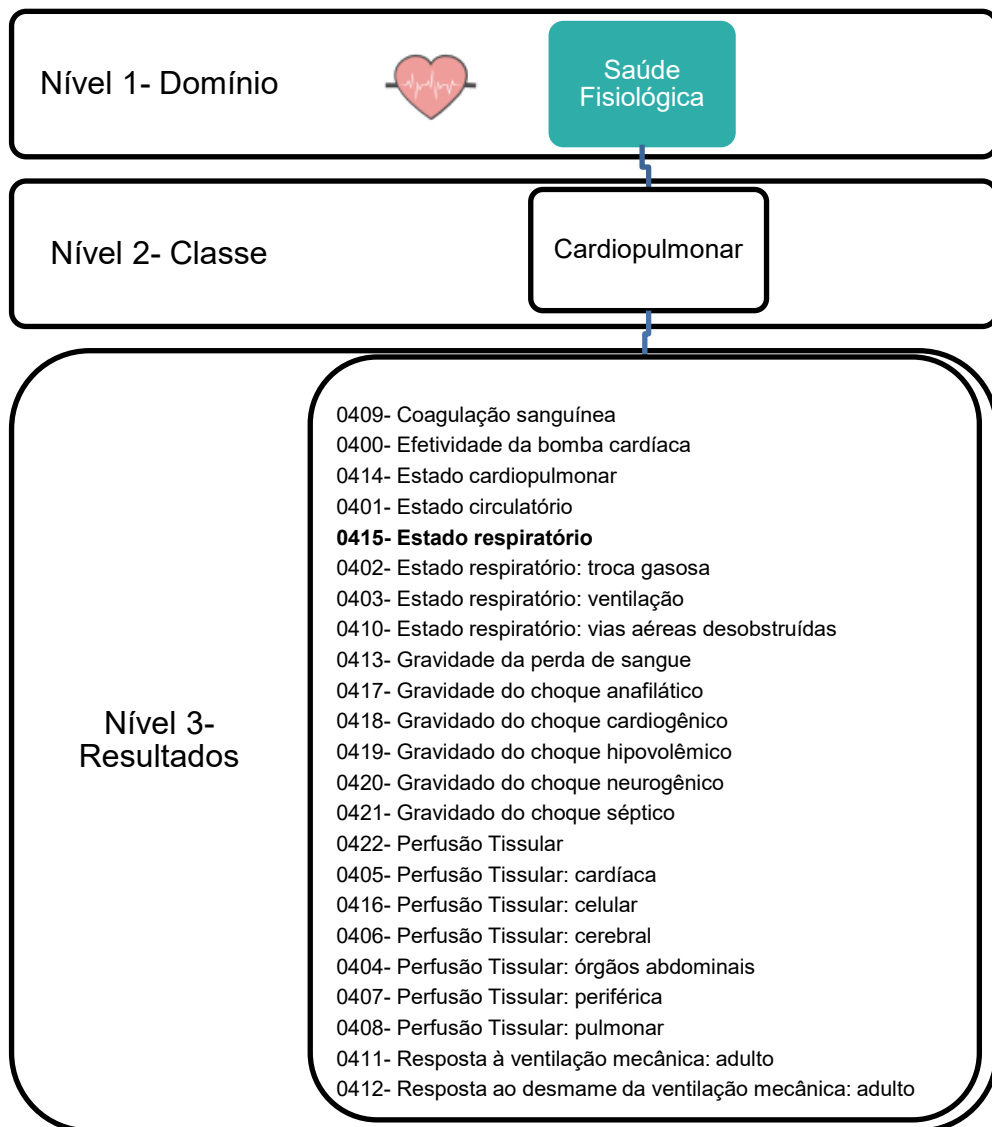
**Figura 7.** Taxonomia da NOC.



Fonte: Adaptada de Moorhead, Johnson, Maas e Swanson<sup>1</sup>.

A Figura 7 mostra os 7 domínios e as 34 classes. Para uma melhor compreensão dos níveis dentro da taxonomia, uma das classes será detalhada logo a seguir, a classe “Cardiopulmonar”, categorizada dentro do domínio “Saúde Fisiológica”.

**Figura 8.** Detalhamento de níveis presentes na Taxonomia NOC.



Fonte: Adaptada de Moorhead, Johnson, Maas e Swanson<sup>1</sup>.

A Figura 8 demonstra que, na classe “Cardiopulmonar”, podem ser encontrados 23 resultados diferentes, com sua respectiva codificação. Da mesma forma, em cada uma das classes, há diversos resultados, totalizando os 540 da Linguagem. Eles são apresentados em ordem alfabética na Parte 3 do livro da NOC<sup>1</sup>.

Conforme a Figura 9, todos os resultados possuem uma definição, os indicadores e, pelo menos, uma escala de medida para avaliação.

**Figura 9.** Resultado “Estado Respiratório” com os indicadores e avaliações de medida.

<b>0415- Estado Respiratório</b>						
Definição: movimento de entrada e saída de ar dos pulmões e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível dos alvéolos.						
Classificação da Meta do Resultado: Manter em _____ Aumentar para _____						
Indicadores	Desvio Grave da variação normal	Desvio substancial da variação normal	Desvio moderado da variação normal	Desvio leve da variação normal	Sem desvio da variação normal	Não se aplica
-Frequência respiratória	1	2	3	4	5	
-Ritmo respiratório	1	2	3	4	5	
-Profundidade da inspiração	1	2	3	4	5	
-Ausculta de sons respiratórios	1	2	3	4	5	
-Vias aéreas desobstruídas	1	2	3	4	5	

-Volume corrente	1	2	3	4	5
-Obtenção de espirometria de incentivo esperada	1	2	3	4	5
-Capacidade vital	1	2	3	4	5
-Saturação de oxigênio	1	2	3	4	5
-Testes de função pulmonar	1	2	3	4	5

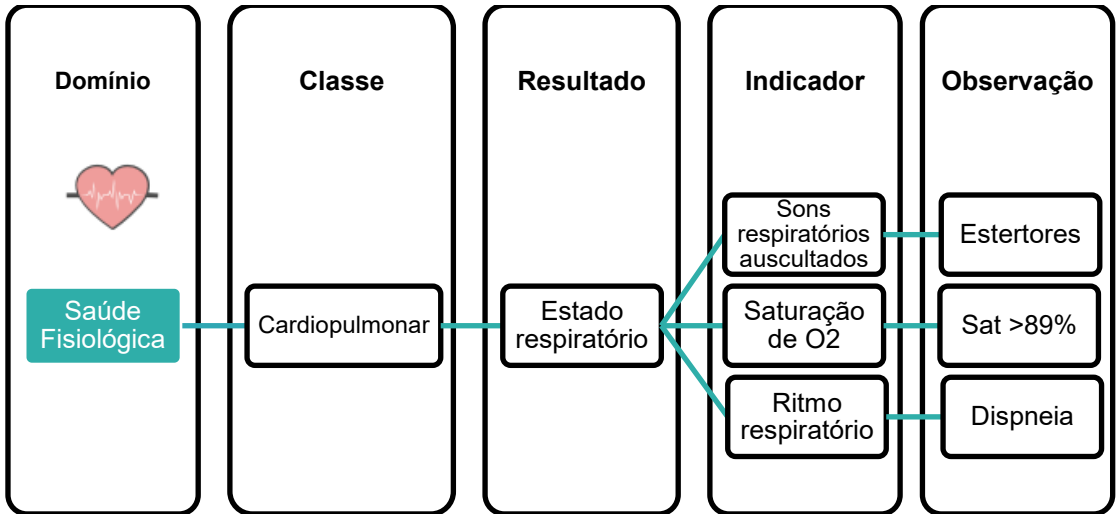
Fonte: Moorhead, Johnson, Maas e Swanson<sup>1</sup>.

Os indicadores e medidas representados na Figura 9 dizem respeito aos níveis 4 e 5 da taxonomia.

A utilização das escalas de mensuração com seus respectivos resultados é crucial, tendo em vista que as escalas foram escolhidas para se alinharem semanticamente com o resultado e os indicadores<sup>1</sup>.

A Figura 10 ilustra como a observação da enfermagem está mapeada ao indicador, ao resultado de Estado Respiratório e à classe Cardiopulmonar, dentro do domínio Saúde Fisiológica. O quadro é de um paciente com as seguintes respostas humanas: presença de estertores durante a ausculta pulmonar, dispneia e queda de saturação.

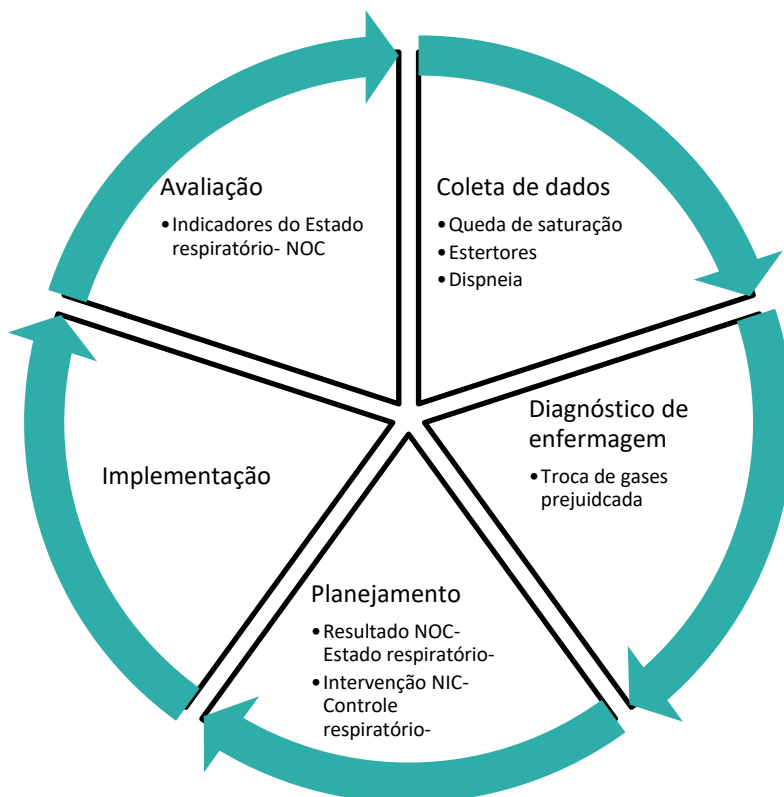
**Figura 10.** Relação das observações de enfermagem com indicadores, resultados, classes e domínios.



Fonte: Adaptada de Moorhead, Johnson, Maas e Swanson<sup>1</sup>.

Os achados relativos à observação de respostas humanas, demonstrados na Figura 10, são provenientes da investigação contínua, primeira etapa do PE. Dessa forma, observa-se ainda como o ele se dá de forma cíclica, e como as ligações de terminologias contribuem significativamente com o raciocínio clínico em todas as suas etapas.

**Figura 11.** Representação cíclica do Processo de enfermagem com a interligação das linguagens padronizadas de NANDA-I, NIC e NOC.



Fonte: O autor

As observações podem ser referentes a uma primeira avaliação ou até mesmo após a implementação de intervenções de enfermagem. Nesse sentido, a necessidade da enfermagem em definir resultados dos pacientes que sejam sensíveis ao cuidado de enfermagem cresce progressivamente e, dessa forma, existe uma preocupação acerca da efetividade das intervenções de enfermagem e qualidade dos cuidados de saúde, tendo em vista o crescimento da gestão em saúde, a ênfase em segurança e contenção de custos e a necessidade de prática baseada em evidência<sup>1</sup>.

Portanto, os enfermeiros que incorporam a NOC em suas práticas são capazes de quantificar mudanças no estado do paciente após intervenções de enfermagem e monitoração do progresso do paciente na direção do resultado desejado. Isso pressupõe que esse conteúdo seja ensinado em programas educacionais e que os enfermeiros na prática recebam educação sobre essas classificações<sup>1</sup>.

### **Ligações NANDA-I, NIC e NOC**

O livro “Ligações NANDA-I, NIC e NOC” se trata de um trabalho que representa o julgamento de membros seletos das equipes de pesquisa da NIC e da NOC, incluindo acadêmicos, clínicos e estudantes<sup>4</sup>. A 3ª e última edição publicada desse livro, de 2012, e as ligações constantes nessa edição associam diagnósticos da NANDA-I, versão 2009/2011, intervenções da NIC da 5ª edição, e resultados da NOC, da 4ª edição<sup>4</sup>. Ressalta-se que, por esse motivo, este capítulo optou por trazer as linguagens com o detalhamento das suas taxonomias separadas, ainda com o objetivo de mostrar as atualizações das edições.

As taxonomias, exemplificadas pelos sistemas de classificação de enfermagem aqui tratadas, são ilustrações da síntese do conhecimento disciplinar. As ligações que unem os diagnósticos de enfermagem e as condições clínicas às intervenções e resultados de enfermagem são, em essência, uma “síntese da síntese” integrando o conhecimento de enfermagem em um todo coesivo, e preparando os enfermeiros para o raciocínio de “cenário amplo” da era conceitual emergente<sup>5</sup>.

Portanto, as Ligações NNN, juntas, representam o domínio da enfermagem em todos os cenários e especialidades<sup>4</sup> e, nesse sentido, a utilização em diversas partes do mundo na educação, na prática clínica e na pesquisa vem aumentando conforme mais enfermeiros, clínicos, membros do corpo docente das faculdades e acadêmicos progredem a uma enfermagem de prática avançada e baseada em evidências.

## REFERÊNCIAS

1. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC: Classificação dos resultados de enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2020.
2. Nanda International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Trad. de Garcez RM. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 459 p.
3. McCloskey JC, Bulechek GM. NIC: Classificação das intervenções de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2020.
4. Jonhson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Ligações NANDA-NOC-NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
5. Gardner H. Five minds for the future. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
6. Gordon M. Nursing nomenclature and classification system development. Online J Issues Nurs [Internet]; 1998.
7. Tannure MC; Pinheiro AM. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.



# Capítulo XII



## Mapa conceitual para elaboração de diagnósticos de Enfermagem

Mateus Lopes do Nascimento<sup>39</sup>

**Resumo:** Os mapas conceituais são ferramentas gráficas para a organização e representação do conhecimento. A construção de mapas conceituais facilita o levantamento de dados, sua interpretação e seu agrupamento, por meio da elucidação de proposições que dão sentido à relação dos conceitos e, desse modo, pode facilitar a identificação de diagnósticos de enfermagem. No contexto do ensino do diagnóstico de enfermagem, entende-se que a utilização do mapa conceitual auxilia no desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico durante sua identificação.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem. Educação em Enfermagem. Aprendizagem por Associação.

### Mapa conceitual para elaboração de Diagnósticos de Enfermagem

Neste capítulo, iremos discutir sobre a utilização do Mapa Conceitual (MC) para elaboração de diagnósticos de enfermagem (DE). Mas, antes, faz-se necessário o entendimento sobre essa estratégia que pode ser utilizada para múltiplas funcionalidades. Neste momento, o foco estará voltado para o processo de enfermagem (PE) no que diz respeito ao DE.

---

<sup>39</sup> Enfermeiro graduado pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) no Distrito Federal (DF). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Faculdade Futura. Pós-Graduando em Docência do Ensino Superior pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais (IPEMIG). Enfermeiro de Família e Comunidade na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Pensando nisso, como vocês imaginam a formulação desses diagnósticos através do MC? A utilização do MC como estratégia para elaboração dos DE pode auxiliar no desenvolvimento do raciocínio clínico? Isso facilitaria a implementação das etapas subsequentes do PE?

Pensem nessas perguntas... Enquanto isso, seguimos adiante.

### **O que é Mapa Conceitual?**

O MC é uma ferramenta gráfica para a organização e representação do conhecimento<sup>1</sup>. Foi inicialmente idealizado, em 1972, por Novak e seus colaboradores, na Universidade de Cornell, nos Estados Unidos, como ferramenta para o estudo das mudanças no entendimento dos conceitos pelas crianças<sup>1</sup>. Posteriormente, apoiados pelos estudos de Ausubel sobre a teoria da aprendizagem significativa com base cognitiva, Novak e colaboradores desenvolveram o MC como uma ferramenta para facilitar a aprendizagem significativa, projetando-o para todas as áreas do conhecimento, independentemente da idade e nível intelectual<sup>2</sup>.

O mapa inclui conceitos, geralmente dentro de círculos ou quadros de alguma espécie, e relações entre conceitos, que são indicadas por linhas que os interligam<sup>1</sup>. As palavras sobre essas linhas, que são palavras ou frases de ligação, especificam os relacionamentos entre dois conceitos<sup>1</sup>.

Existem diferentes estratégias de ensino utilizadas para desenvolver habilidades de pensamento crítico e, dentre elas, destaca-se o MC, considerado uma representação gráfica que estimula a organização de conceitos e a união entre teoria e prática<sup>3</sup>. Por meio do MC, identificam-se conceitos-chaves de um fenômeno específico que são unidos para mostrar suas conexões e fornecer informações sobre o conteúdo, estrutura e inter-relações de conhecimento no fenômeno identificado<sup>3</sup>.

Dessa forma, na linguagem da Enfermagem, os fenômenos podem ser os problemas, as necessidades humanas básicas alteradas

ou os DE que os pacientes apresentam. Assim, nosso objetivo é trabalhar com esses fenômenos para a elaboração de MC.

### **Mapa Conceitual e Diagnóstico de Enfermagem**

No contexto do ensino do DE, entende-se que a utilização dessas estratégias auxilia no desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico durante sua identificação. Sendo assim, diferentes estratégias podem ser utilizadas de forma associadas para desenvolvimento dessas habilidades<sup>3</sup>.

A construção de MC facilita o levantamento de dados, sua interpretação e seu agrupamento por meio da elucidação de proposições que dão sentido à relação dos conceitos e, desse modo, podem facilitar a identificação de DE<sup>3</sup>.

Nesse sentido, um aspecto importante refere-se ao ensinar e ao aprender o DE, por se tratar de um processo interpretativo e complexo de julgamento e raciocínio clínico que envolve habilidades de pensamento crítico e de tomada de decisão<sup>3</sup>.

A elaboração dos mapas pode auxiliar no desenvolvimento do raciocínio lógico e, conseqüentemente, no discernimento para a tomada de decisão quanto ao DE por possibilitar a visualização de conceitos inter-relacionados dispostos em uma configuração significativa e, assim, colaborar com o entendimento de fenômenos específicos da prática de enfermagem<sup>3</sup>.

O MC pode ser elaborado em papel, mas, hoje, conta-se com auxílio de *softwares* para sua confecção, como o *Cmap Tools*<sup>4</sup>, utilizado para fazer a autoria de mapas em que o usuário elabora e cria as figuras, podendo compartilhar o conhecimento expresso com outros usuários<sup>3</sup>.

Assim, em nossa experiência de ensino e aprendizagem, na utilização de *softwares* de MC, recomendamos, inicialmente, a confecção em papel para facilitar a utilização de um programa computacional posteriormente.

É importante frisar que o fato de dois conceitos estarem unidos por uma linha é importante porque configura que há, no entendimento de quem fez o mapa e de quem o interpreta, uma relação entre os conceitos<sup>3</sup>. Não existem regras fixas para a elaboração, mas o importante é que exista uma compreensão do significado entre os conceitos<sup>3</sup>.

### **Passo a passo para elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem utilizando o Mapa Conceitual**

Para a elaboração dos DE, é necessário que o profissional/estudante/interno tenha conhecimento das etapas do PE, em especial, das suas duas etapas iniciais, que seriam: histórico de enfermagem ou coleta de dados (entrevista e exame físico) e DE.

Para a construção do MC, deverão ser incluídas todas as informações colhidas na etapa de coleta de dados, sejam elas subjetivas e/ou objetivas, tais como, dados da entrevista de enfermagem ou anamnese, exames laboratoriais e de imagem, terapias medicamentosas e dados do exame físico.

Após levantamento desses dados, partiremos para a construção dos mapas. Aqui utilizaremos a classificação NANDA-I para chegar aos DE e usaremos o *software Cmap Tools* como ferramenta para sua confecção. É importante frisar, também, que podemos elaborá-los em uma folha de papel, pois o princípio será o mesmo.

Para ilustrar, utilizaremos um caso clínico de um paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

### **Caso Clínico**

A.C.S, 27 anos, sexo feminino, casada, 2 filhos, 4º dia de pós operatório mediato na UTI de Craniotomia + clipagem de aneurisma. Paciente sofreu uma hemorragia subaracnóidea e aneurisma cerebral.

**Histórico de saúde:** Portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada. Não realizava acompanhamento de HAS na Unidade Básica de Saúde. Nega outras comorbidades. Nega tabagismo, alcoolismo e outras drogas.

**História de doença atual:** Alimentação por via oral com boa aceitação. Eliminação vesical em sonda vesical de demora, de coloração e aspecto fisiológico, sem grumos. Eliminação intestinal ausente há 7 dias. Sono e repouso preservado. Afirma que tem dormido bastante durante o dia. Higiene corporal e oral preservada. Relatou dor na ferida operatória (escala numérica de dor 5) de duração contínua.

**Ao exame físico:** Apresentava-se consciente e orientada no tempo e no espaço. Normotensa, normocardica, eupneica em ar ambiente e afebril. Pele e mucosas normocoradas e hidratadas. Aparelho Respiratório: padrão respiratório regular. Murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios. Aparelho cardíaco: bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros audíveis. Abdomen: normotenso, timpânico à percussão, indolor à palpação. Membros: bem perfundidos, sem edemas. Com acesso venoso central (AVC) em veia subclávia direita, sem sinais flogísticos em óstio de inserção. Presença de ferida operatória de aproximadamente 20 cm em região parietal e temporal da cabeça (sem sinais de infecção, limpa e seca). Relata dor e desconforto no local da lesão.

A partir deste caso clínico, iremos criar o MC. Observem que no histórico de enfermagem constam dados colhidos através de uma entrevista (dados subjetivos), seguidos de dados objetivos, como observação do paciente no leito, exame físico e busca de informações no prontuário<sup>5</sup>. Todos esses dados devem ser levados em consideração para a formulação dos DE através do MC.

Primeiramente, devemos elencar um domínio, neste caso, teremos a identificação do paciente que poderá ser através da sigla do nome ou data de nascimento, ou idade. Preferencialmente, que esteja negrito, ou colorido, para que fique claro que é dali que iremos tomar como referência para a leitura do mapa.

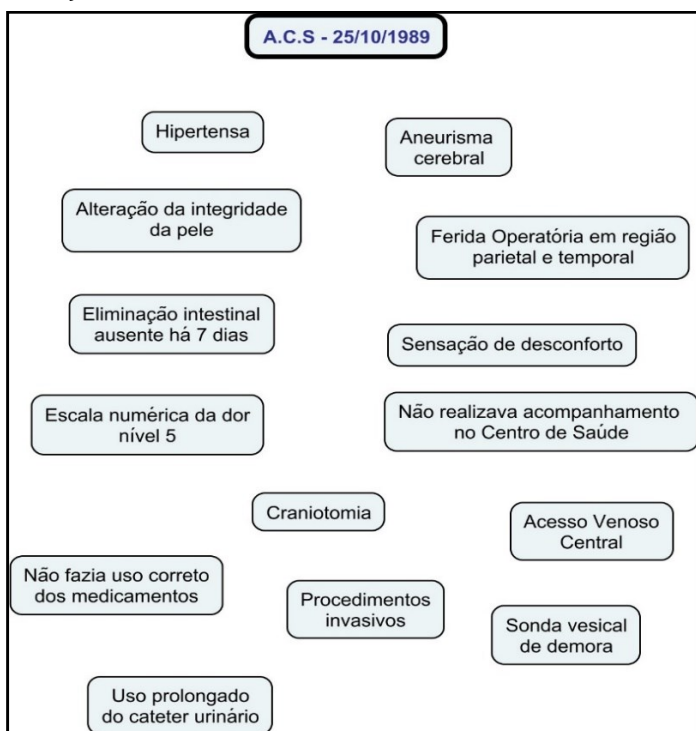
Não há a obrigatoriedade de que o domínio esteja centralizado, ele poderá estar lateralizado ou no topo da folha. Porém, tratando-se

que do domínio irão partir muitos conceitos-chaves, ele estar centralizado ajudaria na didática para se chegar aos DE, uma vez que um conceito-chave pode estar relacionado a mais de um diagnóstico.

Após definição do domínio, o próximo passo é identificar os conceitos-chaves que se associam a esse domínio. Na Figura 1, o domínio seria o **A.C.S - 25/10/1989**, e os conceitos-chaves: *hipertensa, aneurisma cerebral, alteração da integridade da pele...* e assim sucessivamente.

Esses conceitos poderão ser listados e, a partir dessa lista, serão transferidos para dentro do MC à medida que determinamos onde eles se encaixam. No contexto de DE, esses conceitos-chaves serão os problemas de saúde, estados de risco e/ou disposição para a promoção da saúde encontrados na etapa de coleta de dados.

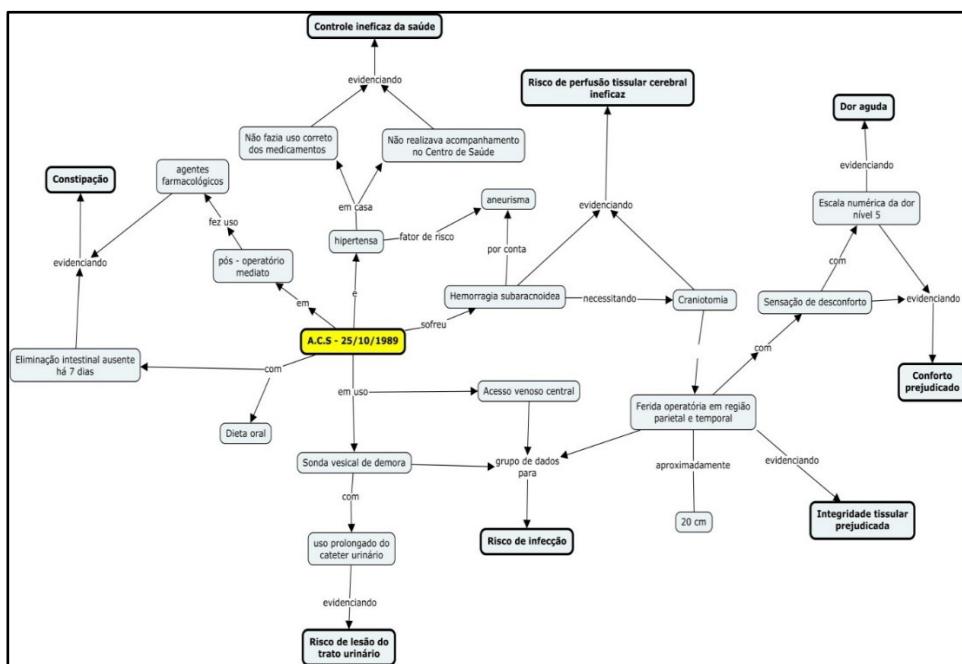
**Figura 1. Conceitos-chaves listados para depois serem utilizados na construção do MC.**





Após elencados os conceitos-chaves, podem-se mover esses conceitos junto com as frases de ligação para reestruturar o mapa. É importante compreender que todos os conceitos são de algum modo relacionados uns aos outros<sup>1</sup>. Vale ressaltar que se devem evitar frases dentro das caixas, isto é, frases completas usadas como conceito<sup>1</sup>.

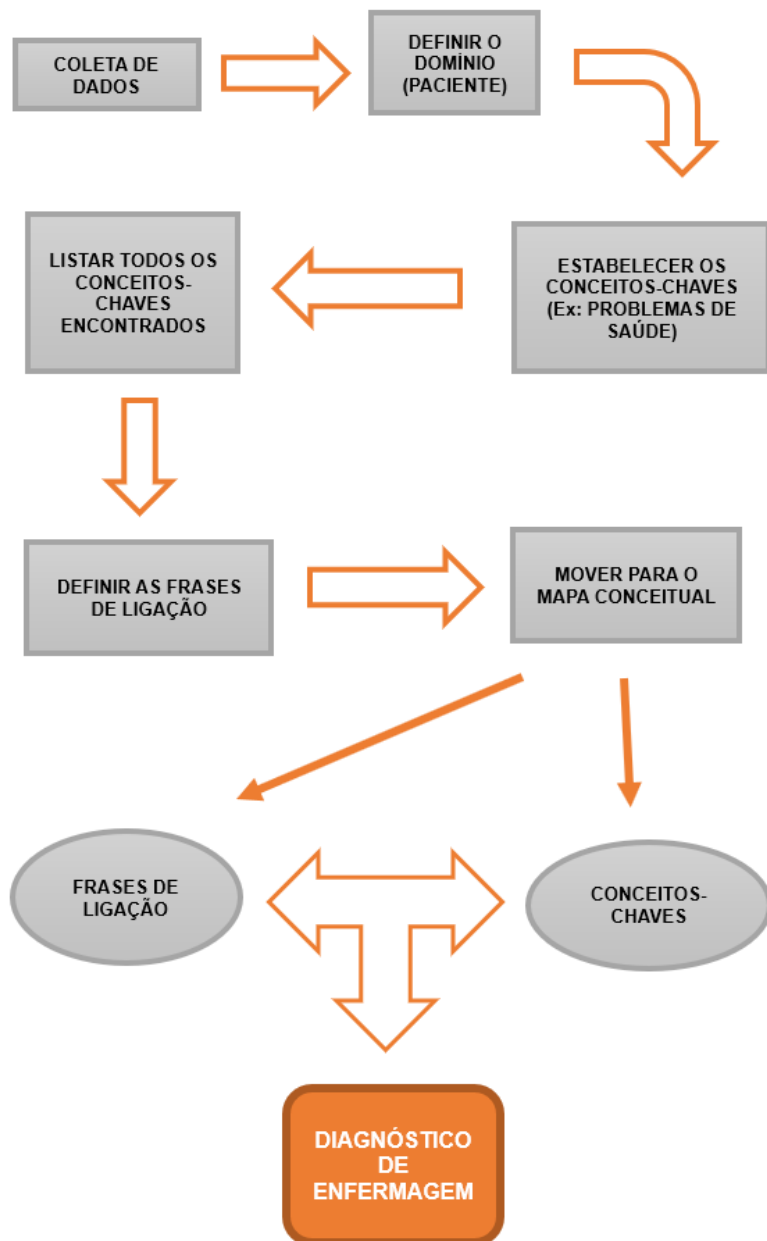
Na Figura 2, temos o MC do caso acima com os principais DE elencados.



**Figura 2. MC criado com base no caso clínico.**

Deve-se considerar que na formação dos DE está sendo utilizada a classificação NANDA-I, porém, descritos somente os títulos diagnósticos, uma vez que não tem espaço para descrição dos fatores de risco, dos fatores relacionados e das características definidoras. Entretanto, podem perceber que os conceitos-chaves associados com as frases de ligação subentendem os fatores e as características definidoras conforme a taxonomia.

### Para Recapitular!!!



Com base nos questionamentos levantados no início deste capítulo, vemos que a elaboração dos DE através do MC auxilia no desenvolvimento do raciocínio clínico do profissional/estudante/interno, uma vez que as informações do paciente ficam visíveis e se entrelaçam para a formação dos DE, dessa forma facilitando a implementação das subseqüentes fases do PE, como o planejamento, implementação e avaliação do cuidado.

Em um estudo, cujo objetivo era identificar os DE prevalentes em uma UTI coronariana utilizando MC, a experiência de identificar DE através da construção de MC contribuiu para o raciocínio clínico tanto no início da estruturação do mapa, quanto na leitura após seu término<sup>6</sup>.

A prática de aplicação do MC na formulação de DE no ensino favorece o desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico do discente e a organização do processo de análise e síntese dos dados coletados nos casos clínicos<sup>6</sup>. Além disso, auxilia na organização das ideias e conceitos por meio de uma estrutura visual gráfica<sup>6</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Novak JD, Canãs AJ. A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elabora-los e usa-los. *Prax. Educ.*, 2010 jan-jun; 5(1):9-29. <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v5i1.009029>
2. Domenico DBL, Piconez SCB, Gutiérrez MGR. Mapas conceituais para a resolução de casos clínicos como uma estratégia de ensino e aprendizagem a ser explorada na formação de enfermeiros: um ensaio. *Online Braz J of Nurs* 2009; 8(1):1-10.
3. Bittencourt GKGD, Schaurichll D, Marinilll M, Crossetti MGO. Aplicação de mapa conceitual para identificação de diagnósticos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 2011 set-out; 64(5): 963-7.
4. Cogo ALP, Pedro ENR, Silva APSS, Specht AM. Avaliação de mapas conceituais elaborados por estudantes de enfermagem com apoio de software. *Texto Contexto Enferm*, 2009 jul-set; 18(3):482-8.
5. Nanda. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e Classificação 2015 – 2017*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
6. Neves RS, Assunção LSF. Diagnósticos de enfermagem na unidade de terapia intensiva coronariana: utilizando o mapa conceitual. *Com. Ciências Saúde*. 2018; 29(4):226-35.

# Capítulo XIII



## Aplicação do método SOAP no Processo de Enfermagem

Rinaldo de Souza Neves<sup>40</sup>

Carla Sousa Silva<sup>41</sup>

Luana Fernandes dos Reis<sup>42</sup>

**Resumo:** Este capítulo tem como principal objetivo discutir a utilização dos registros de enfermagem por meio do método SOAP – Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano nas etapas do Processo de Enfermagem. Desta forma, buscou-se elaborar as questões norteadoras para a apresentação do texto, assim como a estruturação de casos clínicos que possam colaborar para a aprendizagem deste método de registro pela equipe de enfermagem. Concluímos que o método SOAP consiste em uma forma organizada de realizar a descrição dos dados da evolução de enfermagem em prontuários.

**Palavras-chave:** Registros de enfermagem. Processo de enfermagem. Prontuário eletrônico.

---

<sup>40</sup> Enfermeiro. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem - Coren-DF, gestão 2017-2020. E-mail: rinaldodesouza@gmail.com

<sup>41</sup> Graduanda em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Membro da Liga Acadêmica de Curativos da ESCS. E-mail: carlasousa1997@gmail.com

<sup>42</sup> Graduanda em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Membro da Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade da ESCS. E-mail: luanareisbsb@gmail.com

## **Aplicação do método SOAP no Processo de Enfermagem**

Este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir o método SOAP - Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano como um sistema de registro de enfermagem que pode ser utilizado no Processo de Enfermagem (PE). Desta forma, apresentamos as seguintes questões que norteiam esta discussão:

1. Como podemos utilizar os sistemas de registro do SOAP para realizar as anotações e evoluções de Enfermagem?
2. Quais os sistemas de registros podem ser utilizados na prática do cuidado de enfermagem?
3. Qual a importância dos sistemas de registro e do SOAP para a equipe de enfermagem?
4. Os sistemas de registro compõem as etapas do PE?
5. Os sistemas de registro de enfermagem podem ser utilizados na atenção primária e atenção hospitalar?

Inicialmente, ressalta-se que os registros de enfermagem correspondem a 50% das informações registradas no prontuário referentes à condição clínica de um usuário e dos cuidados a ele prestados. Além das variadas finalidades associadas ao ensino, pesquisa, auditorias, respaldo legal e monitoramento estatístico, os registros de enfermagem viabilizam a comunicação entre os profissionais de enfermagem e os demais membros da equipe de saúde acerca dos eventos documentados e a avaliação da qualidade da assistência fornecida<sup>1</sup>.

Esses registros compõem o PE, normatizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) através da Resolução nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE em ambientes públicos ou privados nos quais ocorre o cuidado profissional de enfermagem<sup>2</sup>.

O PE deve ser aplicado a partir de um aporte teórico, de modo sistemático, em cinco etapas interdependentes: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e avaliação de enfermagem<sup>2</sup>.



Vale salientar que o suporte teórico que sustenta cientificamente o PE equivale aos modelos conceituais e Teorias de Enfermagem que devem ser utilizados durante todas as etapas em que a equipe de enfermagem executa os registros em qualquer método de organização da assistência ao cuidado.

Nesse sentido, o prontuário dos usuários deve conter o registro do PE, visto que é responsabilidade dos profissionais de enfermagem o fornecimento de informações completas acerca das ações prestadas, a fim de garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente<sup>2,3</sup>.

Neste ponto, é necessária, por parte da equipe de enfermagem, a atenção, a fim de reforçar que os registros permitem a comunicação não só com a equipe de enfermagem, mas com todos os profissionais de saúde, seja nos momentos de passagem de plantão, nas consultas, nas discussões de casos clínicos ou mesmo durante uma conversa informal entre os profissionais durante a assistência ao usuário/cliente/paciente e seus familiares. Logo, o registro auxilia no acompanhamento do quadro clínico dos pacientes, além de reforçar a continuidade terapêutica.

Sendo assim, a enfermagem poderá lançar mão de sistemas de registro, sendo um deles o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), também denominado de História Clínica Orientada ao Problema (HCOP), ou ainda Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP), que pode ser utilizado por meio do sistema e-SUS da Atenção Básica (AB)<sup>4</sup>. Esse método é composto por quatro áreas essenciais para o registro clínico:

- Base de dados da pessoa;
- Lista de problemas ou Folha de rosto;
- Notas de evolução clínica, também intituladas de notas SOAP, e Fichas de acompanhamento ou Fichas de resumo; e
- Fluxograma.

Essa estratégia de gestão da informação preconiza o registro individualizado em saúde, com vistas ao acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos; à integração dos diversos sistemas de informações oficiais existentes na AB; à redução da coleta e registro de investigações em mais de uma ficha ou sistema simultaneamente; à informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS); à otimização da gestão do cuidado com novas tecnologias; e à coordenação do cuidado, a partir de dados de gestão e cuidado em saúde de qualidade<sup>4</sup>.

É importante pontuar que, para fins dos objetivos do capítulo, dar-se-á ênfase às notas de evolução clínica do RCOP, isto é, o registro do atendimento, que corresponde ao acrônimo SOAP, ou seja, Subjetivo (S), Objetivo (O), Avaliação (A) e Plano (P)<sup>6</sup>. O sistema denominado SOAP consiste em uma ferramenta de anotação utilizada como um método de organização da evolução de enfermagem em prontuários e, por conseguinte, padroniza os registros em fases sequenciadas. Embora possua suas etapas bem esclarecidas, não impede a liberdade e a criatividade do enfermeiro em realizar esses registros nas evoluções em prontuários<sup>5</sup>.

As etapas do SOAP são aplicadas da seguinte maneira:

**1. Subjetivo (S):** Bloco que contém informações da entrevista clínica sobre o motivo do atendimento<sup>6</sup>. Esse registro é realizado em campo aberto e/ou através da codificação dos motivos da consulta, utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária 2<sup>a</sup> edição (CIAP2) e algumas notas, se necessário<sup>4</sup>.

**Figura 1.** SOAP: Subjetivo.

SUBJETIVO

Caracteres restantes: 4000

Motivo da consulta

CIAP2

Notas

CIAP2	Descrição	Notas
Nenhum item encontrado.		

Fonte: Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

**2. Objetivo (O):** Contempla dados da observação do profissional de saúde, do exame físico e exames complementares<sup>6</sup>. Tais dados são anotados em campos abertos e/ou estruturados, incluindo um conjunto de dados antropométricos, sinais vitais, vacinação, glicemia capilar e exames solicitados, avaliados e seus resultados. Para atendimento de indivíduos do sexo feminino, é disponibilizado o bloco “Mulher” para preenchimento da data da última menstruação (DUM)<sup>4</sup>.

**Figura 2.** SOAP: Objetivo.

**OBJETIVO**

**B** **I** **U** **≡** **≡** **≡** **≡** **T**

Caracteres restantes: 4000

**Antropometria**

Perímetro cefálico  cm    Peso  kg    Altura  cm    **IMC** --

**Sinais Vitais**

Pressão arterial  /  mmHg    Frequência respiratória  mpm    Frequência cardíaca  bpm

Temperatura  °C    Saturação de O<sub>2</sub>  %

**Vacinação em dia?**

Sim     Não

**Glicemia**

Glicemia capilar  mg/dL    Momento da coleta  x ▾

**Exames solicitados e / ou avaliados**

Solicitado	Avallado	Nome do exame	Resultado
Nenhum item encontrado com o critério selecionado.			

[Adicionar](#)

Fonte: Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

**Figura 3.** Objetivo: Grupo mulher.

**Mulher**

DUM

Última DUM registrada: 02/09/2018

Fonte: Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

**Figura 4.** Objetivo: Lista de exames.

Exames solicitados e/ou avaliados			
Solicitado	Avaliado	Nome do exame	Resultado
31/05/2015	31/05/2015	COLESTEROL TOTAL	Sim → 🔍 ✎ ✕
31/05/2015	31/05/2015	CREATININA	Sim → 🔍 ✎ ✕
31/05/2015		DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	Não → 🔍 ✎ ✕
31/05/2015		DOSAGEM DE POTASSIO	Não → 🔍 ✎ ✕
31/05/2015		DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	Não → 🔍 ✎ ✕
31/05/2015	31/05/2015	EAS/EQU	Sim → 🔍 ✎ ✕
31/05/2015	31/05/2015	ELETROCARDIOGRAMA	Sim → 🔍 ✎ ✕
31/05/2015		GLICEMIA	Não → 🔍 ✎ ✕
31/05/2015		HDL	Não → 🔍 ✎ ✕
31/05/2015		HEMOGLOBINA GLICADA	Não → 🔍 ✎ ✕

1
2
>
Adicionar

Fonte: Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

**3. Avaliação (A):** O profissional avalia, a partir de seu raciocínio clínico, o problema, queixa ou necessidade de saúde, faz inferências e o denomina<sup>6</sup>. É feito o preenchimento obrigatório do código do problema e/ou condição identificada no atendimento, com pelo menos um código, CIAP2 ou Classificação Internacional de Doenças 10<sup>a</sup> revisão

(CID10), sendo também possível incluir uma nota. Para acompanhar o problema ou condição em atendimentos futuros, basta incluí-lo na “Lista de problema/condição” como “Ativo”<sup>4</sup>.

**Figura 5.** SOAP: Avaliação.

**AVALIAÇÃO**

B I U ☰ ☰ ☰ ☰ T

Caracteres restantes: 4000

**Problema e / ou condição detectada** ✕

CIAP2  ✕

CID10  ✕ Filtro CIAP2 X CID10

Notas

Inserir na lista de problema / condição como ativo.

Confirmar

CIAP2	Descrição da CIAP2	CID10	Descrição do CID10	Nota
Nenhum item encontrado.				

Fonte: Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

**4. Plano (P):** Trata-se da evolução do plano de cuidados ou condutas a serem adotadas diante do problema identificado, por meio de um campo aberto e/ou usando códigos da CIAP2<sup>4,6</sup>. O sistema contém ferramentas para emitir e controlar atestados e licença-maternidade para o usuário; solicitar exames; registrar lembretes que serão visualizados na folha de rosto para as consultas seguintes; prescrever medi-

camientos; visualizar o histórico de prescrições e lista de medicamentos; imprimir receituários com as medicações prescritas no momento; elaborar orientações para o paciente; registrar e imprimir a guia de encaminhamentos do cidadão para outros serviços de assistência à saúde<sup>4</sup>.

**Figura 6.** SOAP: Plano.

The screenshot displays the 'PLANO' (Plan) section of a SOAP interface. At the top, there is a rich text editor with a toolbar containing icons for bold, italic, underline, bulleted list, numbered list, and link. Below the editor, it indicates 'Caracteres restantes: 4000'. The main section is titled 'Intervenção e / ou procedimentos' and contains a dropdown menu for 'CIAP2' and a text area for 'Notas'. A 'Confirmar' button is located to the right of the 'Notas' field. Below this is a table with three columns: 'CIAP2', 'Descrição', and 'Notas'. The table is currently empty, showing the message 'Nenhum item encontrado.' At the bottom of the interface, there are six navigation icons with labels: 'Atestados' (document with red circle), 'Exames' (document with red cross), 'Lembretes' (document with green circle), 'Prescrição de medicamentos' (document with blue cross), 'Orientações' (document with blue pencil), and 'Encaminhamentos' (document with red cross and people icons).

Fonte: Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

Dessa forma, o SOAP compõe a história clínica do usuário que, por sua vez, é orientada por problema<sup>4</sup>, permitindo, assim, uma rápida recuperação das informações clínicas de um indivíduo, assegurando a continuidade do cuidado<sup>6</sup>.

Diante de sua disposição padronizada e caráter legal, sigiloso e científico, o SOAP permite uma comunicação efetiva com os demais

profissionais de saúde, o que possibilita a continuidade da assistência prestada ao indivíduo<sup>5</sup>.

Em favor disso, se constitui como um instrumento que pode ser aplicado para sistematizar o registro de enfermagem na evolução diária em detrimento de suas estruturas de forma simplificada e sequencial. Concomitantemente a isso, pode ser implementado com o intuito de proporcionar acesso às informações, seja para as consultas cotidianas, seja para a contribuição de pesquisas<sup>5</sup>.

Em analogia ao PE, as fases “Subjetivo” e “Objetivo” auxiliam a execução do histórico de enfermagem, a fase “Avaliação” corresponde ao diagnóstico de enfermagem, ao passo que o “Plano” equivale ao planejamento e implementação de enfermagem. Posto isto, o método SOAP se faz adequado para a aplicação do PE, seja na atenção primária ou na atenção hospitalar<sup>7</sup>.

Neste sentido, pode-se dizer que as fases do SOAP correspondem também às etapas do PE, principalmente no que se refere ao registro dos dados do paciente. Sugere-se também que as fases S e O do SOAP equivalham a todas as fases do PE, nas quais se têm os registros de dados objetivos e subjetivos do usuário/cliente/paciente, principalmente nas etapas do Histórico e evolução de enfermagem e nos registros de anotações de enfermagem, que não é citada na literatura como uma fase ou etapa do PE. Contudo, na prática diária, identificam-se relatos de sinais e sintomas (dados objetivos e subjetivos) documentados principalmente pelos técnicos e auxiliares de enfermagem<sup>7</sup>.

Em um episódio de cuidados, o registro do atendimento se inicia pelo problema percebido pelo cidadão e sua necessidade de cuidado, seguida do motivo da consulta por ele relatado, o problema de saúde identificado pelo profissional de saúde e a intervenção de cuidado. Sob essa lógica, o motivo da consulta é registrado no bloco Subjetivo do SOAP, e deve ser codificado como o paciente se expressa, possibilitando o registro de mais de um motivo da consulta. O problema de saúde é registrado no campo Avaliação do SOAP. Por fim, a intervenção ou procedimento de cuidado é anotado no bloco Plano do SOAP<sup>4</sup>.

## **Casos Clínicos de Notas de Evolução SOAP**

### **Caso Clínico 1: Aplicação de SOAP na APS**

**S - SUBJETIVO:** L. C. F. compareceu à unidade para realizar consulta de enfermagem. Identificação: 25 anos, ensino médio completo, trabalha como vigilante em um hospital público, reside com a esposa que se encontra no segundo trimestre de gestação. Tipagem sanguínea O, Rh negativo, SIC do paciente. Nega comorbidades, alergias, acidentes e cirurgias prévias. Relata que mãe possui DM tipo 2. Nega etilismo, tabagismo e prática de exercícios físicos. Compareceu com o cartão de vacinas. Não recebeu as vacinas contra Influenza e o reforço da dT. Hábitos de vida: alimentação saudável; ingestão hídrica de 2l/dia; eliminações vesicointestinais presentes; diárias e sem alterações; padrão de sono e repouso preservado. CIAP2- Motivo da consulta: exame médico/avaliação de saúde completo.

**O - OBJETIVO:** Dados antropométricos: Peso: 75 kg; Altura: 1,76 m; IMC: 24,21 kg/m<sup>2</sup>. SSVV: normotensa (PA: 126x84mmHg); normocárdica (FC: 88bpm); eupneica (FR: 18irpm); normotérmica (T: 36,6°C). Ao exame físico: paciente orientado, deambulando sem dificuldades, fâcies normal, pele e mucosas hidratadas e normocoradas, acianóticas, anictéricas. Cabeça e pescoço: crânio normocefálico, com boa distribuição e higiene capilar; pupilas isocóricas e fotorreagentes; nariz simétrico, mucosa nasal íntegra; boa higiene oral, ausência de cáries; linfonodos occipitais, cervicais, submandibulares e submentoniano não palpáveis. Aparelho cardiopulmonar: BCNF em 2T, não ausculto sopros, pulso radial simétrico e forte. Tórax plano, MV em toda a extensão pulmonar, sem RA, claro pulmonar à percussão, ausência de uso de musculatura acessória. Abdome: abdome flácido, RH hipoativos, timpânico à percussão, indolor à palpação. MMSII: TEC < 2s, turgor da pele preservado, sinal de Bandeira, Bancroft e Homans negativos, pés ressecados (2+/4+).

### **A - AVALIAÇÃO:**

- NECESSIDADE HUMANA BÁSICA (NHB): Terapêutica.
- DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Calendário vacinal inadequado para a idade.



- **RESULTADO ESPERADO:** Espera-se que o paciente atualize o cartão vacinal conforme preconizado pelo calendário vacinal de seu estado.

CIAP2- Problema de saúde: consulta com o profissional da APS.

**P - PLANO:**

- Solicitada glicemia em jejum, VDRL, Hemograma, Lipidograma e Eletroforese de hemoglobina.

- Coletado teste rápido de sífilis, hepatite B e HIV/anti-HIV, com resultados Não reagentes.

- Encaminhado para a sala de vacina da unidade para atualizar o cartão vacinal.

- Estimulado a praticar exercícios físicos.

- Agendado retorno para avaliação de resultado de exames.

**Caso Clínico 2: Aplicação de SOAP na Atenção Hospitalar**

**S - SUBJETIVO:** Motivo da consulta – assistência de enfermagem no hospital. A.B.C., 85 anos, internada devido à desidratação e desconforto respiratório; aposentada, reside em Formosa-GO sozinha em sua casa, porém no mesmo lote. Possui 5 filhos, viúva há 46 anos, é católica. Histórico de saúde – Esquema vacinal completo e atualizado. HAS, diverticulite, glaucoma e megaesôfago chagásico. Nega etilismo. Ex-fumante do tipo cigarro de palha (aproximadamente há 65 anos). Sedentária, não realiza caminhadas devido ao histórico de quedas (2 episódios). Histórico familiar – Possui histórico familiar de hipertensão (irmãos). Histórico de medicamentos – Faz uso contínuo de Captopril, Anlodipino, Caverdilol e colírios para glaucoma (Combigan e Azopt). Histórico da internação – Está internada no Hospital desde o dia 12/02. No dia 05/03, a acompanhante relata que à noite teve delírios. Alimenta-se através da SNE. Eliminações vesicais - não foi possível a verificação devido aos episódios diarreicos na fralda. Eliminações intestinais 1x durante o período da madrugada - manhã (05/03) de aspecto pastosa, marrom escuro e fétidas. Não obteve bom padrão de

sono. Higiene corporal sendo feita atualmente em aspersão na cadeira de banho. Pouco comunicativa e desorientada no espaço (afirma não saber onde está) com conteúdo desconexo com as perguntas realizadas.

**O - OBJETIVO:** Apresentava-se às 7h30 com os seguintes SSVV: Tax: 35,8°C; PA: 128x78mmHg; FR: 20 rpm; FC: 121 bpm. Ao exame, paciente consciente, desorientada no espaço, acamada com movimentos no leito, hipocorada e emagrecida. Cabeça e pescoço: crânio normocefálico. Pupilas isocóricas e fotorreativas, conjuntiva hipocorada (++/+++). Movimentação ocular preservada. Mucosa nasal íntegra e desidratada. Seios paranasais indolores à palpação. Mucosa oral desidratada e língua saburrosa. Veias jugulares visíveis. Tireóide palpável. Mobilidade da traqueia preservada. Presença de Acesso Venoso Central em JIE. AR: tórax plano. Paciente eupneica. Sem o cateter de O2 e SatO2 de 87% em ar ambiente. Respiração profunda. Presença de MVF em toda a extensão dos pulmões com presença de roncos de transmissão audível no ápice dos ambos os pulmões. Dreno de tórax na base do pulmão esquerdo, com drenagem no sistema de selo d'água de 50 ml de aspecto límpido amarelado, sem sangue e sem grumos, no entanto, saída de líquido de quantidade significativa pelo orifício. ACV: RCR, BNF em 2T nos quatro focos de ausculta, ausência de sopros. ABD: abdome flácido. RHA+ hiperativos nos 4 quadrantes. À percussão apresenta sons timpânicos em inguinal, flanco e hipocôndrio esquerdos e as demais regiões, sons submaciços. MMSS: frias e com hematomas, TEC = 3 seg, mobilidade preservada. Edema nas mãos (+/+++), Pulsos radial e braquial palpáveis. Nas articulações, apresenta-se edemaciada (+/++++). MMII: frias, TEC = 3 seg, Mobilidade limitada (flexão anormal) Sinais de TVP negativos. Edema do MIE (+++ /+++ ) e edema do MID (+++ /+++ ). Pulsos pedioso e tibial posterior filiformes.

DISPOSITIVOS: SNE e Dreno de tórax.

ACHADOS LABORATORIAIS: Resultado da urocultura (04/03) - Flora bacteriana (+++), filamento de muco (+), cilindros hialinos (++) . De acordo com os dados, sugestivo de Infecção urinária.

#### **A - AVALIAÇÃO:**

- ESCALA DE MORSE: 60 pontos, alto risco para quedas.

- ESCALA DE BRADEN: 12 pontos (risco alto).

- NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHBs):

- 1) Segurança física e meio ambiente.
- 2) Regulação Vascular.
- 3) Regulação Neurológica.

- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

1) Risco de Choque associado à infecção (ITU) e à hipóxia (SatO<sub>2</sub> em 87%).

2) Débito Cardíaco Diminuído associado à alteração da pós-carga caracterizada por cor de pele anormal, pulsos periféricos diminuídos (MMII), tempo de preenchimento capilar prolongado e taquicardia (121 bpm).

3) Confusão Aguda relacionada à alteração no ciclo sono-vigília, mobilidade prejudicada associada à população de risco idade ≥ 60 anos associada a *delirium* e à infecção caracterizada por alterações das funções cognitivas e psicomotoras e percepções incorretas.

- RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Diminuição do risco de choque.
- 2) Pulsos periféricos dos MMII aumentados.
- 3) Saber dizer o local que está.

**P - PLANO:**

- Elevar a cabeceira a 45°:

- Elevar os MMII.

- Realizar exercícios de movimentação dos MMII, conforme a tolerância da paciente.

- Acompanhar o tratamento da infecção urinária e realizar novos exames de urina para verificar a evolução da infecção.

- Realizar a troca de fraldas com mais frequência.

- Realizar a lavagem da região íntima com água e sabonete neutro.
- Estimular a paciente com atividades interativas no período diurno.
- Descobrir estratégias de entretenimento da paciente.

### **Considerações Finais**

Os registros de enfermagem fazem parte das informações escritas nos prontuários dos pacientes e dizem respeito às condições clínicas e aos cuidados que foram prestados diante daquele cliente. Vale ressaltar que os registros constituem importantes ferramentas de ensino, pesquisa, auditorias, respaldo legal e monitoramento estatístico, além da viabilização da comunicação entre os profissionais de enfermagem e até outros profissionais de saúde de forma documentada.

Esses registros estão inclusos no PE, normatizado pela Resolução Cofen nº 358/2009, o qual se constitui como um modo sistemático de prestação de assistência de enfermagem, mediante o uso de modelos conceituais, bem como das Teorias de Enfermagem. Justifica-se a relevância de se possuir dados documentados dos pacientes de forma clara, sistematizada por meio de sistemas de registro simplificados e padronizados para documentar todo o cuidado de enfermagem.

Dessa forma, percebe-se que os registros de enfermagem são fundamentais para a assistência em saúde, sobretudo na implementação das etapas do PE. Embora o ato de realizar o registro pareça não ter inovação nenhuma, o método SOAP consiste em uma forma organizada de realizar a descrição de diagnósticos e dos dados da evolução de enfermagem em prontuários.

Ante os aspectos observados, o método SOAP, ao padronizar os registros em fases sequenciadas, direciona a aplicação das etapas do PE que, por sua vez, fomenta uma assistência de enfermagem que seja de qualidade, eficiente e eficaz, além de segura e de forma documentada.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2016.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [acesso em 15 out 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html)
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 6 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2017.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 466 p.
5. Schulz RS, Silva MF. Análise da Evolução dos Registros de Enfermagem uma unidade cirúrgica após implantação do método SOAP. Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto. 2011;10(supl. 1):91-9.
6. Dermazo MMP, Oliveira CA, Gonçalves DA. Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro. São Paulo: UNIFESP; 2011 [acesso em 11 out 2020]. Disponível em: [https://www.una-sus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf](https://www.una-sus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf)
7. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. Resposta técnica nº 002/2020. Brasília: COREN-DF; 2020.



# Capítulo XIV





# **Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP: um método para o ensino do processo diagnóstico de enfermagem**

**Huara Paiva Castelo Branco<sup>43</sup>**

**Kátia Rodrigues Menezes<sup>44</sup>**

**Resumo:** Neste capítulo, iremos discutir elementos para o ensino do processo diagnóstico por meio da Aprendizagem Baseada em Problemas, metodologia que tem se mostrado efetiva no ensino de cursos da área de saúde desde a década de 1960. Exemplificaremos como um grupo de docentes de uma instituição pública do Distrito Federal executa essa estratégia pedagógica, cuja aplicação se efetiva em sessões tutoriais onde os estudantes, em pequenos grupos, discutem sobre situações-problema que estimulam o raciocínio clínico de forma crítico-reflexiva, tendo a figura do docente como mediador na construção do conhecimento.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Ensino. Aprendizagem Baseada em Problemas.

---

<sup>43</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências para a Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pela ESCS. Especialista em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF). Docente do curso de graduação em enfermagem da ESCS. E-mail: huara.branco@escs.edu.br

<sup>44</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pela ESCS. Servidora pública na Secretaria de Estado de Saúde do DF, foi Docente (2010-2020) e Gerente de Avaliação (2018-2020) do Curso de Graduação em Enfermagem da ESCS. Hoje atua na Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Regional do Guará/DF. E-mail: katiamez@outlook.com

A necessidade de direcionar os estudantes de enfermagem ao desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico nos Estados Unidos, em 1950, culminou no desenvolvimento do processo de enfermagem (PE). Logo, a ideia da metodologia capaz de promover a autonomia profissional e possibilitar um cuidado individualizado difundiu-se e sua aplicação na prática assistencial foi amplamente incentivada. Inicialmente, a etapa diagnóstica de enfermagem (DE) era considerada como parte integrante da coleta de dados que, por sua vez, era voltada para a identificação de problemas<sup>1</sup>.

Todavia, os eventos geradores das necessidades de saúde não eram explicitados. Assim, em 1970, tornou-se indispensável atribuir um sentido às observações clínicas da enfermagem, resultando na efetiva inserção da etapa DE ao método clínico. Gradativamente, estudos acerca do raciocínio e pensamento crítico permearam a ciência da enfermagem, e ao longo dos anos tornou-se imprescindível na formação acadêmica<sup>1</sup>.

Dessa forma, o julgamento clínico rotineiro fundamenta a tomada de decisão e configura-se como alicerce da profissão. Através de uma atuação sistematizada e operacionalizada pelo PE, a enfermagem passou a nominar seus fenômenos de forma padronizada contribuindo para o reconhecimento profissional<sup>2</sup>. Ademais, o PE tem o potencial de organizar e melhorar a assistência, além de configurar como instrumento de avaliação do cuidado prestado<sup>2-4</sup>. Para colocá-lo em prática, é fundamental que o enfermeiro aplique o raciocínio clínico, o qual deve ser desenvolvido desde a sua formação<sup>4</sup>.

## **O Ensino do Raciocínio Diagnóstico em Enfermagem**

Um dos elementos fundamentais para o ensino superior em enfermagem é o raciocínio diagnóstico. Como parte do PE, ele provém da análise e processamento dos dados advindos da avaliação clínica, bem como o estabelecimento das relações entre eles, identificação de necessidades humanas ou vulnerabilidade e tomada de decisão<sup>5</sup>.

Segundo a NANDA Internacional Inc. (NANDA-I)<sup>6</sup>, o DE refere-se ao julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou

potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.

Nessa perspectiva, a acurácia diagnóstica requer o desenvolvimento de competências, as quais exigem habilidades intelectuais e processos mentais que envolvem o pensamento, concepção, julgamento e raciocínio. Dessa forma, o enfermeiro precisa ordenar sua forma de pensar para demonstrar seu conhecimento a partir da escolha do DE<sup>7,8</sup>.

As expressões raciocínio clínico, julgamento clínico, pensamento crítico, raciocínio diagnóstico e tomada de decisão são atribuídas aos processos mentais envolvidos no estabelecimento do DE e, por vezes, são tratadas como sinônimos. O raciocínio clínico define-se por pensamento reflexivo, indutivo e dedutivo, concebido a partir dos conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Isto é, a maneira na qual as informações assimiladas são interpretadas e as conclusões aplicadas como cuidado em saúde. Abarca os complexos conceitos de cognição e metacognição<sup>5,9</sup>.

O julgamento clínico compreende quatro aspectos que, continuamente, se correlacionam: o reconhecimento de padrões, também a partir de experiências prévias, a atribuição de significados aos dados identificados, a resposta às demandas de saúde e a reflexão acerca dos resultados obtidos a partir das intervenções oferecidas. Pensar de forma crítica reflete um juízo dotado de objetivo, que é autorregulador, associado, de alguma forma, à tomada de decisão, ao raciocínio diagnóstico, ao julgamento clínico e à resolução de problemas<sup>9,10</sup>.

O raciocínio diagnóstico envolve ordenar o conhecimento em padrões, entrelaçados entre si, de forma a tornar a informação facilmente acessível durante a avaliação. Abrange reconhecer os sinais e sintomas, analisar e julgar as situações clínicas de forma a convertê-los em enunciado diagnóstico<sup>11</sup>. A tomada de decisão, por sua vez, refere-se à coleta, interpretação e ação, intermediada pelas informações, desafios éticos e emocionais e, sobretudo, produzir um cuidado sob pressão temporal<sup>9</sup>.

Assim, o processo de pensamento, que leva ao raciocínio clínico ou diagnóstico, passa a apreensão de ideias sobre uma necessidade

humana, distinção entre conceitos similares e conclusão a partir de dois ou mais juízos correlatos e previamente conhecidos. A capacidade de julgar está diretamente relacionada às vivências e conhecimentos adquiridos, pois trata-se de um recurso cognitivo interpretativo. Além disso, alicerça-se nas habilidades para o desenvolvimento do pensamento crítico, dentre elas, nas cognitivas de transformar informação em conhecimento, no domínio teórico, na experiência clínica e nos hábitos da mente<sup>8,12</sup>.

O amadurecimento dessas habilidades é essencial à construção do raciocínio clínico e primordial para a tomada de decisão integrada à prática assistencial para o atendimento dos usuários dos sistemas de saúde. Nesse sentido, a aplicação dos DE no dia a dia assistencial repercute em uma assistência segura e qualificada. Isso porque os diagnósticos expressam o raciocínio empregado, denotando seu conhecimento científico, sendo, portanto, necessário o desenvolvimento de estratégias de ensino centradas na aquisição de habilidades para diagnosticar<sup>13</sup>.

### **Métodos para Diagnosticar e Enfermagem**

É de suma importância que, na academia, os enfermeiros aprendam os conceitos relativos aos DE, de forma a apreender padrões nos dados clínicos obtidos por meio da avaliação de enfermagem, sabendo analisar as causas (fatores relacionados) apresentadas pelo indivíduo, relacionando às evidências clínicas (características definidoras). Os enfermeiros também devem compreender os significados atribuídos ao contexto da promoção da saúde, reconhecendo o desejo do indivíduo de melhorar seu estado atual de saúde e bem-estar<sup>10</sup>.

Para tanto, faz-se necessário o entendimento dos componentes e indicadores diagnósticos, visto que sua escolha é um processo multidimensional e produto de uma sequência de passos, os quais exigem criticidade na sua elaboração. A seguir, serão descritos alguns métodos de raciocínio aplicáveis à ciência da enfermagem.

Segundo a NANDA-I<sup>6</sup>, as etapas entre a avaliação do paciente ao estabelecimento do diagnóstico envolvem triagem inicial a partir da

anamnese e exame físico; análise ou interpretação dos conceitos profissionais subjacentes aos dados coletados; agrupamento de informações que se relacionam; hipótese diagnóstica; avaliação detalhada para garantir a acurácia; confirmação ou refutação dos diagnósticos potenciais; e por fim, a priorização, considerando as necessidades de saúde.

O método postulado por Risner refere que, após coletados os dados, o processo de diagnosticar contempla a análise e síntese, que compreende a categorização das informações de forma ordenada e lógica e a identificação de divergências ou lacunas. Nesse momento, o diagnosticador agrupa as evidências em padrões, compara com a literatura, estabelece uma inferência e propõe as causas etiológicas. A escolha do diagnóstico alicerça-se na inferência e representa a nomeação dele a partir de uma taxonomia de enfermagem<sup>14</sup>.

O modelo integrativo de raciocínio clínico desenvolvido por Kamitsuru e Herdman<sup>6</sup> apoia a utilização de DE dentro do contexto assistencial, aplicando a metodologia da Teoria Dedutiva. Nesse modelo, os dados que o enfermeiro obtém são categorizados como características definidoras e fatores relacionados. Conforme são agrupados em padrões, estabelecem-se as hipóteses que representam problemas ou situações de risco em potencial para o indivíduo.

A avaliação de enfermagem é um componente essencial nesse modelo, pois o agrupamento de sinais, sintomas e fatores causais permitem um DE preciso e, por conseguinte, estabelecem uma ligação clara com os indicadores diagnósticos e orientam as intervenções de enfermagem<sup>10</sup>.

Percebe-se que, independente do método, o processo de diagnosticar em enfermagem exige o desenvolvimento da habilidade de enxergar, a partir das evidências clínicas apresentadas pelo indivíduo, fenômenos da enfermagem. Exige ainda o estabelecimento de conexões entre sinais e sintomas, agrupando-os em categorias que compartilham características em comum, incluindo etiologia, prognóstico, transmissão, tratamento, cenário clínico, etc.<sup>15</sup>.

## **A Aprendizagem Baseada em Problemas no Contexto do Diagnóstico de Enfermagem**

O cotidiano assistencial do enfermeiro caracteriza-se pelo contínuo reconhecimento das necessidades dos indivíduos sob seu cuidado e, sobretudo, a escolha de soluções precisas, as quais perpassam a explicação do por que elas ocorrem e o que pode ou não ser feito para solucioná-las ou amenizá-las. Por essa razão, é imprescindível que, durante a formação acadêmica, sejam adotadas estratégias pedagógicas estimulantes, através das quais se desenvolva uma aprendizagem significativa. Nesse sentido, as metodologias ativas (MA) se destacam como promotoras de criatividade, reflexão e criticidade. Além disso, aliam a emoção à cognição, facilitando, assim, o aprendizado<sup>4,16</sup>.

A partir de seu caráter dinâmico, as MA potencializam o trabalho em grupo, bem como impulsionam a autonomia do estudante na medida em que o torna protagonista e construtor do seu conhecimento que, por sua vez, articula teoria e prática<sup>17</sup>. Dentre as várias metodologias, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) tem relevância entre os cursos da área da saúde<sup>17</sup>.

A aplicação da ABP como estratégia pedagógica na área da saúde tem sido relatada desde a década de 1960 através da resolução de situações-problema, onde são trabalhadas, além de aspectos cognitivos, as habilidades e atitudes. Nela os estudantes evocam conhecimentos prévios para a análise do problema e devem responder a questões disparadoras de objetivos de aprendizagem que exigem aplicação do conhecimento, favorecendo um estudo crítico-reflexivo e ultrapassando a simples memorização de conteúdos. As discussões acontecem nas sessões tutoriais com a participação de 8 a 10 estudantes e um docente, cuja atuação deve ser de facilitador da aprendizagem, instigando os estudantes a buscar o conhecimento a fim de responder às demandas apresentadas no problema com vistas à uma tomada de decisão<sup>18-20</sup>.

As sessões tutoriais seguem uma estrutura na qual o raciocínio clínico e crítico são estimulados, seguindo sete passos<sup>21</sup>. Inicialmente, é realizada a leitura do problema que foi construído intencionalmente por um grupo de docentes, a fim de integrar conteúdos e proporcionar discussão em grupo. Em seguida, sob a coordenação de um dos parti-

cipantes do grupo, os termos desconhecidos são levantados e os estudantes empenham-se em esclarecê-los. Após identificarem o problema envolvido na situação, são elaboradas questões cujas respostas evocam conteúdos e experiências prévios na etapa de levantamento de hipóteses e também evidenciam lacunas de conhecimento. O secretário da sessão tutorial realiza um compilado do que foi discutido, resumindo as hipóteses levantadas. A partir das etapas anteriores são elaborados os objetivos de aprendizagem, cuja redação norteará os estudos individuais. Após o estudo individual, o grupo volta a se reunir para rediscutir o problema, à luz dos novos conhecimentos, confrontando também com as hipóteses anteriormente elaboradas.

Parte estrutural da ABP, o problema, ou situação-problema, é de extrema importância nessa estratégia, pois é através dele que os estudantes alcançam os objetivos de aprendizagem propostos<sup>22</sup>. Contendo elementos centrais e secundários, devem ser estimulantes e construídos de maneira que permitam a discussão e o levantamento de questões e hipóteses sobre a temática abordada<sup>23</sup>. As situações apresentadas devem refletir a realidade e ter relevância para a formação profissional, bem como desenvolver não só a capacidade cognitiva dos estudantes, mas também suas habilidades e atitudes. Além disso, os problemas devem ser redigidos de forma a promover discussões a partir de conhecimentos prévios, sem apresentar elementos que distraiam o grupo, levando-o a focar em assuntos não relevantes ou que destoam dos objetivos de aprendizagem<sup>22,23</sup>.

### **Relato de Experiência: Ensino do Processo Diagnóstico de Enfermagem por meio da ABP**

A partir da aplicação de MA em seu projeto pedagógico, o Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), executa seu currículo em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais propostas para os cursos de enfermagem no Brasil<sup>24</sup>. A fim de aliar teoria e prática, trabalha-se com currículo integrado em dois programas educacionais: Módulos Temáticos (MT) e Habilidades Profissionais em Enfermagem (HPE). No MT, utiliza-se a ABP, enquanto em HPE é adotada a Metodologia da Problematização (MP).

A ABP na ESCS é empregada em sessões de Dinâmica Tutorial (DT) e segue os sete passos descritos anteriormente. A partir dos MT, as áreas de conhecimento de interesse da enfermagem são integradas através de problemas elaborados por docentes pertencentes ao quadro de pessoal da instituição. Cada módulo é organizado por um docente denominado coordenador, cuja atuação abrange a confecção dos problemas com objetivos de aprendizagem definidos a partir da ementa inserida no Projeto Pedagógico do Curso. Após elaborar os problemas, o coordenador os apresenta aos docentes da série e, mediante discussão colegiada, passam por refinamento para que seja garantida a qualidade pedagógica.

Considerando o currículo integrado e o seu desenvolvimento em espiral ascendente de conhecimento, os conteúdos relativos à formação do enfermeiro foram divididos ao longo dos quatro anos de curso. Nessa divisão, foi estabelecida uma ordem básica de temas a serem trabalhados, visando ao desenvolvimento gradual do raciocínio clínico e respeitando o amadurecimento do estudante ao longo do processo de formação.

Assim, também, aconteceu com o ensino do PE, ficando estabelecido que, no primeiro ano, os estudantes são apresentados aos pressupostos epistemológicos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), às teorias de enfermagem e às taxonomias.

No segundo ano, o enfoque é dado ao processo diagnóstico, aplicação prática das taxonomias NANDA-I e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e a prescrição de cuidados de enfermagem voltados aos DE elaborados e fundamentados nos conhecimentos das ciências básicas, porém, sem utilizar nomenclatura específica. No terceiro ano, além do processo diagnóstico, os estudantes aprimoram o raciocínio e iniciam a utilização da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e da Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC), tanto na ABP quanto em HPE. Após sedimentar o raciocínio seguindo essa sequência, os estudantes aplicam todas as etapas do PE durante o quarto ano do curso em cenários de aprendizagem da atenção primária e hospitalar.

Esse relato de experiência traz o processo de trabalho desenvolvido por docentes do segundo ano do Curso de Enfermagem da ESCS. O ensino do processo diagnóstico de enfermagem na instituição inicia-



se a partir da confecção dos MT e, após a determinação dos objetivos de aprendizagem, o docente/coordenador estabelece, a partir da literatura, o escopo do contexto disparador e sua abrangência. Geralmente, o tipo de problema escolhido é o desestruturado, que representa situações cotidianas as quais não apresentam uma única solução<sup>23</sup>. Assim, os estudantes podem desenvolver o raciocínio clínico aplicando a teoria a uma situação próxima à real, sendo, para tanto, estimulados a articular saberes.

Após a definição da situação clínica que subsidiará o processo diagnóstico de enfermagem, e em condições onde a taxonomia a ser abordada é a NANDA-I, o problema é elaborado considerando os sete domínios, dependendo do objetivo de aprendizagem. Além disso, considera-se também a abordagem filosófica do cuidado adotada na instituição: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta<sup>25</sup>.

No segundo ano do curso, ao problema são acrescentados elementos que permitam ao estudante elaborar o processo diagnóstico utilizando a taxonomia NANDA-I. Como os discentes ainda estão iniciando o desenvolvimento do raciocínio clínico, os elementos conduzem, preferencialmente, à construção de diagnósticos prioritários, apesar de permitirem, também, o estabelecimento de outras inferências diagnósticas. Após construída a situação-problema e validada pelos docentes da DT do segundo ano, aplica-se uma estratégia educativa acerca da temática, cuja finalidade é instrumentalizar o estudante para aplicação prática do processo raciocínio diagnóstico.

### **Ensino do Processo Diagnóstico de Enfermagem aplicado à situação de uma mulher com necessidades de saúde resultantes da Síndrome Pré-Menstrual por meio da ABP**

Reunidos em grupo, os participantes escolhem um coordenador e um secretário a cada sessão de DT. No primeiro momento, denominado abertura, o coordenador, apoiado pelo docente, estimula a participação de todos e, após a leitura do problema (Quadro 1), aplicam os sete passos, visando à proposição de resoluções à situação envolvida no problema. Para tal resolução, é preciso que os estudantes elaborem

objetivos de aprendizagem utilizando a Taxonomia de Bloom<sup>26</sup> como norteador dos domínios cognitivos a serem atingidos no módulo.

**Quadro 1.** Exemplo de problema utilizado em sessão de DT para trabalhar a temática da assistência de enfermagem a uma mulher com necessidades de saúde resultante da síndrome pré-menstrual. Brasília, 2020.

Jennifer, 30 anos, buscou atendimento na Unidade Básica de Saúde pois, nos dias que antecedem o ciclo menstrual, sente sensibilidade e inchaço nas mamas, cólicas e cefaleia. Além disso, apresenta alterações no padrão de sono e no apetite com aumento da necessidade em consumir açúcar, ansiedade, irritabilidade e agressividade sem motivo aparente. Relata: “Sinto-me com os nervos à flor da pele e sem energia para realizar minhas atividades diárias, pois não me sinto descansada”.

A enfermeira Débora a acolhe e identifica IMC 27 Kg/m<sup>2</sup>, comportamento sedentário (≥ 2 horas/dia) e hábito de beliscar alimentos com frequência. Além de, nos dias que antecedem à menstruação, padrão de sono não restaurador devido ao desconforto físico gerado pelos sintomas. Débora avalia e mensura a dor de Jennifer, a partir de escala numérica, constatando intensidade moderada, a partir do quadro clínico a enfermeira elabora o processo diagnóstico e propõe intervenções de enfermagem para a paciente.

Fonte: Autoria própria.

Durante o segundo momento da ABP, os estudantes aplicam o método para o raciocínio diagnóstico adotado pela instituição seguindo as etapas: coleta de dados, agrupamento, inferência, identificação da NHB e estabelecimento do DE (Quadro 2). Na coleta de dados, o discente identifica as evidências de necessidades de saúde, fatores de risco e/ou potencialidades para alcançar melhores situações de saúde descritas na situação-problema.

Diante disso, os dados são organizados de forma lógica, a fim de alinhar o raciocínio clínico. Aos estudantes, é orientado que estabeleçam conjuntos a partir dos sinais e sintomas, identificando características em comum entre eles e estabelecendo relações entre as possíveis causas para o surgimento desses sinais/sintomas.

Baseado nos agrupamentos e fundamentados na literatura, espera-se, nesse momento, que o estudante demonstre os processos mentais que o levarão à formulação dos DE. Atribuindo juízo sobre as necessidades do indivíduo identificadas no problema, o estudante deverá estabelecer prioridades de atendimento à luz da teoria de Horta<sup>25</sup>.

Alicerçado nas inferências, inicialmente, o estudante localiza na NANDA-I o domínio, a classe e o título diagnóstico. Após a leitura da definição e análise do estudante, ele formula o DE estabelecendo coerência entre os indicadores diagnósticos. No Quadro 2 é apresentado um exemplo da aplicação do processo diagnóstico de enfermagem no segundo ano da ESCS.

**Quadro 2.** Esquema didático para o raciocínio clínico e elaboração do DE.

Coleta de Dados	Agrupamento	Inferência	NHB	Diagnóstico
30 anos, sensibilidade e inchaço nas mamas, cólicas e cefaleia. Alterações no padrão de sono e no apetite com aumento da necessidade em consumir açúcar, IMC 27 Kg/m <sup>2</sup> , comportamento sedentário e hábito de beliscar alimentos com frequência. Padrão de sono não restaurador devido ao desconforto físico gerado pelos sintomas, relato de não sentir-se descansada. Intensidade moderada da dor.	1) Alterações no padrão de apetite com aumento da necessidade em consumir açúcar, hábito de beliscar alimentos com frequência, IMC 27 Kg/m <sup>2</sup> .	Excesso de peso	Psicobiológica Subcategoria: nutrição	<b>Sobrepeso</b> <u>evidenciado</u> por IMC >25kg/m <sup>2</sup> <u>relacionado</u> a comportamentos alimentares desorganizados.
	2) Alterações no padrão de sono, não restaurador devido ao desconforto físico gerado pelos sintomas e relato de não sentir-se descansada.	Padrão de sono alterado	Psicobiológica Subcategoria: sono e repouso	<b>Insônia</b> <u>evidenciada</u> alteração no padrão de sono, padrão de sono não restaurador e insatisfação com o sono <u>relacionada</u> desconforto físico.
	3) Cólicas e cefaleia. Intensidade moderada.	Dor moderada	Psicobiológica Subcategoria: percepção	<b>Dor aguda</b> <u>relacionada</u> à agente biológico lesivo <u>evidenciado</u> por autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor

Fonte: Autoria própria.

## **Discussão do Desenvolvimento do Processo Raciocínio Diagnóstico**

Um dos aspectos essenciais à determinação de um DE é a capacidade do indivíduo em distinguir situações similares a partir da relação entre os indicadores clínicos e os fatores contribuintes, estabelecendo, assim, o raciocínio clínico efetivamente<sup>27</sup>. Nas discussões, o docente orientará os estudantes para a necessidade do estabelecimento de prioridades, além da importância de distinguir-se DE semelhantes, a fim de aplicar o DE pertinente.

Assim, ao docente cabe a tarefa de levar o grupo de estudantes a analisar as informações coletadas e ordená-las de maneira que subsidiem a elaboração dos DE, conforme as necessidades apresentadas. É importante que o docente oriente sobre nuances que, diante da inexperience dos estudantes, passem despercebidas. Ademais, o docente, usando suas habilidades cognitivas, experienciais e de comunicação, será responsável por dar significado à elaboração dos DE, sempre instigando os estudantes a refletir sobre sua importância no cotidiano profissional.

Considerando-se o caso aqui apresentado, entre os DE da NANDA-I<sup>6</sup> relacionados ao domínio sono e repouso, tem-se insônia, distúrbio no padrão de sono e privação do sono. Define-se distúrbio no padrão de sono como “despertares com tempo limitado em razão de fatores externos”<sup>6</sup>. São características definidoras (CD), alteração no padrão de sono, dificuldade no funcionamento diário, insatisfação com o sono, dentre outras. Os fatores relacionados (FR) incluem barreira ambiental (ruído ambiental, exposição à luz, temperatura do ambiente, local não familiar, imobilização, interrupção causada por outro), padrão de sono não restaurador (pelas responsabilidades de cuidador, parceiro de sono e privacidade insuficiente)<sup>28</sup>.

Já a privação do sono refere-se a “períodos prolongados sem suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa que proporciona o descanso”<sup>6</sup>. Caracteriza-se capacidade funcional diminuída e outros sinais e sintomas de comprometimento das funções do sistema nervoso. Podendo, também, ser causado pelo padrão de sono não restaurador<sup>6</sup>.

A insônia conceitua-se por “distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o desempenho normal das funções da vida diária”<sup>6</sup>. Pode estar relacionada ao desconforto físico, evidenciando-se pela presença da insatisfação ou alterações no padrão de sono e dificuldades no desempenho das funções diárias.

Percebe-se que diferenciá-los envolve o processo de interpretação dos sentidos atribuídos a cada DE. Assim, é primordial, identificar aspectos particulares a cada um e, especialmente, diante do contexto apresentado, qual deles se faz relevante à situação clínica em estudo. Outro aspecto a ser analisado refere-se ao compartilhamento de conceitos comuns que, para indivíduos com pouca experiência clínica ou conhecimento restrito acerca do tema, pode tornar complexo o processo de seleção do diagnóstico.

Nesse contexto de ABP, o docente desempenha o papel de facilitador da construção coletiva do conhecimento<sup>29</sup> e estimula os estudantes a transformarem a informação em conhecimento, levando-os a perceberem a aplicabilidade dos assuntos discutidos. Além disso, com sua experiência profissional, é capaz de conduzir o discente ao estabelecimento de prioridades entre os DE elaborados. Esse processo aguça o raciocínio e leva a uma tomada de decisão efetiva e eficaz. Faz-se um trabalho interpretativo com os discentes a partir da definição do DE, perpassando pela compreensão dos indicadores diagnósticos e leitura de artigos de validação diagnóstica.

Ademais, na construção das situações-problema, são incluídos parâmetros similares aos estabelecidos na NANDA-I, como o índice de massa corporal entre os limites do sobrepeso e obesidade, de forma que os discentes compreendam de forma clara as concepções teóricas envolvidas em ambos os conceitos.

Outra característica levada em consideração na elaboração e discussão das situações clínicas a serem estudadas é a interdisciplinaridade. Considerando que a obesidade é uma epidemia mundial, cuja prevalência está associada à interação entre os hábitos de vida e aos complexos fatores que a condicionam<sup>30</sup>, torna-se oportuna a discussão dessa problemática ainda nas séries iniciais do curso de enfermagem.

Por fim, durante as sessões de tutoria, são abordados os limites conceituais dos DE. A exemplo do diagnóstico de dor aguda, que é definido como “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial”<sup>6</sup>, causada pela presença de agente biológico, químico ou físico lesivo. Tendo em conta que a dismenorrea caracteriza-se pelo excesso de produção de prostaglandinas tecido endometrial, as quais provocam contratilidade e, conseqüentemente, resulta em isquemia e hipóxia do músculo uterino<sup>31</sup>.

Apesar de a expressão agente lesivo biológico fazer alusão à alteração patológica ou traumática, e a dismenorrea nem sempre estar associada à patologia prévia<sup>31</sup>, sabe-se que eventos biológicos que desencadeiam alterações celulares em órgãos e tecidos também são responsáveis por processos dolorosos<sup>32</sup>. Ademais, na ausência de uma terminologia que seja capaz de nominar claramente essa resposta humana alterada, e comumente presente no cotidiano assistencial do enfermeiro, optou-se por mantê-lo como subsídio para pesquisas futuras.

## **Conclusão**

Diante do exposto, a ABP, na experiência relatada, tem se mostrado uma ferramenta efetiva e eficaz para que os estudantes desenvolvam as habilidades requeridas para a aplicação do processo diagnóstico de enfermagem. Os estudantes, ao serem impelidos a responderem às demandas das pessoas envolvidas nas situações-problema, desenvolvem sua autonomia e criticidade. Sendo necessário utilizar mais do que sua capacidade de memorizar conteúdos, os estudantes aplicam seu conhecimento, gerando aprendizagem significativa.

## REFERÊNCIAS

1. Barros LM, Lemos IC, Carvalho DV. Processo de Enfermagem. In: Barros KM, Lemos IC. Processo de enfermagem: fundamentos e discussão de casos clínicos. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 13-19.
2. Sousa BVN, Lima CFM, Félix NDC, Souza FO. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. *J. nurs. health.* 2020 [acesso em 14 out 2020];10(2): e20102001. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/15083/11183>
3. Silva IAS, Fernandes JD, Paiva MS, Silva FR, Silva LS. The teaching of the nursing process. *Rev enferm UFPE on line.* [Internet]. 2018;12(9):2470-8. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a235896p2470-2478-2018>
4. Adamy EK, Zocche, DAA, Vendruscolo C, Almeida MA. Nursing education process: what the scientific productions provide / Ensino do processo de enfermagem: o que as produções científicas proferem. *Rev. Pesqui. Online.* 2020;12:800-7. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7502>
5. Menegon FHA, Santos JLG, Gonçalves N, Kahl C, Barreto MC, Gelbcke FL. Desenvolvimento do raciocínio clínico de enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência. *Rev Rene.* 2019;20:e40249. doi: 10.15253/2175-6783.20192040249
6. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação, 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
7. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Lopes MVO, Silva VG, Souza RO, Gonçalves LC. Acurácia na inferência de diagnósticos de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015;68(4):690-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680417i>

8. Carvalho EC, Oliveira-Kumakura ARS, Morais SCR. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017;70(3):662-8.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>

9. Nunes JGP, Amendoeira JJP, Cruz DALM, Lasater K, Morais SCR, Carvalho EC. Clinical judgment and diagnostic reasoning of nursing students in clinical simulation. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet].

2020;73(6):e20180878. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0878>

10. Herdman TH. Diagnósticos de Enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico. In: Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM, organizadores. *PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2013. p. 29-63. (Sistema de Educação Continuada a Distância).

11. Costa CPV, Araújo MHBL. Produção científica da enfermagem sobre raciocínio diagnóstico: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;10(1):152-62. doi: 10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201620

12. Góes SN, Hara CN, Fonseca LNM. Tecnologias educacionais digitais e sua contribuição para o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico em enfermagem. In: Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM, organizadores. *PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 5*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 79-106.

13. Lira ALBC, Frazão CMFQ. Aprendizagem baseada em problemas: uma estratégia para o ensino de diagnósticos de enfermagem. In: Herdman TH, Lopes MVQ, Almeida MA, organizadores. *PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 2*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 9-24.

14. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Griffith-Kenney JW, Christensen PJ. *Nursing Process application of theories, frameworks, and models*. 2. ed. St. Louis: Mosby; 1986. p. 124-51.



15. Brandão MAG, Peixoto MAP. Estratégias metacognitivas para ensino e aprendizagem de diagnósticos de enfermagem. In: Herdman TH, Napoleão AA, Takao C, Silva VM, organizadores. PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 4. Porto Alegre: Panamericana; 2016. p. 87-130.
16. Silva RR, Martins JDN, Carvalho DNR, Chagas GFA, Boulhosa MF, Pereira CEA, et al. O uso de metodologias ativas para educação em saúde sobre aleitamento materno: relato de experiência. REAS [Internet]. 2020 [acesso em 14 out 2020];12(10):e3717. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3717>
17. Souza LS, Santos DAN, Murgo CS. Metodologias ativas na educação superior brasileira em saúde. Rev. Inter. Educ. Sup. [Internet]. 2020 [acesso em 14 out 2020];70:e021015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/riesup/article/view/8656540>
18. Bezerra INM, Nascimento JL, Vieira NRS, Silva RPC, Monteiro VCM, Silverio ZR, et al. A utilização da aprendizagem baseada em problema (ABP) na formação em saúde: um relato de experiência. Rev. Ciênc. Plural [Internet]. 2020 [acesso em 14 out 2020];6(1):102-18. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18184>
19. Marques LMNSR. As metodologias ativas como estratégias para desenvolver a educação em valores na graduação em enfermagem. Esc. Anna Nery [Internet]. 2018; 22(3):e20180023. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0023>
20. Simon FC, Franco LFR. Estudo das metodologias ativas no ensino superior: revisão sistemática. BTS [Internet]. 2015 [acesso em 14 out 2020];41(1):24-35. Disponível em: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/54>
21. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? Rev. bras. educ. med. 2011;35(4):557-66. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016>

22. Lima GZ, Linhares REC. Escrever bons problemas. Rev. bras. educ. med. [online]. 2008;32(2):197-201. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000200007>

23. Aquilante AG, Silva RR, Avó LRS, Gonçalves FGP, Souza MBB. Situações-problema simuladas: uma análise do processo de construção. Rev. bras. educ. med. [online]. 2011;35(2):147-56. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000200002>

24. Escola Superior em Ciências da Saúde. Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem da ESCS. Brasília (DF): FEPECS; 2018 [acesso em 14 out 2020]. Disponível em: [http://www.escs.edu.br/arquivos/PPC\\_2018.pdf](http://www.escs.edu.br/arquivos/PPC_2018.pdf)

25. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 2011.

26. Ferraz APCM, Belhot RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gest. Prod. 2010;17(2):421-31. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>

27. Manzoli JPB, Correia MDL, Duran ECM. Definição conceitual e operacional das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2018;26:e3105. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2582.3105>

28. Oliveira AM, Fernandes WAAB, Fernandes MGM. Diagnósticos de enfermagem relacionados aos distúrbios do sono em idosos em serviço geriátrico. Enferm Bras 2020;19(4):280-9. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.2818>

29. Martins AC, Falbo Neto G, Silva FAM. Características do Tutor Efetivo em ABP – Uma Revisão de Literatura. Rev. bras. educ. med. 2018;42(1):105-14. <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20160100>

30. Ramos DBN, Burlandy L, Dias PC, Henriques P, Castro LMC, Teixeira MRM, et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de

prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020;36(6):e00116519. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00116519>

31. Guimarães I, Póvoa AM. Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2020;42(8):501-7. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712131>

32. Correia MDL, Duran ECM. Definição conceitual e operacional dos componentes do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda (00132). Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25:e2973. doi: 10.1590/1518-8345.2330.2973



# Capítulo XV



# Obstáculos para implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde

Luana Nunes Lima<sup>45</sup>

Lúcia Helena Bueno da Fonseca<sup>46</sup>

**Resumo:** Os enfermeiros defendem a Sistematização da Assistência de Enfermagem, mas sentem se desamparados dentro da realidade assistencial. A sistematização é considerada um instrumento de organização, controle e avaliação da assistência prestada. Sua implementação traz vantagens como: organização do cuidado, definição do papel do enfermeiro, mostra resultados para controle e avaliação da assistência. Como desafios o enfermeiro enfrenta a organização do próprio tempo e de sua equipe, número de pessoal, ambiente, instrumento de aplicação, falta de conhecimento do Processo de Enfermagem, credibilidade do processo pela equipe e falta de interesse próprio.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem. Implementação. Implantação.

---

<sup>45</sup> Graduada em Enfermagem pela Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). luananlima@gmail.com

<sup>46</sup> Mestre. Docente da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). lucia-fons@gmail.com

## **Introdução**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que, por meio de normas e regras profissionais, orienta o trabalho profissional, começou a ser implantada nas décadas de 1920 e 1930 por enfermeiros nos Estados Unidos e Canadá, nas instituições de ensino introduzidos em formato de estudo de casos. Somente com o passar dos anos, após várias teóricas, passou a ser considerada um instrumento de trabalho para a assistência direta da enfermagem<sup>1</sup>, sendo adotada mundialmente em formatos diferenciados, de acordo com as práticas de enfermagem, as legislações de cada país, a competências dos enfermeiros e as diferenças educacionais<sup>2</sup>.

No Brasil, a história mostra Wanda Horta, na década de 1980, como precursora do Processo de Enfermagem (PE), uma das maneiras de executar a SAE, também reconhecida como um saber-fazer específico da profissão. A SAE tornou-se um requisito legal e obrigatório a partir da Resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que foi revogada pela Resolução Cofen nº 358/2009, a qual preconiza a implementação da SAE e do PE em todos os ambientes em que ocorra a assistência de enfermagem. Todavia, apesar da normatização, são poucos os relatos de sua aplicação.

O PE nos possibilita identificar, compreender, descrever e explicar as respostas humanas alteradas, as mudanças exigidas e as intervenções profissionais executadas, com vistas a atingir determinados resultados. Ela é constituída por cinco etapas lineares: histórico de enfermagem ou coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência e avaliação. Trata-se de um método constituído de individualidade e direcionamento de problemas prioritários, capazes de proporcionar uma assistência holística, integral e individualizada<sup>3</sup>.

Mesmo com todas essas vantagens descritas, no Brasil, as dificuldades a serem vencidas são grandes e incluem desde o despreparo e a pouca credibilidade dos próprios profissionais na metodologia de trabalho ao tempo para a realização, a falta de material adequado de aplicação, a deficiência de abordagem nas escolas de formação dos enfermeiros, as atividades burocráticas e administrativas e o número de pessoal<sup>1,4</sup>. Enfermeiros que apresentam



dificuldades em utilizá-la podem estar em conflito com sua prática diária, devendo conhecer os padrões de saúde de seus serviços e suas limitações para atuar baseado em evidências<sup>2</sup>.

## **A SAE**

A SAE tem suas bases nas teorias de enfermagem, com seus modelos conceituais fundamentados na Teoria da Administração Científica e Clássica, onde o enfermeiro é o único a planejar e o técnico e os auxiliares executam sob sua supervisão<sup>1</sup>.

Esse instrumento é capaz de organizar o trabalho profissional, em se tratando de pessoal e instrumentos, de forma a operacionalizar as etapas do PE, que deve estar baseado em teoria que o oriente. Seu objetivo é a unificação das atividades de enfermagem, a fim de tornar o processo de trabalho claro, eficiente e uniforme, para ser realizado de modo sistemático e deliberado<sup>5</sup>. As rotinas, normas, procedimentos operacionais (POP) e sistêmicos (PS) nos auxiliam no gerenciamento do cuidado, mas não são exclusivos do enfermeiro<sup>4,5</sup>.

Por meio da SAE, o enfermeiro torna a enfermagem um cuidar científico, baseado nas ciências biológicas, físicas, comportamentais e humanas; delimita o papel profissional nos serviços de saúde e na história da enfermagem, valoriza a enfermagem, mostra autonomia, presta atendimento planejado e individualizado e aumenta a qualidade de assistência prestada ao indivíduo, família ou comunidade<sup>1</sup>.

Em pesquisa realizada sobre a aplicação da SAE na gestão<sup>7</sup>, em sua totalidade e continuamente, foram encontrados relatos de melhoria no gerenciamento e organização dos serviços, no controle de gastos e possibilidade de avaliação da assistência prestada. Com menor impacto, mas não menos importante, também observou-se melhora na qualidade da assistência, com diminuição no índice de erros e, conseqüentemente, maior segurança para o paciente, organização do tempo e melhor identificação dos problemas do paciente<sup>8</sup>.

Um estudo realizado em três hospitais de Governador Valadares, em Minas Gerais, verificou, a partir da implantação da SAE, melhor

qualidade na assistência, redução nos índices de infecção hospitalar, melhor desempenho técnico dos profissionais de enfermagem e, por fim, o controle de gastos<sup>8</sup>.

Estudos demonstram, ainda, a relação entre a SAE e as auditorias, pois os registros de enfermagem das etapas do PE - úteis para conhecimento e continuidade da assistência por todos os membros da equipe multiprofissional e que evidenciam o raciocínio clínico do enfermeiro - geram informações seguras e eficazes nas 24 horas de assistência, corroborando para mais uma vantagem na sua aplicação<sup>9</sup>.

Sendo a SAE o instrumento de trabalho do enfermeiro, sua orientação filosófica para o cuidado holístico e individualizado, quando instituída, permite a esse profissional uma prática clínica baseada em evidência, trazendo maior segurança para ele e para o paciente<sup>4,5</sup>.

## **Potencialidades e Desafios**

O desafio de implantar a SAE nos serviços de saúde no Brasil está principalmente relacionado à organização do cuidado e à definição do papel e da identidade do enfermeiro. Todavia, apenas sua total implantação seria capaz de mostrar os resultados obtidos pela equipe de enfermagem, a partir de dados para controle e avaliação da assistência prestada<sup>8</sup>.

Esse tema está sendo amplamente debatido, mas, por questões já mencionadas, o profissional não se sente motivado, ou ainda se sente incapaz para sua correta execução. Na prática clínica, alguns profissionais ainda afirmam que a implantação da sistematização pode ser frustrante e desanimadora por não alcançar os objetivos propostos. Contudo, as problemáticas do cotidiano não devem desanimar o profissional de enfermagem a expor seus conhecimentos científicos, já que não há garantias de que tais problemáticas deixarão de existir e, teoricamente, o PE é sempre executado, porém sem sistematização<sup>8</sup>.

Os enfermeiros relatam também como dificuldades a indisponibilidade de tempo, o ambiente inóspito a novidades, o

desconhecimento do instrumento de aplicação, a falta de conhecimentos específicos da profissão e a credibilidade da prescrição de enfermagem dentro da própria equipe. É evidente o aumento na aplicação da SAE nos últimos anos, mas ainda de forma tímida, pois carece da articulação teórico-prática. Ressaltamos, ainda, que eventualmente, na prática, os outros profissionais da equipe multidisciplinar não enxergam a autonomia do enfermeiro, o que inibe a execução do PE e gera um *looping* perigoso, já que essa autonomia somente será alcançada com a aplicação do PE.

Tanure, 2019 coloca sobre a falta de conhecimento e interesse na implementação da SAE. Toda essa falta de responsabilidade social dos profissionais, junto a não adesão a mudanças propostas e ao desconhecimento dos gestores, vem se traduzindo em grandes empecilhos para o uso da SAE nas unidades de saúde. Ademais, a falta de incentivos institucionais à capacitação, à qualificação da assistência e ao gerenciamento do cuidado também são fatores impeditivos para a sua aplicação<sup>8</sup>.

Especificamente no âmbito hospitalar, em especial nas áreas de pacientes críticos, enquanto desafios à implantação da SAE, os enfermeiros desenvolvem atividades específicas, o que demanda tempo dada a complexidade exigida. Somado a isso, o dimensionamento de pessoal e o absenteísmo são barreiras para a execução do PE. Esses enfermeiros sofrem com o conflito moral da não implantação da SAE e a realização empírica das intervenções com os pacientes<sup>8</sup>.

No serviço de emergência, os profissionais também lidam com um alto grau de absenteísmo, o que interfere diretamente na assistência prestada e na sobrecarga da equipe. Além disso, a equipe sofre com a desvalorização da SAE por parte da equipe de técnicos e de auxiliares, e com a falta de recursos humanos e prontos-aidados adequados para sua aplicação<sup>8</sup>.

Os enfermeiros, em parte, defendem o uso da SAE, mas se sentem desamparados dentro da realidade assistencial, já que não conseguem implementar sua ferramenta de trabalho. Assim, é mantido e fortalecido o modelo biomédico, reforçado por aqueles que atuam há mais tempo na área e não se interessam por educação permanente.

Logo, o enfermeiro aplica uma SAE fragmentada, empírica, baseada em modelos de saúde ultrapassados e que não atendem às necessidades demandadas pelo paciente, nem às suas em relação à filosofia do cuidar<sup>8</sup>.

Reiteramos que a SAE é aplicada de forma inconsciente e empírica, ignorando especialmente as suas bases teóricas e negligenciando os seus registros no prontuário do paciente. As instituições, por sua vez, não fazem questão da SAE, seja pelo desconhecimento do potencial desta ferramenta, seja pelo conhecimento do desconhecimento dos seus recursos humanos<sup>8</sup>.

Portanto, para que seja factível a implantação da SAE, o enfermeiro necessita essencialmente de apoio das instituições que o regem, dos gestores, de um ambiente de trabalho organizado e de um instrumento de PE com características que facilitem a sua utilização e que estejam de acordo com a própria filosofia da instituição<sup>10</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Neves RS, Shimizu HE. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação e avaliação. Curitiba: Editora CRV; 2015.
2. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA international - nursing diagnoses definitions and classification 2018-2020. Rio de Janeiro: Thieme; 2018. 462
3. Barreto MDS, Prado ED, Lucena ACRM, Rissardo LK, Furlan MCR, Marcon SS. Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. Esc. Anna Nery [Internet]. 2020;24(4):e20200005. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0005>
4. Medeiros, A. L., dos Santos, S. R., & Cabral, R. W. L. (2013). Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 12 ago 2020];15(1):44-3. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15323>
5. Santos MIS, Santos WL. Uso da sistematização da assistência de enfermagem (SAE): uma ferramenta para realização da auditoria de qualidade. Rev. Cient. Sena Aires. 2013;1(2):179-84.
6. Barbosa AA, Rosa SC, Brasileiro MSE. Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, no Serviço de Enfermagem: Revisão Integrativa. Rev. Cient. Multidisc. Núcleo Conhec. 2018;01:102-9. ISSN:2448-0959
7. Garcia TM; Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
8. Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

9. Sousa BVN, Lima CFM, Félix NDC, Souza FO. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. *J. nurs. health.* 2020 [acesso em 14 out 2020];10(2): e20102001. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/15083/11183>

10. Nunes RM, Nunes MR, Assunção IA, lages LS. Sistematização da Assistência de Enfermagem e os desafios para sua implantação na Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura. *Rev. Uningá.* 2019;56(S2):80-93.

# Capítulo XVI





## **Reflexões sobre a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - número 358/2009**

**Rinaldo de Souza Neves<sup>47</sup>**

**Vítor Hugo Nascimento Firmino<sup>48</sup>**

**Érika Tayná de Souza Nascimento<sup>49</sup>**

**Resumo:** Mais de uma década após a instituição da Resolução do Cofen nº 358/2009, ainda enfrentamos problemas muito parecidos que persistiram e frutificaram ao longo dos anos com a evolução dos conceitos Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE). Conceitos mal compreendidos, operacionalizações pouco estruturadas, falta de apoio, problemas de comunicação e dificuldade em desenvolver prática coletiva, o que aprendemos nesses anos e de que forma uma atualização na regulamentação da SAE poderia contribuir para os cenários das práticas da Enfermagem? Essa e outras reflexões deram origem a esse capítulo que espera fortalecer o movimento de ascensão da SAE.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Metodologia da Assistência de Enfermagem.

---

<sup>47</sup> Enfermeiro. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem (Coren/DF), gestão 2017-2020. E-mail: rinaldodesouza@gmail.com

<sup>48</sup> Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Pós-graduando em Saúde Mental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI). E-mail: vitor.hnf@hotmail.com

<sup>49</sup> Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva pela Unyleya Docente de enfermagem do CIES e assessora do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (Coren/DF).

Ao se abordar temas transversais às profissões, é sempre relevante destacar a importância de legislações e posicionamentos das representações da classe. As propostas da literatura representam, muitas vezes, perspectivas de recortes da realidade, por isso, faz-se necessária uma regulamentação que direcione a prática profissional de uma forma geral, sólida, atual, e que atenda às demandas como um todo.

A simples existência dos Conselhos de Enfermagem, em nível federal (Cofen) e regional (Coren), já enfatiza a luta pela qualificação e autonomia profissional, uma vez que a criação desses órgãos representou a conquista da autorregulação enquanto classe profissional e abandonou-se o vínculo de subordinação à classe médica<sup>1</sup>. Tal luta, que se estende ao longo da história, é marcada por crescente reconhecimento e estruturação respaldada das funções, paralelamente ao empenho na fiscalização do exercício profissional.

O sistema Coren/Cofen exerce funções legislativas, executivas e judiciárias no âmbito da busca pela manutenção ética e moral do exercício da enfermagem e, nesse percurso, deliberou e regulamentou temas de grande relevância, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE), a partir de iniciativa do projeto Pró-SAE do Coren-RJ<sup>2</sup>. Foi então construída a Resolução nº 358/2009, para direcionar a prática profissional ao exercício autônomo, padronizado e cientificamente embasado.

Objetiva-se, então, neste capítulo, realizar contribuições reflexivas e críticas à Resolução, de forma a oferecer um olhar com outros pontos de vista, trazidos não apenas por nós, autores, mas pela literatura que tem se edificado cada vez mais ao longo dos anos. Para tal, as contribuições serão apresentadas com base na estrutura da Resolução, desde as disposições, até suas últimas colocações funcionais.

Para iniciar o debate, a base científica será o estudo de Fuly, Leite e Lima<sup>3</sup>, o qual fez uma busca na literatura com o objetivo de analisar as principais correntes de pensamento acerca da SAE. Nesse artigo, podemos visualizar a importância do reconhecimento conceitual que subsidia a discussão. A primeira corrente de pensamento se mostra melhor estruturada e por isso trataremos SAE, PE e MAE como três objetos distintos e interligados, bem como apresentado em capítulos anteriores.

Logo no início, a Resolução traz: “Dispõe sobre a SAE e implementação do PE em ambientes públicos e privados e dá outras providências”<sup>4</sup>. Problematisa-se então ao identificar na leitura o fato de que a única menção à SAE é uma breve conceituação em meio às considerações, permitindo a reflexão de que, na verdade, a Resolução dispõe sobre o PE e suas etapas de implementação. Faz-se necessária essa pontuação, pois, após anos da Resolução, ainda há confusão na distinção desses conceitos mesmo entre os pesquisadores e a falta de entendimento pode levar a não adesão no exercício profissional, a uma aplicação fragmentada e ao enfraquecimento das práticas científicas, que rompe com toda a proposta inicial<sup>5,6</sup>.

Contudo, isso não significa que houve omissão, uma vez que há a conceituação de ambos, apenas a diferenciação conceitual não foi explícita o suficiente. Devido a tal situação, não conseguimos delimitar com certeza qual corrente de pensamento foi adotada pelo Cofen, mas é possível interpretar a adoção da SAE em seu sentido ampliado, que “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE”<sup>4</sup>, e o PE, “instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”<sup>4</sup> como uma forma de operacionalizá-la.

Alguns autores adotaram a SAE como todo o planejamento registrado da assistência, envolvendo criação de normas e rotinas, padronização de procedimentos técnicos e adoção do PE<sup>7</sup>. Mas, reconhecendo que nem sempre o cuidado prestado é registrado<sup>8</sup>, reiteramos a relevância de uma conceituação ampliada de que sistematizar a assistência abraça tais processos de criação e implementação de normas e rotinas, padronização de sistemas de registro, adoção de métodos científicos na gestão e assistência, implementação do PE e registros de enfermagem<sup>3</sup>.

Marcelo Chanes, um renomado estudioso do tema, desenvolveu a ideia da importância de se perceber a SAE como uma lente de visão de mundo para a enfermagem nos momentos em que trabalha as questões de raciocínio, administrativas e gerenciais do cuidado, e que a aplicação do PE não se trata de atividade burocrática a ser desenvolvida quando forem redigidas as anotações de enfermagem, porque o processo deve ser feito com pessoas e para pessoas<sup>9</sup>. Dessa forma, a

partir da admissão até a alta no serviço de enfermagem, se estruturam conjuntamente todas as ações de SAE e PE, sendo impossível dissociá-los.

Para isso, o autor adotou a SAE como a correlação direta de um método de trabalho com um sistema de raciocínio, podendo ser compreendido na perspectiva didática de corrente circular que perpassa a coleta de dados, identificação de problema e plano de ação, tomada de decisão que melhora e impeça a piora do problema, estabelecimento de metas e, por fim, a definição de pessoas e recursos, onde se identificam as possibilidades reais, de acordo com pessoal e recursos disponíveis<sup>9</sup>.

Mesmo que a temática seja tida como algo primário da formação acadêmica no ensino superior, a utilização da SAE e do PE ainda é vista por enfermeiros como uma função burocrática e gerencial que consome tempo, sem que tenham a real compreensão de que o uso dessas tecnologias orienta a continuidade de um cuidado seguro e de qualidade, o que está relacionado ao fato de que não houve uma aprendizagem significativa para prática, e julgam erroneamente já saber o suficiente sobre o tema<sup>6</sup>.

Um estudo<sup>10</sup> mostrou as principais dificuldades de implementação da SAE relatadas, dentre as quais: a falta de conscientização da equipe, cumprimento apenas da prescrição médica pelos profissionais de enfermagem, falta de treinamento, descrença quanto ao método da SAE, déficit de conhecimento e experiência. Em meio a um ambiente cujas relações de poder são dinâmicas, se manifestam de diferentes formas situacionalmente e tendem a atribuir micropolíticas de “maior-saber-maior-poder” associadas a tempo de formação, tais como da médica que se torna destaque na hierarquização e da enfermeira que é desvalorizada, pensamento que é naturalizado nas práticas de profissionais da saúde<sup>11,12</sup>.

Outra tensão fortalecida nessa relação de disputa por poder é relacionada à cobranças e ao não reconhecimento profissional, onde aquele com ensino superior exerce formas de dominação através da redução da potência do outro ou não o reconhecendo em suas capacidades e saberes<sup>12</sup>.

Santana<sup>13</sup> levanta a reflexão de que as raízes históricas da “dicotomia *lady-nurses* administram e *nurses* cuidam” se relacionam a dificuldade do profissional de enfermagem centrar suas atividades no cuidado direto ao aplicar o PE, deixando isso aos técnicos de enfermagem. Ousamos ampliar esta afirmação questionando se tal dicotomia também não tenta realizar a manutenção de relações de poder, baseadas nas mesmas micropolíticas que nos colocam em segundo plano em um modelo de hegemonia médica.

Desafios alimentados por uma formação que fortalece ideias de trabalho isolado, independente e individualista, constituindo, então, um obstáculo para o trabalho em equipe, a divisão de poder e tomada de decisão conjunta<sup>11</sup>. Como será possível prosseguir com o projeto de fortalecimento profissional quando, dentro da própria enfermagem, ainda não agimos de forma harmônica e integrada? É fundamental que se façam estudos que tentem elucidar melhor esse fato social e assim encontrarmos formas de lidar com ele de maneira saudável e positiva.

Enquanto isso, uma possibilidade a se tentar é atenuar os impactos de relação de poder dentro da equipe de enfermagem, enquanto se fortalecem noções dinâmicas de corresponsabilidade e cocriação do cuidado. Alguns autores atribuem a falta de interesse dos auxiliares e técnicos de enfermagem em implantar o PE à falta de orientação, e por não estarem envolvidos diretamente na sua elaboração. Um fator relevante e motivo de reflexão atualmente, pois se cogita a necessidade de inserir esses profissionais de forma mais participativa e efetiva na elaboração e planejamento assistencial de enfermagem, considerando fundamental seu papel na viabilidade prática<sup>14</sup>.

Um dos possíveis conceitos teóricos que pode ser usado como subsídio na prática profissional da enfermeira é o da Liderança Transformacional, modelo que propõe abordagem com potencial de promover mudança organizacional e pessoal, que estimula os liderados a compartilhar uma visão e, assim, se inspirar a atingir metas, o que pode elevar o nível de satisfação no trabalho ao fazer o profissional sentir que presta serviço significativo ao cliente e a organização como um todo<sup>15</sup>.

É importante que se combata a visão tecnicista da formação dos técnicos de enfermagem, pois isso afasta o profissional da realidade da assistência que é muito mais do que os aspectos objetivos e técnicos,

ainda mais no processo de cuidar, que demanda interdependência da equipe, pois não há espaço para separar quem planeja e quem executa, mas que se caracteriza como terreno fértil para afirmação do poder clínico da enfermagem como um todo<sup>16</sup>.

No que concerne às etapas do PE, as propostas se mantiveram em constante revisão. A princípio, eram três, porém, identificaram quatro, em seguida, cinco e seis fases para sua implementação, tendo como base revisões e alterações entre as fases de Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem (proposto por Wanda Horta) ou Avaliação (proposta de Alfaro-LeFevre)<sup>17</sup>.

Mais recentemente, surge o método chamado de Novo Processo de Enfermagem (NPE), desenvolvido por Marcelo Chanes, cuja proposição se trata da unificação das etapas da SAE e do PE. Segundo o autor, isso se desenvolveria de forma interligada, desde a abordagem a beira leito até o lidar com os aspectos de gestão e administração do cuidado, o que amplia para duas visões: uma com nove passos e a outra um aprofundamento, no qual se identificam treze passos<sup>9</sup>.

Com o objetivo de manter uma postura sintética para melhor entendimento, apresentamos somente os nove passos propostos por Chanes<sup>9</sup>: Teoria e conhecimento de Enfermagem, Coleta de dados, Diagnose, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de metas, Planejamento de resultados, Planejamento de intervenções, Prescrição e Avaliação contínua. Essa abordagem se estabelece em torno do raciocínio crítico e julgamento clínico, lembrando que a escolha e estudo da teoria fazem parte do processo, além de trazer a ideia de diagnose, onde o profissional de enfermagem exerce o discernimento de quais focos de sua atenção estão ou não alterados, separado do momento onde de fato diagnostica os focos do problema, de acordo com prioridades; outra contribuição foi a separação do planejamento de metas dos resultados esperados, o que reitera a importância de se saber aonde quer chegar para então intervir<sup>9</sup>.

A última etapa do PE é a avaliação, na qual é determinado se os objetivos terapêuticos foram alcançados<sup>17</sup>, etapa que se configura como transversal na prática clínica, já que buscamos avaliar o paciente e sua resposta à terapêutica a todo momento<sup>9</sup>. Os técnicos e auxiliares

de enfermagem são os profissionais que mais passam tempo com os pacientes no ambiente hospitalar, aprimorando as diversas ações básicas de cuidados diretos, desenvolvendo, então, um olhar crítico sobre as condições deles, capazes de perceber até alterações discretas e, com isso, oferecer *feedback* de acordo com suas percepções.

Dessarte, uma opção a ser estudada no momento de atualização da Resolução é a união dos artigos que salientam o papel de cada um, trazendo que o PE é de responsabilidade de toda a equipe de enfermagem em sua elaboração, execução e avaliação, sendo privativo do enfermeiro apenas o Diagnóstico de Enfermagem e a definição das Intervenções de Enfermagem. Mudança que parece pequena, mas que pode ter um grande impacto ao lembrar que somos todos responsáveis pelo cuidado que prestamos e, por isso, devemos participar ativamente de todo o processo.

Para finalizar as contribuições mais específicas à Resolução, precisamos falar sobre a atribuição que se caracteriza como direito, dever e responsabilidade de cada membro em sua individualidade profissional: os registros de enfermagem. Em uma recente análise dos registros de enfermagem em prontuários, pesquisadoras concluíram que esses eram documentados de forma incompleta e que, muitas vezes, não contemplavam todo o cuidado prestado tanto por enfermeiros quanto por técnicos de enfermagem<sup>8</sup>.

O registro da primeira aplicação do PE precisa ser algo mais detalhado, e apesar das limitações de tempo causadas pela alta demanda de pessoas para serem cuidadas, é imprescindível que se coloque todas as informações relevantes coletadas na primeira etapa, não apenas um resumo, uma vez que o primeiro há de ser referência a todos os outros registros. Uma vez transcrito todo o descritivo, as evoluções seguintes podem ser mais objetivas e apresentar, de forma crítica e justificada, as alterações (ou ausência delas) observadas em outros momentos<sup>9</sup>, mudanças diagnósticas e de intervenções. Podem também fazer referência ao que foi redigido por outros profissionais da equipe de enfermagem, cabendo enfatizar que isso não significa que devem ser copiadas informações que não foram observadas, mas que, se um técnico, auxiliar ou enfermeiro redigiu um problema, o outro profissional pode atuar para resolução desse problema e referenciá-lo ao registrar.

Como forma de enfrentamento de todas as problemáticas levantadas, é importante que seja atualizada a regulamentação que norteia a temática, a fim de homogeneizar a base teórica; não obstante, que se construam políticas concretas de difusão teórica nos meios acadêmico, científico e profissional, por meio da promoção de cursos e eventos temáticos, inserção do ensino da SAE em nível técnico, incentivo à criação e manutenção de grupos de pesquisa na área, além de ações de educação continuada e permanente nos mais diversos ambientes que oferecem os serviços de saúde e especialmente os de enfermagem.



## REFERÊNCIAS

1. Machado MH, Koster I, Aguiar Filho W, Wermelinger MCMW, Freire NP, Pereira EJ. Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2020;25(1):101-12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019>
2. Lima LMN, Andrade SR, Ruoff AB, Albuquerque GL. Decisões dos conselhos de enfermagem no Brasil: uma pesquisa documental. *Enferm. foco (Brasília)*. [Internet]. 2017 fev [acesso em 21 out 2020];8(4):42-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33673>
3. Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2008 dez;61(6):883-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600015>.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [acesso em 21 out 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html)
5. Casafus KCU, Dell'Acqua MCQ, Bocchi SCM. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013;17(2):313-21. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200016>
6. Oliveira MR, Almeida PC, Moreira TMM, Torres RAM. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019;72(6):1547-53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>

7. Aquino DR, Lunardi Filho WD. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. *Cogitare enferm.* 2004;9(1):60-70. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1706>

8. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020;73(2):e20180542. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>

9. Chanes M. *SAE descomplicada*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2018.

10. Reis GS, Reppetto MA, Santos LSC, Devezas AMLO. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. *Arq. méd. hosp. Fac. Ciênc. Méd. Santa Casa São Paulo.* [Internet]. 2016 [acesso em 21 out 2020];61:128-32. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/101/101>

11. Silva IS, Arantes CIS. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 jun;70(3):580-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0171>

12. Silva BN, Silva CRDV, Silva AF, Sarmiento WM, Vêras GCB. Reflexos das relações de saber-poder no contexto da estratégia de Saúde da Família. *Arch Health Invest* [Internet]. 2019;8(5):229-36. <https://doi.org/10.21270/archi.v8i5.3248>

13. Santana, RF. Sistematização da Assistência de enfermagem uma invenção brasileira? *Rev. Enferm. Atenção Saúde* [Internet]. 2019;8(2):1-2. <https://doi.org/10.18554/reas.v8i2.4249>

14. Gomes LA, Brito DS. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI* [on line]. 2012 jul/ago [acesso em 21 out 2020];5(3):64-70. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev5\\_v5n3.pdf](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev5_v5n3.pdf)

15. Moura AA, Bernardes A, Balsanelli AP, Zanetti ACB, Gabriel CS. Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2017 ago;30(4):442-50. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700055>
16. Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Bezerril MS, Ferreira LL, Chivone FBT, Virgílio LA, et al. Percepções de profissionais de enfermagem acerca da integração do técnico de enfermagem na sistematização da assistência. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017;21(2):e20170035. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170035>
17. Neves RS, Shimizu HE. *SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação e avaliação*. Curitiba: Editora CRV; 2015.



# **Capítulo XVII**



## Passagem de plantão e o processo de enfermagem

Tânia Mara Nascimento de Miranda Engler<sup>50</sup>

Sara Borges Santos Araújo<sup>51</sup>

**Resumo.** Neste capítulo discute-se a relevância da passagem de plantão para o sucesso do trabalho da enfermagem, conceitos, aspectos que interferem nessa atividade, sua relação com a segurança do paciente e finalmente como a Sistematização da Assistência de Enfermagem na modalidade Processo de Enfermagem poderá integrar essa atividade e fundamentá-la. Apresenta-se também, um relato de experiência de um modelo de passagem de plantão guiado pelo Processo de Enfermagem, em uma enfermaria de reabilitação.

**Palavras chaves:** Processo de enfermagem. Jornada de trabalho em turnos. Comunicação.

### Introdução

A passagem de plantão conhecida como entrega ou troca de turno, é uma atividade formal, reconhecida institucionalmente, que visa a transferência de informações e responsabilidades, de forma temporária ou definitiva, para continuidade do cuidado de enfermagem nas 24 horas do dia. Consiste na transmissão verbal – oral e escrita

---

<sup>50</sup> Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasil. E-mail: taniamaraengler@gmail.com

<sup>51</sup> Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UnB. Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Brasil. E-mail: saricatbs@gmail.com

– de informações relativas à assistência prestada entre os profissionais envolvidos no cuidado<sup>1-4</sup>, favorecendo aos enfermeiros, que iniciam o trabalho, a tomada de decisões de acordo com as prioridades e o planejamento do atendimento<sup>1,5</sup>.

Essa é uma atividade considerada importante para um atendimento seguro aos pacientes, porém pesquisadores sugerem que a mesma geralmente é incompleta ou imprecisa, o que pode comprometer a segurança do paciente, gerar atraso no diagnóstico, prolongar o tempo de internação, acarretando em insatisfação do enfermeiro, do paciente e das instituições<sup>5</sup>.

Existem várias modalidades de passagem de plantão, dentre elas, podem ser citadas: ao lado do leito; em sala de reuniões; direcionadas para abordagem apenas dos pacientes que tiveram intercorrências no turno de trabalho e outras abordam todos os pacientes da unidade; com a participação simultânea de todos os membros da equipe de enfermagem ou somente com enfermeiros, ou com os técnicos e auxiliares.

Essas modalidades de passagem de plantão vêm sendo identificadas no contexto histórico da profissão. Inicialmente, a enfermagem era vista como ofício de caridade, subalterno à categoria médica, e não tinha processos próprios sistematizados. Com a evolução histórica e modernização da profissão, os hospitais foram se tornando locais de ensino e aprendizagem formal, levando à necessidade de formalização dos métodos de trabalho e, nesse processo, inclui-se a passagem de plantão.

Nas décadas de 70 e 80, utilizava-se o modelo de passagem de plantão por tarefas, ou seja, cada auxiliar de enfermagem assumia determinados cuidados de todos pacientes, que eram repassados para o colega do próximo plantão dar seguimento. Os enfermeiros passavam sobre o estado geral do paciente, assistência prestada e intercorrências, não compartilhando as informações com os auxiliares de enfermagem. A equipe não tinha conhecimento sobre a assistência integral e os seus registros eram pouco frequentes e incompletos. Na década de 80, a implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas unidades de internação, provocou uma análise na metodo-



logia assistencial; adotou-se então, a assistência por cuidados integrais. A modalidade de passagem de plantão por tarefas não contemplava o novo método<sup>6</sup>.

No final dos anos 80, a sindicalização das enfermeiras, resultou, entre outras conquistas, na incorporação do tempo de passagem de plantão às horas de trabalho. Entretanto, essa atividade foi sendo incorporada como uma rotina que nem sempre contemplava as informações relevantes do paciente, sendo executada de forma irrefletida, com pouca ligação com a identidade profissional e filosofia das instituições, representando a visão do estilo clássico de gestão. Posteriormente, se transformaram dentro da visão contemporânea de processo administrativo e comunicacional. Sob esse aspecto conceitual, a atividade passou a ser vista como um evento fundamental para a organização do trabalho, o ensino e o desenvolvimento institucional, oportunizando a reflexão sobre questões gerenciais e denotando uma visão menos tecnicista da passagem de plantão<sup>7</sup>. Compreender o processo evolutivo que transcende a enfermagem é importante para repensarmos modelos atuais de passagem de plantão dentro do contexto da SAE na modalidade Processo de Enfermagem (PE).

Quanto ao conteúdo repassado nas passagens de plantão, estudo de Silva et al<sup>8</sup> identificou lacuna quanto a um consenso sobre as informações necessárias a serem repassadas, o que pode interferir na segurança do paciente. Os enfermeiros deste estudo, informaram que durante a passagem de plantão realizam avaliações e decidem sobre os cuidados a serem prestados; também compartilham as ações desenvolvidas, alterações sobre o estado de saúde e demais intercorrências. A partir desse estudo, foi elaborado um instrumento para contribuir com a prática de enfermagem nessa atividade, ação recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação à necessidade de construir protocolos para a comunicação de informações, bem como à utilização de instrumentos padronizados.

Em outro estudo, quando questionada a equipe de enfermagem sobre o que deve ser relatado na passagem de plantão, houve concordância entre a maioria dos participantes quanto aos seguintes itens: identificação, nível de consciência, monitorização invasiva, uso de drogas vasoativas e outros medicamentos, tipo de ventilação, presença de drenos, exames realizados, agendamentos, lesões de pele, eliminações,

presença de cateteres e dispositivos<sup>9</sup>.

O estudo Oliveira e Almeida Hirabae<sup>10</sup> que aborda a transmissão de informações durante a passagem de plantão, aponta que a unidade conta com impresso, elaborado pelos enfermeiros do setor, que contempla informações como nome do paciente, diagnóstico médico, anotações da visita multiprofissional, procedimentos realizados e agendados, nível de consciência, intercorrências, medicações, parâmetros ventilatórios, características e presença/ausência de secreção traqueal, função intestinal, registro da micção e aspectos relacionados à pele.

Alguns enfermeiros utilizam ferramentas de comunicação nos momentos de transferência de cuidado (*handover*), como passômetro e SBAR (*situation, background, assessment and recommendation*). O passômetro é um instrumento utilizado em setores de observação do Pronto Socorro, por ser simples e facilitar a passagem de plantão, localização e transferência de pacientes. Nessa ferramenta, foi observada a inserção de dados dos pacientes como: nome, idade, data de admissão, diagnóstico médico, especialidade médica responsável, procedimentos realizados, intercorrências e agendamento de exames. O método SBAR é uma ferramenta de comunicação utilizada, para passagem de plantão e transferência de pacientes, por médicos e enfermeiros na sala de emergência. O Instituto para o Desenvolvimento do Cuidado em Saúde (Institute for Healthcare Improvement - IHI) incentiva, desde 2007, os serviços de saúde a adotarem o SBAR por consistir em um método de *briefing*, instrumento validado e comprovadamente eficaz para padronizar a troca de informações e sequência de atuação entre profissionais de saúde<sup>2</sup>.

Esses estudos trazem a importância na padronização das informações a serem repassadas nas passagens de plantão, bem como a utilização de ferramentas que possam contribuir para que esse momento de especial importância para continuidade do cuidado de enfermagem e que tem impacto na segurança do paciente, não se transforme em um momento questionável e subutilizado dentro das perspectivas da assistência de enfermagem. Mas infelizmente, observa-se na literatura ausência de consenso e enfoque no PE subsidiando as passagens de plantão.

Alguns fatores têm sido relatados por vários autores como prejudiciais a passagem de plantão, são eles: as modalidades demoradas; a subutilização de impresso padronizado e a falta de método de registro; o baixo tom de voz do relator/transmissor da informação; a falta de objetividade; as conversas paralelas; as interrupções por outros profissionais; os atrasos e/ou saídas antecipadas; o esquecimento de informações; a falta de privacidade e interesse; os ruídos externos; as intercorrências; a capacitação da equipe; o trabalho com foco na execução de procedimentos; a falta de cooperação; a resistência à mudança de setor e o distanciamento entre as equipes<sup>2,8,10-12</sup>.

Todos os fatores citados, envolvem comunicação. Essa é considerada fator de relevância e essência do trabalho de enfermagem, que interfere diretamente na objetividade e sucesso da passagem de plantão. Entendê-la como processo, contribui para a qualidade nos registros, na assistência e nos relacionamentos interpessoais no trabalho. Não reconhecê-la dentro do processo de trabalho, poderá gerar sérios prejuízos para a qualidade do trabalho e segurança do paciente.

### **Passagem de Plantão no contexto da Segurança do paciente**

A segurança do paciente tem sido foco de discussão no contexto mundial atual, devido à sua importância para os sistemas de saúde e as consequências para a sociedade<sup>8,13</sup>.

Em 2004, a 57<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que objetivava liderar as práticas e políticas de segurança do paciente pelo mundo. Qualquer membro da equipe de saúde tem o direito e a responsabilidade de falar em nome do paciente e a seu favor. A linguagem clara e estruturada com técnicas corretas de comunicação é essencial para promover a cultura de segurança do paciente. O método adotado pelo serviço de saúde para assegurar a transferência de informação entre plantões e setores é um importante fator de comunicação<sup>14</sup>.

O inciso XV do Art. 8º da RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Ministério

da Saúde, traz que o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço para comunicação efetiva entre profissionais do serviço e entre serviços de saúde<sup>15</sup>.

A OMS e a Joint Commission International (JCI) ressaltam os três pilares da transferência do cuidado: comunicação, trabalho em equipe e cuidado centrado na pessoa<sup>2</sup>.

Diante da significância da comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, foi definida pela OMS a meta melhoria da comunicação durante os procedimentos de passagem de plantão e transferências de pacientes e, juntamente a JCI, foram estabelecidas instruções para alcance da meta, as quais são: limitação de interrupções, linguagem clara, comunicação interativa entre os envolvidos, evitar o uso de abreviações não padronizadas internacionalmente, possibilidade do uso de tecnologias e registro das informações com instrumentos padronizados pelas instituições<sup>16</sup>.

Como já citado, a comunicação é um dos pilares da passagem de plantão e essência no trabalho da enfermagem<sup>1,9</sup>. O enfermeiro, além de gerenciar o cuidado de enfermagem, também é visto como elo entre as equipes e precisa considerar a comunicação como fator crucial<sup>17</sup>.

O enfermeiro em uma unidade hospitalar está numa posição única entre os profissionais da saúde porque a sua responsabilidade pelo paciente é direta e contínua<sup>18</sup>.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no capítulo I, artigo 38 refere que o enfermeiro tem o dever de prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente. O artigo 45 afirma que é dever do enfermeiro assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência<sup>19</sup>.

O não encontro dos profissionais na passagem de plantão pode se configurar como imprudência, na medida em que não garante a continuidade da assistência<sup>18</sup>.

Comunicar-se efetivamente implica uma série de aspectos que se não estiverem claros entre os envolvidos pode gerar falta de entendimento e fracasso da relação<sup>3</sup>. Tal conceito nos chama a atenção para a importância da comunicação no ambiente hospitalar e para a enfermagem, cujo resultado do trabalho envolve vidas humanas. Farley (1992), citado por Oscar<sup>1</sup>, fala sobre o componente intrapessoal da comunicação, destacando que falhas de comunicação constituem o maior problema nas relações e organizações. Esse autor faz sugestões para os enfermeiros, tais como: *"use a forma 'eu'; seja aberto e honesto; seja conhecedor de comportamentos não verbais; emita mensagens claras; ouça"*. A comunicação entre os enfermeiros é um dos instrumentos mais importantes do trabalho<sup>18</sup>. A passagem de plantão constitui-se em comunicação legitimada pelas instituições e tem relação direta com a segurança do paciente.

### **Passagem de plantão e o Processo de Enfermagem**

Uma vez que o PE caracteriza o trabalho do enfermeiro, não há como dissociá-lo dos momentos de comunicação em enfermagem. Na literatura observa-se escassez de trabalhos abordando a passagem de plantão guiada pelo PE, pouco se fala do plano de cuidados como parte da passagem de plantão. Contudo, o que observamos na prática clínica é que o PE contribui para o alcance de uma passagem de plantão objetiva, com impacto no cuidado, por meio do uso de linguagem especializada.

A SAE na modalidade PE é a metodologia de trabalho do enfermeiro e tem por objetivo a identificação das necessidades do paciente e a apresentação de uma proposta ao seu atendimento, representada pelos planos de cuidados que direcionam a equipe de enfermagem nas suas ações. Trata-se de um processo dinâmico e que requer na prática conhecimento científico, raciocínio clínico e crítico.

O PE representa o modelo metodológico para o desempenho sistêmico da prática profissional para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional<sup>20</sup>.

Como já citado anteriormente, muito se discute sobre o conteúdo das passagens de plantão. O PE pode contribuir para essa resposta, pois esse nos auxilia na definição dos aspectos de relevância no cuidado, direciona a assistência para os fenômenos da prática de enfermagem e o trabalho para alcance de resultados, aspectos importantes que precisam ser retomados nas passagens de plantão, para reavaliação e continuidade dos planos de cuidados. Estudos apresentam o plano de cuidados como conteúdo a ser repassado na passagem de plantão, no entanto não realçam o PE como norteador na passagem de plantão<sup>8,9</sup>.

Estudos apontam que 72% dos profissionais de enfermagem informam que a passagem de plantão é para ter noção do paciente e assim priorizar a assistência<sup>3</sup>. Já Andrade e Vieira<sup>18</sup> elaboraram sugestões para uma prática eficaz de passagem de plantão, dentre elas: a normatização dessa atividade em instituições que ainda não a tem, a sistematização da comunicação na forma escrita, a comunicação de objetivos entre os profissionais enfermeiros para garantia da qualidade da assistência e o estabelecimento de uma escala de valores no que se refere à prioridade das informações. Destaca-se que todos esses aspectos são atendidos quando o PE é aplicado.

Quando guiada pelo PE, a passagem de plantão poderá funcionar também como ferramenta de gestão, não somente para o turno de trabalho, mas também na gestão do serviço, uma vez que poderá contribuir na avaliação do quantitativo de profissionais de enfermagem necessários para execução das intervenções conforme a complexidade do paciente; a checagem de cada intervenção pode ser usada, por exemplo, como ferramenta de produtividade profissional e de segurança, no sentido de garantir que o cuidado tenha sido prestado.

## **Reflexões sobre a passagem de plantão e o Processo de Enfermagem**

A passagem de plantão pode ser considerada uma ferramenta que viabiliza o planejamento assistencial<sup>17</sup>. Dessa forma, a mesma precisa ser contemplada no PE que, por sua vez, sistematiza a passagem de plantão.

Na resolução COFEN 358/2009, a passagem de plantão não é citada como necessária para a continuidade do PE, porém, na prática clínica, identifica-se essa necessidade, na reavaliação dos planos de cuidados, por meio de discussão entre os membros da equipe de enfermagem e planejamento da assistência ao paciente em cada turno de trabalho<sup>21</sup>.

Da mesma forma, a passagem de plantão guiada pelo PE poderá facilitar: a divisão da equipe para a assistência; a otimização dos cuidados, quando direciona intervenções que realmente tenham impacto nos fenômenos de enfermagem identificados; o alcance de resultados esperados; e a reavaliação do resultado que se espera, de acordo com a mudança do potencial/quadro clínico do paciente.

O PE nos dá conhecimento para o uso da linguagem especializada durante a comunicação de enfermagem necessária na passagem de plantão. Quando a comunicação é realizada sem uma linguagem especializada, a informação poderá ser distorcida do fato real que gerou o evento, por ser afetada pela linguagem comum, que é principalmente influenciada pelos aspectos da experiência pessoal<sup>22</sup>.

A enfermagem está envolvida em quase todos os processos na assistência 24 horas, sejam eles da assistência direta, administrativos ou do ambiente. Muitas vezes durante a passagem de plantão, são repassadas questões relacionadas aos processos administrativos e do ambiente, não valorizando a discussão sobre os fenômenos da enfermagem, o cuidado sistematizado, os resultados a serem alcançados e a reavaliação da assistência. Embora os enfermeiros tenham reconhecido a necessidade de sistematizar o processo de trabalho na passagem de plantão, muitos se perdem na resolução de problemas imediatos do cotidiano. O planejamento realizado, por vezes intuitivo, dificulta a avaliação das atividades executadas, do desempenho do próprio enfermeiro e de sua equipe. Quando não existe um direcionamento para o problema, o enfermeiro se envolve em inúmeras tarefas e não foca no cerne do seu trabalho<sup>17</sup>.

Estudo defende que a eficácia do desdobramento de informações, escritas e orais, para os diversos profissionais, promove mais autonomia para as decisões e mais envolvimento dos níveis assistenciais com ações de melhoria da qualidade da assistência aos pacientes. Esse

estudo ainda enfatiza que o diferencial encontra-se nas pessoas, no conhecimento compartilhado, nas estratégias de comunicação e padronização das ações<sup>23</sup>. A passagem de plantão é considerada também um momento de educação permanente, com espaço aberto ao diálogo, questionamentos e reflexão da equipe de enfermagem, contribuindo com o cuidado baseado nas evidências científicas<sup>8</sup>.

No que se refere às dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros durante a passagem de plantão, estudo aponta a ausência da comunicação direta, a falta de clareza dos registros, a documentação insuficiente, o pouco tempo dispensado e a não valorização da atividade<sup>18</sup>. A SAE/PE se consolida como elemento essencial para a documentação dos dados e condutas da Enfermagem, alinhando e trazendo coerência ao que está registrado e às ações e, conseqüentemente, à valorização desse momento de comunicação.

Acreditamos que a SAE/PE respalda e torna assertiva a eleição das prioridades que, por sua vez, não está condicionada apenas ao momento da passagem de plantão, mas vem sendo desenhada ao longo dos turnos pelos enfermeiros e seus levantamentos de novos diagnósticos, resultados e intervenções.

A passagem de plantão é um momento de comunicação que auxilia aos profissionais na visão geral do setor, no olhar quanto a evolução dos pacientes, facilitando o planejamento e a organização de suas atividades<sup>8</sup>. Acreditamos que essa visão geral, além das questões administrativas, pode ser obtida por meio dos planos de cuidados que, por sua vez, refletirão o estado geral de saúde dos pacientes. Quanto ao olhar sobre o planejamento e organização das atividades, quando a passagem de plantão é guiada pelo PE, as atividades que serão repassadas, já estão planejadas e pré-organizadas, devendo a equipe, que inicia o turno, continuar esse processo.

Na passagem de plantão, os enfermeiros conseguem priorizar as pendências, identificar os casos graves e identificar a necessidade de condutas imediatas<sup>6</sup>. Sabe-se que por meio do PE é possível planejar e aprazar as intervenções de forma padronizada e clara, reaprazando pendências (intervenções que por algum motivo não puderam ser realizadas no turno), identificando casos graves com intervenções vi-



sando resultado conforme os diagnósticos correspondentes e a necessidade de condutas imediatas, também conforme as intervenções e seus aprazamentos; tudo isso além de formalmente registrado, sendo passado e revisto pela equipe que inicia o plantão.

A passagem de plantão também é descrita como um momento de reflexão crítica sobre a assistência a ser prestada no plantão subsequente<sup>24</sup>. A SAE, na modalidade PE, é esse processo de reflexão crítica da enfermagem. Assim, o turno subsequente também se mantém focado em intervir de forma a alcançar resultados ou buscar novos dados e gerar novos resultados a serem alcançados.

Uma passagem de plantão planejada é considerada como um dos fatores essenciais para uma administração eficiente. Mesmo sendo uma maneira breve de transmitir, receber e delegar atribuições poderá levar o grupo a uma boa interação, um funcionamento cooperativo, contribuindo para o melhor atendimento da enfermagem<sup>18</sup>.

A passagem de plantão favorece a valorização entre os membros da equipe de enfermagem, o reconhecimento, entre os colegas, do profissionalismo de cada um e respeito entre os pares. A linguagem padronizada e o uso de um processo sistematizado promovem ainda mais essa valorização interprofissional e a unidade entre a equipe, sendo, portanto, esse aspecto um fator importante para a gestão de pessoas.

### **Relato de experiência utilizando a passagem de plantão guiada pelo processo de enfermagem em uma enfermaria de reabilitação**

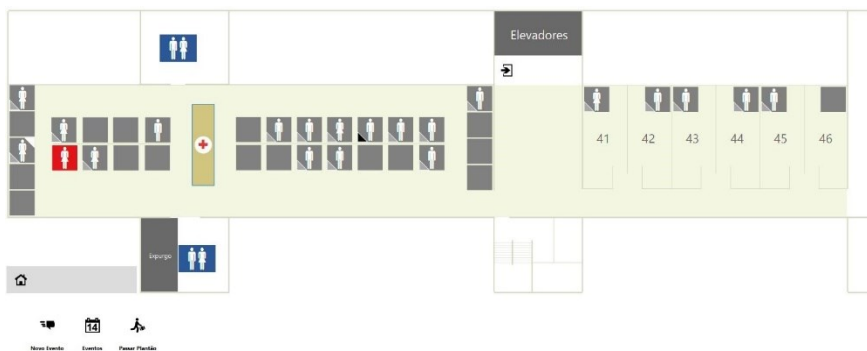
A passagem de plantão é tradicionalmente um momento de relevância na Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação; nas enfermarias de reabilitação neurológica, esse momento ao longo dos anos foi sendo reestruturado.

Dentro da temática abordada neste capítulo, relataremos uma experiência prática de passagem de plantão guiada pelo PE e as implicações desta para o serviço e equipe.

Trata-se de uma experiência iniciada nas enfermarias de reabilitação neurológica do hospital SARA-Brasília, em Julho/2017. Inicialmente, esse modelo foi aplicado para alguns pacientes internados para reabilitação e, atualmente, é adotado em todas as passagens de plantão de todos os pacientes internados. São 48 leitos disponíveis nessas enfermarias para atender pacientes com lesões neurológicas adquiridas ou congênitas em reabilitação e/ou investigação.

As passagens de plantão são realizadas para toda a equipe de enfermagem por um enfermeiro de cada enfermaria, utilizando recurso informatizado denominado por ***sistema Enfermaria***<sup>52</sup> (Figura 1), interligado ao prontuário eletrônico e aos planos de cuidados.

**Figura 1:** *Sistema Enfermaria - planta com representação da área física da enfermaria, da disposição dos leitos dos pacientes, posto de enfermagem e outros detalhes, utilizado no hospital SARA-Brasília, DF, Brasil, 2020.*



Fonte: Sistema Enfermaria - Rede SARA-Brasília de Hospitais de Reabilitação

Os planos de cuidados (Figura 2 e 3) são construídos após a coleta de dados com entrevista e exame físico e, nesses, constarão os diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e as intervenções a serem executadas pelos auxiliares, técnicos e enfermeiros. Juntamente

<sup>52</sup>Sistema desenvolvido pela equipe de informática, em parceria com os enfermeiros, da Rede SARA-Brasília de Hospitais de Reabilitação.

às intervenções traçadas nos planos de cuidados, a enfermagem também executa ações de rotina, protocolos, administra medicações e atua com a equipe interdisciplinar. Cada ação precisa estar prescrita, conforme as competências profissionais (prescrição de enfermagem e/ou prescrição médica) ou constar em protocolos específicos da Instituição para segurança do paciente e profissional. Da mesma forma, o registro e a comunicação de cada ação devem ser realizados.

**Figura 2:** Modelo de plano de cuidado construído, no sistema Enfermaria, para paciente internado para reabilitação. Brasília, DF, Brasil, 2020.

Plano de cuidados

+ Novo... Copiar Mostrar tudo Ocultar finalizados

**Déficit no autocuidado para alimentação**

*Autocuidado para alimentação melhorada*

Acompanhar as refeições

Café, almoço, jantar (seg, ter, qua, sáb, sex, qui e dom às 08:00, 12:00 e 18:00)

**Risco de queda**

*Risco de queda diminuído*

Manter proteção bilateral da cama elevada

(alerta) 08/07/2020 18:47 etc...

Auxiliar transferência

(alerta) 08/07/2020 18:48 etc...

**Risco de lesão por pressão**

*Risco de lesão por pressão diminuído*

Encaminhar para grupo de orientação

(sem 31/07/2020 10:00:00) 31/07/2020 10:00

Manter higiene da pele

(dom, seg, ter, qua, sáb, sex e qui às 09:00) 08/07/2020 18:48 etc...

Manter hidratação da pele

(seg, ter, qua, sex, sáb, qui e dom às 09:00) 08/07/2020 18:49 etc...

Inspeccionar pele

(seg, ter, qua, qui, sex, sáb e dom às 09:00) 08/07/2020 18:49 etc...

Estimular ingestão de líquidos via oral

Fonte: Sistema Enfermaria - Rede SARA H de Hospitais de Reabilitação

**Figura 3:** Modelo de plano de cuidado construído, no sistema Enfermaria, para paciente internado para reabilitação. Brasília, DF, Brasil, 2020.

Plano de cuidados

+ Novo... Copiar Mostrar tudo Ocultar finalizados

**Impactação fecal**

*Impactação fecal ausente*

Avaliar a resposta da medicação via retal  
(dom, qui, seg, sex, ter, sáb e que às 09:00)

Aplicar medicação via retal  
(Claxel) (seg às 04:00) 17/07/2020 22:41 até ...

**Constipação**

*Constipação ausente*

Supervisionar massagem em abdome  
(seg, ter, qua, sáb, qui, sex e dom às 09:00) 10/07/2020 18:01 até ...

Registrar eliminação intestinal em instrumento de avaliação  
(seg, ter, qua, sáb, sex, qui e dom às 09:00) 10/07/2020 18:01 até ...

Aplicar medicação via retal

**Integridade da pele prejudicada**

*Integridade da pele presente*

Aplicar medicação tópica  
Nebacetin em Hálux bilateral (seg, ter, qua, qui, sex, sáb e dom às 09:00 e 21:00) 10/07/2020 10:44 até ...

**Incontinência urinária**

*Incontinência urinária melhorada*

Cateterizar a bexiga (observar perdas urinárias nos intervalos)  
Cateterizar a bexiga (seg, ter, qua, qui, sex, sáb e dom às 06:00, 10:00, 14:00, 18:00 e 23:59) 08/07/2020 11:20 até ...

Fonte: Sistema Enfermaria - Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

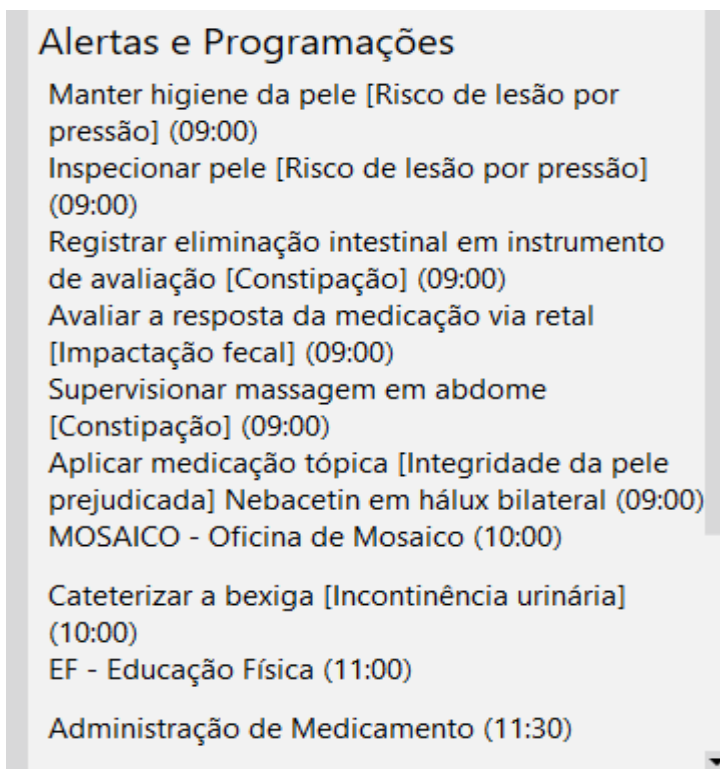
O sistema *Enfermaria* disponibiliza dados dos pacientes em cada enfermaria, conectado aos sistemas do prontuário eletrônico, de atividades de reabilitação programadas para a semana, de internação hospitalar e possui ícone específico para passagem de plantão (Figura 4).

Considerando que todos os pacientes possuem plano de cuidados e que a atualização é realizada pela equipe de enfermagem no transcorrer dos turnos de trabalho, durante os quinze minutos finais do seu turno, o enfermeiro realiza a passagem de plantão para a equipe de enfermagem que inicia a jornada, informando aspectos de relevância relacionados às intervenções realizadas e pendentes, diagnósticos de enfermagem abertos diante de novos dados apresentados pelos pacientes e alterações clínicas.

Após esse momento, deixa a cena esse enfermeiro e a equipe que inicia o turno conduz um segundo momento de quinze minutos para organização do trabalho, passando as intervenções pendentes e programadas, revisando os planos de cuidados e estruturando-se para implementá-los.

Para esse momento, a equipe utiliza as abas do sistema *Enfermaria* que sinalizam as intervenções de enfermagem programadas previamente pelos enfermeiros que realizaram o planejamento do cuidado, para aquele turno e os horários planejados para cada intervenção (Figura 4 e 5).

**Figura 4:** Sistema *Enfermaria* com as intervenções de enfermagem do plano de cuidados, sinalizadas por meio de alertas e programações. Brasília, DF, Brasil, 2020.



Fonte: Sistema Enfermaria - Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

**Figura 5:** Sistema *Enfermaria* com intervenções de enfermagem do plano de cuidados, com sinalização do que está programado, pendente e já realizado. Brasília, DF, Brasil, 2020.

Plantão  
03/08/2020

Programado	23:59	Cateterizar a bexiga [Incontinência urinária]
Programado	23:59	Medir temperatura corporal [Febre]
Programado	21:00	Auxiliar na mudança de posição corporal [Risco de lesão por pressão]
Programado	18:00	Cateterizar a bexiga [Incontinência urinária]
Programado	17:59	Medir temperatura corporal [Febre]
Programado	14:00	Cateterizar a bexiga [Incontinência urinária]
✓ Pendente	11:59	Medir temperatura corporal [Febre]
★ Realizado	11:50	Inspecionar pele [Risco de lesão por pressão] (Pele íntegra)
★ Realizado	11:49	Registrar eliminação intestinal em instrumento de avaliação [Constipação] (bristol 04 após minilax)
★ Realizado	11:49	Manter higiene da pele [Risco de lesão por pressão]
Pendente	10:00	Cateterizar a bexiga [Incontinência urinária]

Fonte: Sistema Enfermaria - Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

A implantação da passagem de plantão guiada pelo PE favoreceu a organização do trabalho conforme os planos de cuidados, celeridade da atividade, objetividade nos cuidados, alinhamento do olhar da equipe para o cuidado com foco em alcance de resultados pelo paciente, autonomia e valorização da equipe técnica, bem como o reconhecimento do PE. A implementação do sistema, bem como dessa rotina exigiu e favoreceu a capacidade de toda a equipe em registrar e documentar suas ações.

A escala de enfermagem fixa em turnos e a incorporação da SAE como essência do trabalho do enfermeiro favoreceram a otimização dos momentos de passagem de plantão, tornando natural o PE e os planos de cuidados de cada paciente. Outro fator relevante foi a existência de um sistema informatizado interligado ao Prontuário Eletrônico. Tais fatores foram essenciais para a reestruturação da passagem de plantão de forma a ser guiada pelo PE.

## **Considerações finais**

A passagem de plantão é um momento de grande relevância para a enfermagem e definições quanto a continuidade do cuidado, a manutenção do processo de capacitação da equipe, qualificação do cuidado prestado e que terá impacto na segurança da assistência ao paciente. Atualmente não há consenso sobre um modelo ideal, bem como ferramentas que auxiliem no seu desenvolvimento.

Diante da literatura e experiência na enfermagem de reabilitação, acreditamos que o PE, essência do trabalho da enfermagem, nos faz enxergar aquilo que é específico da profissão e poderá contribuir para alcance de uma passagem de plantão efetiva. Faz-se necessário a realização de estudos com essa temática em diferentes cenários para construção de um conteúdo científico com o método de trabalho sistematizado da enfermagem na passagem de plantão.

## REFERÊNCIAS

1. Oscar MFA. Análise da passagem de plantão na unidade de enfermagem do serviço de radiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 1996 [acesso em 2020 out. 6];7(2):109-114. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGau-chadeEnfermagem/article/view/4118>
2. Alves M, Melo CL. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 2020 out. 6];23:e-1194. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1194.pdf>
3. Krutinsky DC, Cornacchia H, Leitão IC, Souza JC, Ananias JC, Coutinho RMC. O significado da passagem de plantão por trabalhadores de enfermagem. *Rev Inst Ciênc Saúde* [Internet]. 2007 [acesso em 2020 out. 7];25(2):105-11. Disponível em: [https://www3.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/02\\_abr\\_jun/V25\\_N2\\_2007\\_p105-111.pdf](https://www3.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/02_abr_jun/V25_N2_2007_p105-111.pdf)
4. Silva EE, Campos LF. Passagem de plantão na enfermagem: revisão de literatura. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2007 [acesso em 2020 out. 7];12(4):502-7. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10077>
5. Thomson H, Tourangeau A, Jeffs L, Puts M. Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *J Adv Nurs*. 2018 Apr;74(4):876-886.
6. Siqueira ILCP, Kurcgant P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 [acesso em 2020 out. 7];18(4):446-51. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000400015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000400015&script=sci_abstract&tlng=pt)
7. Neves ALD, Sanna MC. Transformações dos modelos de processo comunicativo empregados de 1974 a 2011 na passagem de plantão em enfermagem no Brasil. *Rev Eletrônica Here* [Internet]. 2012 [acesso em 2020 out. 7];3(1):56-74. Disponível em:



<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo5.pdf>

8. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2020 out. 6];25(3):e3600015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072016000300322&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072016000300322&script=sci_abstract&tlng=pt)

9. Teodoro WR, Aquino LAM. Análise do processo de passagem de plantão em uma unidade de internação pediátrica. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2020 out. 7];14(3):316-26. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/122>

10. Oliveira JGAD, Almeida LF, Hirabae LFA, Andrade KBS, Sá CMS, Paula VG. Interrupções nas passagens de plantão de enfermagem na terapia intensiva: implicações na segurança do paciente. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2018 [acesso em 2020 out. 6]; 26:e33877. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/970286/interruptoes.pdf>

11. Corpolato RC, Mantovani MF, Willig MH, Andrade LAS, Mattei AT, Arthur JP. Standardization of the duty shift in a General Adult Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 2020 out. 6];72(Suppl 1):88-95. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000700088](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700088)

12. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2020 out. 7]; 25(1):e2310014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100310&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100310&script=sci_abstract&tlng=pt)

13. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. The climate of patient safety: perception of nursing professional. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 2020 out. 27];25(5):728-35. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en\\_13.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en_13.pdf)

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília: ANVISA; 2017 [acesso em 2020 out 27]. 170 p. (Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde). Disponível em: [http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa\\_document/file/374/Caderno\\_1\\_-\\_Assist%C3%A0ncia\\_Segura\\_-\\_Uma\\_Reflex%C3%A3o\\_Te%C3%B3rica\\_Aplicada\\_%C3%A0\\_Pr%C3%A1tica.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%A0ncia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf)

15. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: ANVISA; 2013 [acesso em 2020 out. 27]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)

16. World Health Organization. Communication during patient handovers. Patient Safe Solutions [Internet]. 2007 [acesso em 2020 out. 27];1(3):1-4. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

17. Pereira BT, Brito CA, Pontes GC, Guimarães EMP. A passagem de plantão e a corrida de leito com instrumentos norteadores para o planejamento da assistência de enfermagem. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 2020 out. 7];15(2):283-89. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/37>

18. Andrade JS, Vieira MJ, Santana MA, Lima DM. A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. Acta Paul Enferm [Internet]. 2004 [acesso em 2020 out. 7];17(3):311-15. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/a-comunicacao-entre-enfermeiros-na-passagem-de-plantao/>

19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [acesso em 2020 out. 30]. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/resolucao-cofen-no-564-2017/>

20. Garcia TR, Nobrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à

prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery [Internet]. 2009 [acesso em 2020 out. 7];13(1):188-93. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-81452009000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452009000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [citado 2020 out. 6]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html)

22. Galvão MCB. Uso de linguagens de especialidade na prática profissional. In: Garcia TR, organizadora. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed; 2020. Capítulo 1.

23. Freire EMR, Silva VC, Vieira A, Matos SS, Alves M. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. Esc Anna Nery [Internet]. 2019 [acesso em 2020 out. 30];23(1):e20180224. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt\\_1414-8145-ean-23-01-e20180224.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180224.pdf)

24. Barbosa PMK, Barbosa VBA, Soares FV, Sales PRS, Barbosa FK, Paula e Silva LC. Organização do processo de trabalho para passagem de plantão utilizando escore para dependência e risco clínico. Rev Adm Saúde. 2013;15(58):19-26.



# **Capítulo XVIII**



## Diagnósticos de Enfermagem prevalentes na atenção primária à saúde

Luana Nunes<sup>53</sup>

Renes Shinaider do Nascimento Amaral<sup>54</sup>

Virgílio Luiz Marques de Macedo<sup>55</sup>

**Resumo:** A partir da Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem foi instituído o Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem como prática obrigatória em todos os ambientes públicos e privados em que ocorra o cuidado pela categoria. Dessa forma, será discutido, neste capítulo, a importância do enfermeiro dentro da atenção primária e como as principais taxonomias podem ajudar a instrumentalizar e sistematizar o seu processo de trabalho. Concluímos que não existe um modelo hegemônico, e sim, várias formas e maneiras de se aplicar a Resolução. Nesse sentido, traremos possíveis estratégias para facilitar ou direcionar o Processo de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Terminologia.

---

<sup>53</sup> Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Enfermeira de Família e Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). E-mail: luananlima@gmail.com

<sup>54</sup> Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Faculdade Alvorada. Especialista em Estratégia Saúde da Família pela Universidade de Brasília (UNB). Enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Preceptor da Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail: reneshinaider@gmail.com

<sup>55</sup> Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Residente em Atenção Básica pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail: virgilioescs@gmail.com

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – SAE**

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem como principal ferramenta de implementação a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo esta composta pela equipe de Saúde da Família (eSF), ou seja, por uma equipe multiprofissional. Dentro desse contexto, o enfermeiro, um de seus membros, exerce papel fundamental na prestação da assistência à saúde dos usuários e suas famílias<sup>1</sup>.

Inclusive, profissional esse que é reconhecido como o principal agente responsável pela melhoria da saúde da população no âmbito do sistema público, bem como membro-chave da equipe multidisciplinar quando promove cuidados seguros, eficientes e de alta qualidade, principalmente por meio da Prática Baseada em Evidência (PBE) e quando utilizadas terminologias padronizadas<sup>2,3</sup>.

A PBE garante melhor qualidade na assistência prestada e traz maior visibilidade à profissão por mostrar o referencial científico do cuidado. Uma dessas ferramentas gerenciais, pautada no conhecimento científico e construída conjuntamente pelos profissionais, é o Procedimento Operacional Padrão (POP), que gera melhora da qualidade da assistência dos usuários e é considerada uma ferramenta moderna que orienta a tomada de decisão do enfermeiro e garante maior segurança na realização de procedimentos<sup>4</sup>.

Além disso, a prática clínica do enfermeiro tem como base o cuidado, sendo essa a essência da enfermagem, desenvolvida com competência e habilidade e amparada pelo conhecimento científico, de modo a atender às necessidades de saúde e doença dos indivíduos de forma integral, superando o modelo de hegemonia médica. Logo, com a ajuda desse profissional, a APS se fortalece como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>.

Vale ressaltar a consulta de enfermagem como um espaço para o desenvolvimento da prática clínica com a interação entre o indivíduo e o profissional para o desenvolvimento de uma avaliação das condições de saúde do paciente em sua totalidade<sup>3</sup>.



Como parte da consulta de enfermagem, o Processo de Enfermagem (PE) surge, então, como um modo de planejar, realizar e documentar as atividades profissionais do enfermeiro com o intuito de viabilizar a prática clínica como parte das ações da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no atendimento ao paciente<sup>1</sup>. Além disso, vale ressaltar que, de acordo com a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), é dever do profissional realizar o PE em todos os ambientes, públicos ou privados<sup>5</sup>.

Dessarte, este capítulo tem as seguintes questões norteadoras para problematização do tema: Como a SAE e o PE estão sendo utilizados na APS pela equipe de enfermagem? Como facilitar a utilização do PE na Atenção Primária à Saúde?

A utilização de sistemas de linguagem padronizada é recomendada, pois, facilita a comunicação e permite o aprimoramento do conhecimento clínico de enfermagem<sup>1</sup>. Nesse sentido, as terminologias de enfermagem são um dos instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro definidos como um conjunto de termos que descrevem os conceitos importantes da profissão de forma uniforme e padronizada, que desenvolvem o processo assistencial, estimulam mudanças e aprimoram a qualidade da gestão, do ensino e da pesquisa<sup>2</sup>.

Por outro lado, percebe-se dificuldades frente à implementação da SAE/PE pelo profissional de enfermagem na APS, apesar de ser uma determinação legal, conforme citado anteriormente, sendo que um dos motivos para essa fragilidade na implementação pode estar relacionado à formação deficiente dos profissionais<sup>6</sup>.

Ademais, há alguns desafios para a sua efetivação dentro das unidades como a grande demanda na APS, que ocorre devido a uma população maior do que a recomendada para cada equipe. Essa problemática gera uma sobrecarga ao profissional, bem como a redução do tempo disponível para a realização das consultas, falta de ações de educação permanente sobre o tema, maior resistência dos profissionais para a implantação, falta de recursos humanos e a confusão gerada pelos profissionais no entendimento do uso da SAE somente como função gerencial e não assistencial<sup>6</sup>.

Salienta-se ainda que há evidências de que os gestores reconhecem a importância do PE para a autonomia e reconhecimento profissional, no entanto, esses mesmos gestores não acreditam que esse seja o momento prioritário para a sua implementação, tendo em vista que há a preocupação com o número de atendimentos realizados e não com a qualidade do atendimento, levando em consideração ainda o tempo gasto na execução do PE<sup>7</sup>.

Dentre as nomenclaturas Nanda-Internacional (NANDA-I), *Nursing Interventions Classification* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para Saúde Coletiva (CIPESC), nenhuma delas consegue estabelecer comunicação com outras categorias profissionais, o que, de acordo com alguns autores<sup>1</sup>, se constitui em um problema no âmbito da APS, em particular no contexto da ESF, sendo que, exceto as taxonomias CIPESC e a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), as outras tiveram sua aplicação mais voltada para a prática hospitalar. Sendo assim, a falta de consenso sobre o uso de uma terminologia a ser utilizada é uma barreira para a efetiva implementação da SAE na APS<sup>1</sup>.

Ainda no âmbito da APS, a equipe multidisciplinar utiliza a CIAP como sistema de classificação de problemas que tem como objetivo catalogar os problemas de saúde na APS, cabendo também ao enfermeiro utilizá-lo em sua atuação profissional. No entanto, essa prática não significa que os profissionais de enfermagem devem abandonar os diagnósticos de enfermagem, mas sim, utilizá-los de forma complementar em sua prática clínica<sup>6</sup>.

Tendo em vista o exposto e as dificuldades apontadas, é evidente a necessidade em otimizar o tempo nas consultas de enfermagem para que o enfermeiro possa, de fato, realizar o PE e os diagnósticos de enfermagem. Dessa forma, durante leitura acerca do tema, foi possível identificar que vários autores realizaram agrupamentos de diagnósticos focalizados para cada área de atuação do enfermeiro dentro da consulta de enfermagem de maneira a facilitar a busca e, conseqüentemente, sua aplicação.

Com isso, foi possível elencar artigos que abordassem a nomenclatura NANDA-I e CIPE, nos quais os diagnósticos de enfermagem

mais utilizados se encontram nas seis grandes áreas a seguir: acamados/domiciliados, amamentação, crianças, gestantes, hipertensos/diabéticos e idosos.

No que tange à segurança dos pacientes acamados no ambiente domiciliar, um estudo<sup>8</sup> realizou apontou diagnósticos de enfermagem da CIPE utilizados para situação supracitada, sendo estes apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Diagnósticos de Enfermagem CIPE para pacientes acamados em ambiente domiciliar.

Adesão ao regime medicamentoso	Reação medicamentosa
Capacidade de executar a higiene prejudicada	Risco de infecção
Conhecimento sobre medidas de segurança	Risco de lesão por pressão
Falta de apoio familiar	Risco de queda

Fonte: Santos e Valente<sup>8</sup>.

Em relação à amamentação, um estudo<sup>9</sup> apontou seis diagnósticos da taxonomia NANDA-I (2015-2017) relacionado ao tema, sendo estes apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I para amamentação.

Amamentação ineficaz	Leite materno insuficiente
Amamentação interrompida	Padrão ineficaz de alimentação do lactente
Disposição para amamentação aumentada	Risco de vínculo prejudicado

Fonte: Rodrigues et al.<sup>9</sup>.

Ainda em relação à amamentação, um grupo de pesquisadores<sup>10</sup> realizou um subconjunto terminológico da CIPE, centrado na mulher, na criança e na família. Esse subconjunto evidenciou 11 eixos com um conjunto de diagnósticos e suas intervenções. Na Tabela 3, apresentamos somente os diagnósticos conforme elencado pelos autores de

modo a auxiliar na escolha de diagnósticos voltados a amamentação na prática clínica.

**Tabela 3.** Diagnósticos de Enfermagem CIPE para amamentação.

<b>Interação dinâmica mãe-filho</b>	
Amamentação eficaz Amamentação exclusiva eficaz Amamentação exclusiva melhorada Amamentação exclusiva interrompida Amamentação exclusiva prejudicada Amamentação interrompida	Amamentação melhorada Amamentação prejudicada Risco de amamentação exclusiva interrompida Risco de amamentação exclusiva prejudicada
<b>Percepção da mulher sobre amamentação</b>	
Capacidade adequada para amamentação Capacidade inadequada para amamentação Conhecimento inadequado para amamentação Conhecimento adequado sobre amamentação Conhecimento parcial sobre amamentação Crença adequada sobre amamentação Crença inadequada sobre amamentação	Falta de conhecimento sobre amamentação Percepção positiva sobre a amamentação Percepção prejudicada sobre a amamentação Risco de capacidade inadequada para amamentação Risco de falta de conhecimento sobre amamentação Risco de percepção prejudicada sobre amamentação
<b>Percepção da criança sobre a amamentação</b>	
Percepção positiva sobre amamentação	Percepção prejudicada sobre amamentação
<b>Condições biológicas da mulher</b>	
Candidíase em mama Candidíase melhorada em mama Dor em mama	Lactação aumentada Lactação ausente Lactação diminuída Risco de candidíase em mama

Dor melhorada em mama Fissura mamilar Fissura mamilar melhorada Infecção em mama Infecção em mama melhorada Ingurgitamento mamário Ingurgitamento mamário me- lhorado Lactação adequada	Risco de dor em mama Risco de fissura mamilar Risco de infecção em mama Risco de ingurgitamento ma- mário Risco para lactação aumen- tada Risco para lactação diminuída
---	--

### Condição biológica da criança

Reflexo de sucção eficaz Reflexo de sucção prejudi- cado Risco de reflexo de sucção prejudicado	Risco de sucção prejudicada Sucção eficaz Sucção prejudicada
---	--

### Imagem corporal da mulher

Imagem corporal negativa Imagem corporal positiva	Risco de imagem corporal ne- gativa
--	--

### Espaço para amamentar

Falta de privacidade para amamentação Privacidade adequada para amamentação	Risco de falta de privacidade para amamentação
--	---

### Papel da mãe

Papel de mãe eficaz Papel de mãe prejudicado	Risco de papel de mãe preju- dicado
---	--

### Sistemas organizacionais de proteção, promoção e apoio a amamentação

Apoio familiar adequado na amamentação Apoio familiar inadequado na amamentação Apoio social adequado na amamentação	Apoio social inadequado na amamentação Risco para apoio familiar ina- dequado na amamentação Risco para apoio social inade- quado na amamentação
---	---

### Autoridade familiar e social

Atitude conflituosa em relação à amamentação Atitude positiva em relação à amamentação	Risco de atitude conflituosa em relação a amamentação
---	---

### Tomada de decisão da mulher

Processo de tomada de decisão eficaz pela amamentação Processo de tomada de decisão prejudicado pela amamentação	Risco para processo de tomada de decisão prejudicado pela amamentação
---	---

Fonte: Primo, Resende, Garcia, Duran e Brandão<sup>10</sup>.

Em relação às crianças, pesquisadores<sup>11</sup> construíram enunciados de diagnóstico de enfermagem CIPE de acordo com as etapas do crescimento e desenvolvimento, sendo elas, período neonatal, primeira infância e pré-escolar, conforme apresentado na Tabela 4.

**Tabela 4.** Diagnósticos de Enfermagem CIPE para crianças de acordo com sua etapa do crescimento e desenvolvimento.

### Período Neonatal

Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento completo	Cólica (especificar o grau)
Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento incompleto	Conduta motora deficiente
Alergia	Desenvolvimento prejudicado da criança
Amamentação exclusiva	Padrão de desenvolvimento deficiente
Amamentação interrompida	Padrão de desenvolvimento eficaz
Amamentação positiva	Resposta eficaz à medicação
Audição deficiente (diminuída)	Risco de condições patológicas;
Ausência de choro	Sono adequado
Choro (especificar o grau)	Sono prejudicado
Calendário vacinal completo	Sucção deficiente
Calendário vacinal incompleto	Sucção normal
	Visão deficiente

**Primeira infância**

Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento incompleto	Crescimento físico normal Crescimento retardado Desenvolvimento emocional normal
Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento completo	Desenvolvimento emocional prejudicado Desenvolvimento psicomotor normal
Agitação (especificar o grau)	Desenvolvimento psicomotor prejudicado
Alergia	Febre (hipertermia)
Amamentação exclusiva	Hipotermia
Amamentação interrompida	Irritabilidade (especificar o grau)
Amamentação positiva	Padrão de desenvolvimento eficaz
Atraso no crescimento	Padrão de desenvolvimento prejudicado
Audição deficiente	Percepção alterada
Calendário vacinal completo	Percepção sensorial eficaz
Calendário vacinal incompleto	Percepção visual deficiente
Capacidade de brincar em grupo	Resposta eficaz à medicação
Capacidade de dizer o próprio nome	Resposta eficaz à nutrição enteral
Capacidade de levar os alimentos à boca	Risco de agitação
Capacidade de reconhecer as cores	Risco de febre
Choro (especificar o grau)	Risco de queda
Cólica (especificar o grau)	Termorregulação ineficaz
Crescimento eficaz	Termorregulação normal
Crescimento físico deficiente	

**Pré-escolar**

Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento completo	Desenvolvimento infantil dependente Dor
Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento incompleto	Dor aguda Dor ausente Dor crônica
Agitação (especificar o grau)	Dor melhorada
Alergia	Desenvolvimento prejudicado

Atenção deficiente (déficit de atenção)	Desenvolvimento psicomotor deficiente
Audição deficiente	Desenvolvimento psicomotor normal
Bem-estar emocional	Febre (hipertermia)
Calendário vacinal completo	Hipotermia
Calendário vacinal incompleto	Irritabilidade (especificar o grau)
Capacidade de brincar em grupo	Isolamento social
Capacidade de dizer o próprio nome	Olfato eficaz
Capacidade de levar os alimentos à boca	Padrão de desenvolvimento completo
Capacidade de reconhecer as cores	Padrão de desenvolvimento incompleto
Capacidade de se vestir	Resposta eficaz à medicação
Comunicação verbal eficaz	Resposta eficaz à nutrição enteral
Comunicação verbal prejudicada	Risco de agitação
Conhecimento adequado da mãe (especificar)	Risco de febre
Conhecimento deficiente da mãe	Risco de lesão
Crescimento físico deficiente	Termorregulação ineficaz
Crescimento físico normal	Termorregulação normal
Deficiência no funcionamento psíquico	Vômito
Desenvolvimento emocional deficiente	Vômito ausente
Desenvolvimento emocional normal	

Fonte: Dantas, Gomes, Silva e Nóbrega<sup>11</sup>.

No pré-natal realizado com gestantes de risco habitual na APS, foi possível identificar um estudo<sup>12</sup> que elencou os diagnósticos da taxonomia NANDA (2009-2011) mais utilizados, conforme apresentado na Tabela 5.



**Tabela 5.** Diagnósticos de Enfermagem NANDA mais utilizados no pré-natal de risco habitual.

Ansiedade	Náuseas
Constipação	Negação ineficaz
Conhecimento deficiente	Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais
Comportamento de busca de saúde	Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais
Diarreia	Privação do sono
Dor aguda	Padrão respiratório ineficaz
Disfunção sexual	Risco de infecção
Desempenho de papel ineficaz	Risco de maternidade prejudicada
Disposição para enfrentamento aumentado	Risco de contaminação
Eliminação urinária prejudicada	Risco de díade mãe/feto perturbada
Enfrentamento ineficaz	Risco de glicemia instável
Insônia	Risco de síndrome de morte súbita
Manutenção do lar prejudicada	Risco de função hepática
Medo	Risco de volume de líquidos deficiente
Manutenção ineficaz da saúde	Síndrome do estresse por mudança
Motilidade gastrointestinal disfuncional	Volume de líquidos deficientes

Fonte: Salimena et al.<sup>12</sup>.

Outros estudos<sup>13,14</sup> ainda elencaram um conjunto de diagnósticos para serem utilizados no pré-natal de acordo com a CIPE, conforme apresentado na Tabela 6.

**Tabela 6.** Diagnósticos de Enfermagem CIPE para consultas de pré-natal.

Ansiedade presente	Humor deprimido
Comportamento alimentar comprometido/presente	Ingestão de alimentos excessiva
Câimbras nas pernas	Náusea
Candidíase leve/moderada/severa	Náusea presente
Conhecimento sobre saúde comprometido	Não adesão ao regime de imunização
Disúria	Não adesão ao regime medicamentoso
Dor presente	Obstipação presente
Dispaurenia presente	Pirose (Azia)
Dispepsia (ou indigestão)	Privação de sono
Falta de conhecimento sobre cuidados com bebê	Sangramento vaginal
Falta de conhecimento sobre o desenvolvimento fetal	Status de imunização inadequado
Falta de conhecimento sobre a gestação	Secreção anormal da vagina
Falta de conhecimento sobre o parto	Vômito presente
Gravidez não planejada presente	

Fonte: Silva et al<sup>13</sup> e Leite et al.<sup>14</sup>.

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, alguns estudos<sup>15-18</sup> apontaram os diagnósticos de enfermagem mais utilizados, sendo eles criados a partir da nomenclatura CIPE ou NANDA-I (2015-2017) (Tabela 7).

**Tabela 7.** Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I e CIPE para pacientes hipertensos e diabéticos.

Diagnósticos NANDA	
Ansiedade Autonegligência	Risco de perfusão renal ineficaz

<p>Autocontrole ineficaz da saúde          Controle ineficaz da saúde          Comportamento de saúde propenso a risco          Constipação          Conhecimento deficiente          Disposição para controle aumentada do regime terapêutico          Disposição para enfrentamento melhorado          Disposição para controle aumentado          Disposição para melhora do autocuidado          Disposição para nutrição melhorada          Dor crônica          Estilo de vida sedentário          Falta de adesão          Fadiga          Insônia          Integridade da pele prejudicada          Mobilidade física prejudicada          Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais          Obesidade          Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz</p>	<p>Risco de função cardiovascular prejudicada          Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída          Risco de baixa autoestima situacional          Risco de constipação          Risco de débito cardíaco diminuído          Risco de glicemia instável          Risco de infecção          Risco de nutrição desequilibrada: maior que as necessidades corporais (2011-2014)          Risco de quedas          Risco de úlcera por pressão          Risco de mucosa oral prejudicada          Risco de perfusão tissular periférica ineficaz          Perfusão tissular periférica ineficaz          Risco de integridade da pele prejudicada          Risco de intolerância a atividade          Sobrepeso          Sobrecarga de estresse          Sentimento de impotência          Volumes de líquidos excessivos</p>
---	--

### Diagnósticos CIPE

<p>Aceitação do diabetes autoimagem positiva          Conhecimento adequado sobre a medicação          Conhecimento inadequado sobre a medicação          Conhecimento adequado sobre o diabetes mellitus</p>	<p>Edema em membros inferiores          Fadiga          Hiperglicemia          Integridade da pele preservada          Integridade da pele prejudicada          Nutrição prejudicada          Obesidade ou sobrepeso          Orientação no tempo e no espaço preservado</p>
---	--

Conhecimento inadequado sobre diabetes mellitus Conhecimento inadequado sobre exercícios Déficit de autocuidado com alimentação, tratamento e com os pés Deambulação prejudica	Prática de exercício irregular Repouso eficaz Risco de pé diabético Sensibilidade preservada nos membros inferiores Sensibilidade diminuída nos membros inferiores
---	--

Fonte: Mota, Moura-Lanza e Nogueira-Cortez<sup>15</sup>; Sampaio et al.<sup>16</sup>; Pinto e Rodrigues<sup>17</sup>; Silva et al.<sup>18</sup>.

Por último, quanto aos diagnósticos de enfermagem para os idosos, dois estudos<sup>19,20</sup> utilizaram a terminologia NANDA (2007-2008) e (2009-2011), apontando os principais diagnósticos a serem utilizados (Tabela 8).

**Tabela 8.** Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I para os idosos.

Atividades de recreação deficientes Capacidade diminuída para andar Capacidade de transferência prejudicada Constipação Controle inadequado do regime terapêutico Controle ineficaz do regime terapêutico Comunicação verbal prejudicada	Memória prejudicada Mobilidade de cadeira de rodas prejudicada Mobilidade no leito prejudicada Manutenção do lar prejudicada Manutenção ineficaz da saúde Mobilidade física prejudicada
Dor crônica Dentição prejudicada Deglutição prejudicada Deambulação prejudicada Déficit no autocuidado para higiene íntima Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais Percepção sensorial perturbada

Déficit no autocuidado para alimentação Déficit no autocuidado para banho/ higiene	Percepção sensorial visual perturbada Privação de sono Processos familiares interrompidos Percepção sensorial olfativa perturbada
Estilo de vida sedentário Fadiga Integridade da pele prejudicada Intolerância à atividade Incontinência urinaria funcional Insuficiência do adulto para melhorar (seu estado de saúde) Insônia	Percepção auditiva perturbada Risco de solidão Recuperação cirúrgica retardada Risco para disfunção neurovascular periférica Risco de intolerância à atividade Risco de quedas Síndrome de estresse por mudança Tristeza crônica

Fonte: Ferreira et al.<sup>19</sup>; Carvalhêdo, Antonio e Santos<sup>20</sup>.

Diante do exposto, acredita-se que os agrupamentos dos diagnósticos de enfermagem em subconjuntos apresentados neste capítulo, divididos nas tabelas dos pacientes acamados em ambiente domiciliar, para amamentação, crianças, para o pré-natal, aos hipertensos e diabéticos e para os idosos podem facilitar a aplicação durante as consultas de enfermagem na APS, podendo ser uma ferramenta de implementação do PE. No entanto, vale ressaltar que os diagnósticos devem ser individualizados para cada usuário e para a comunidade atendida. Dessa forma, sugerimos que o profissional de enfermagem, por meio da observação da realidade, liste os diagnósticos mais utilizados, podendo ter como base as sugestões ofertadas pelos diversos autores.

Assim, espera-se que os profissionais de enfermagem da APS também possam se apropriar de todas as etapas do PE, para além dos diagnósticos de enfermagem apresentados neste capítulo. Desta forma, os diagnósticos e seus subconjuntos despertam a atenção dos enfermeiros para o estabelecimento de resultados e intervenções de enfermagem para as necessidades e problemas dos usuários atendidos na APS durante a Consulta de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Vilas Boas M, Caballero S, Gryschek A, Fracolli L, Padoveze M.. Análise crítica do potencial de utilização das nomenclaturas de enfermagem na atenção primária à saúde. *Enferm. Foco* (Brasília). 2020 fev [acesso em 21 out 2020];10(7):50-6. Disponível em: [http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view /2471/549](http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2471/549)
2. Cavalcante MDMA, Larocca LM, Chaves MMN, Cubas MR, Piosiadlo LCM, Mazza, VA. Nursing terminology as a work process instrument of nurses in collective health. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2016 Aug;50(4):610-6. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500010>
3. Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Koerich C, Cunha KS. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2018;52:e03327. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980220x2017025503327>
4. Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MFP, Moura AA, Zanetti ACB. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 Feb;71(1):126-34. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [acesso em 15 out 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html)
6. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2018;52:e03375. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017028803375>

7. Diniz IA, Cavalcante RB, Otoni A, Mata LRF. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 Abr;68(2):206-13. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680204i>
8. Santos FB, Valente GSCV. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Segurança do Paciente no Ambiente Domiciliar. *Enferm. foco (Brasília)*. 2020 [acesso em 21 out 2020];11(1). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2679/713>
9. Rodrigues LN, Santos AS, Torquato RC, Lopes APA, Gomes PPS, Chaves EMC. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em nutrízes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. *Enferm. foco (Brasília)*. 2019;10(6):125-30. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2785>
10. Primo CC, Resende FZ, Garcia TR, Duran ECM, Brandão MAG. Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0010. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0010>
11. Dantas AMN, Gomes GLL, Silva KL, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem para as etapas do crescimento e desenvolvimento de crianças utilizando a CIPE®. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 21 out 2020];180:e1165. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35524>
12. Salimena AMO, Guelber FACP, Rocha PA, Paiva ACPC, Alves MS, Duque KC. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. *HU rev* [Internet]. 2015 [acesso em 22 out 2020];40(1 e 2). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2270>
13. Silva JCB, Borba AM, Santos ABR, Ferraz ACD, Silva GA, Silva LC, et al. Aplicação da Sistematização da Assistência de enfermagem em gestantes atendidas no pré-natal. *Rev. Ciênc. Plur.* 2019;5(3):89-102.

14. Leite KJP, Silva WLAV, Alves EA, Damasceno EC, Costa LJSF, Oliveira KJR, et al. Sistematização da assistência de enfermagem nas consultas de pré-natal. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13:e242001. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242001>

15. Mota BAM, Moura-Lanza F, Nogueira-Cortez D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Rev. salud pública [Internet]*. 2019 jun;21(3):e370291. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v21n3.70291>

16. Sampaio FC, Oliveira PP, Mata LRF, Moraes JT, Fonseca DF, Vieira VAS. Profile of nursing diagnoses in people with hypertension and diabetes. *Invest. Educ. Enferm*. 2017;35(2):139-53. DOI: 10.17533/udea.iee.v35n2a03

17. Pinto ESO, Rodrigues WN. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial. *Nursing (São Paulo)*, 2018;21(237):2036-40.

18. Silva SO, Machado LM, Schimith MD, Silva LMC, Silveira VN, Bastos AC. Nursing consultation for people with diabetes mellitus: experience with an active methodology. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(6):3103-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0611>

19. Ferreira CJ, Campos DCS, Castro FG, Silva FWA, Pereira GSM, Waldolato LC, et al. Nursing diagnosis identified in the elderly assisted in the primary care in Brazil. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2010 May; [acesso em 21 Oct 2020];4(3):962-71. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6246>

20. Carvalhêdo F, Antonio P, Santos D. Embracement for the elderly and nursing care systematization in primary care. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2014 Dec;9(1):143-8. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i1a10318p143-148-2015>



# **Capítulo XIX**



## Utilização da CIPE® na elaboração de diagnósticos de enfermagem na atenção hospitalar

Guilherme Kelvin Araújo Alves<sup>56</sup>

Paola Carvalho Silva<sup>57</sup>

**Resumo:** A assistência no âmbito hospitalar traz demandas complexas nas esferas biopsicossociais dos pacientes. Destarte, torna-se basilar a implementação de uma assistência que reconheça o paciente em sua integralidade. A sistematização da prática profissional possibilita uma assistência individualizada e fundamentada além da integração dos membros da equipe multidisciplinar. A utilização de um método, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem na elaboração de diagnósticos de enfermagem, qualifica e científica as decisões clínicas contribuindo para uma prática assistencial segura, eficaz e com resultados individualizados.

**Palavras-chave:** Assistência Hospitalar. Terminologia padronizada em enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem.

---

<sup>56</sup> Acadêmico de enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Bolsista pelo programa de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e atual Presidente da Liga Acadêmica de Curativos da ESCS.

<sup>57</sup> Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Enfermeira na Secretaria Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Docente do curso de graduação de enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem, Serviços de Saúde Pública e Formação Pedagógica em Educação Profissional.

## **Linguagem Padronizada em Enfermagem**

A relevância dos dados gerados e documentados oriundos da prática assistencial dos profissionais de enfermagem tem demonstrado um desafio para o avanço da linguagem padronizada, principalmente pelas carências de informações e pelos desafios na sua gestão<sup>1</sup>.

Desta forma, torna-se imprescindível que a enfermagem, enquanto uma ciência documentada de forma clara e real todos os eventos ou fenômenos que ocorrem na sua prática. Esta ação garante a segurança do cliente e torna a linguagem da enfermagem mais conhecida e difundida nas práticas de saúde.

A linguagem padronizada é um conjunto de termos utilizados para transcrever os julgamentos clínicos envolvidos nas avaliações dos pacientes, simultaneamente com as intervenções e resultados de enfermagem e são capazes de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Estas informações podem ser aplicadas para apoiar a tomada de decisão clínica, avaliar os cuidados de enfermagem e os resultados obtidos com os pacientes<sup>2</sup>.

Assim, uma linguagem padronizada define a identidade da enfermagem, comunica mundialmente as ações e resultados que são documentados, define suas práticas e constrói conhecimento próprio, enquanto uma ciência da área de saúde.

Destarte, a necessidade no acesso à informação é progressivamente crescente por parte dos enfermeiros comprometidos com os cuidados dos pacientes. Sendo assim, esses profissionais carecem que os dados clínicos estejam disponíveis de forma padronizada, independente da origem ou ponto de prestação de cuidado<sup>1</sup>.

Contudo, pode-se perceber que os mentores da enfermagem mundial incluindo Florence Nightingale (1859), Isabel Hampton Robb (1909), Norma Lang e June Clark (1992) notaram, ao passar dos anos, que uma articulação clara da assistência de Enfermagem era primordial para o completo reconhecimento do amplo e diversificado domínio da profissão<sup>3</sup>.

## **Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta**

Na elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem considera-se as Teorias de Enfermagem como norteadora deste processo. A teoria selecionada deve estar alinhada ao perfil do cliente assistido e a característica do cuidado implementado<sup>4</sup>. Segundo o referencial teórico<sup>5</sup>, essas:

Podem ser consideradas aportes epistemológicos fundamentais à construção do saber e à prática profissional, pois têm auxiliado na orientação dos modelos clínicos da enfermagem e têm possibilitado que os profissionais descrevam e expliquem aspectos da realidade assistencial, auxiliando no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área. (Schaurich D, Crossetti MGO, 2010, p.183)

Os diagnósticos de enfermagem apresentados consideraram a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) a qual dispõe de elementos fundamentais para saúde, indivíduo, enfermagem e coletividade, bem como determina que o objetivo da assistência é o paciente, enfatizando o cuidado no atendimento de suas necessidades básicas<sup>6,7</sup>.

Assim, é possível afirmar que a Teoria das NHB é uma forma de linguagem padronizada por meio de suas categorias e subcategorias de necessidades que devem ser cada vez mais utilizada pelos profissionais como uma forma de comunicação de problemas na organização do cuidado de enfermagem para o indivíduo, família e comunidade, utilizando-se o Processo de Enfermagem (PE).

Em 1979, a enfermeira Wanda de Aguiar Horta publicou em seu livro<sup>4</sup>, a Teoria das NHB, em conformidade com João Mohana. Esta prevê a indispensabilidade do cuidado prestado de forma holística como “todo indivisível e, não, a soma de suas partes<sup>4</sup>”, tendo em vista as necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Com o uso dessa teoria é possível definir o foco, metas, intervenções e resultados esperados, o que permite a sistematização dos saberes com a definição, explicação e organização da assistência de enfermagem<sup>4,7</sup>.

No contexto da assistência no âmbito hospitalar, existem diversas demandas complexas no cuidado dos pacientes durante sua internação que traz prejuízos nas esferas biopsicossociais, o que imprime

especificidades nesta área de atuação da enfermagem. Destarte, torna-se fundamental promover o conforto dos clientes e seus familiares, visto que a assistência direcionada às necessidades afetadas é imprescindível. À vista disso, a sistematização da prática profissional possibilita o reconhecimento das carências dos clientes e seus familiares, bem como a integração dos membros da equipe multidisciplinar para qualificação da assistência<sup>7</sup>.

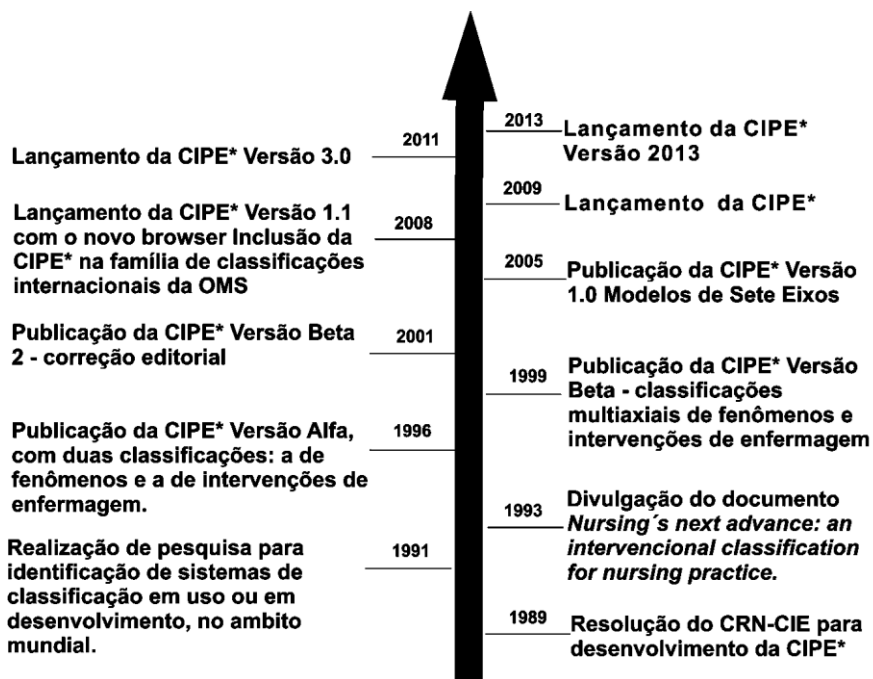
Diante disso, as classificações em enfermagem permitem expressar diagnósticos, resultados e intervenções para as diversas demandas, necessidades e fenômenos apresentados pelo indivíduo de forma que possa direcionar o cuidado de forma organizada, sustentado pela evidência científica e pela linguagem própria da profissão.

### **CIPE® e sua Origem**

Sabe-se que para a articulação da sistematização da assistência em enfermagem (SAE), é essencial uma taxonomia que faça proveito da tecnologia científica moderna para a sua preservação, evolução e que envolva a cooperação a âmbito mundial na investigação e na aplicação clínica<sup>3</sup>. Estas são características marcantes da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

A CIPE® foi aprovada em 1989, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) sendo uma taxonomia de linguagem padronizada que possibilita desenvolver diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para indivíduos e grupos nas diversas circunstâncias da prática clínica, e ainda simboliza o domínio da assistência da Enfermagem a nível mundial<sup>8</sup>. Sua aplicação diária, leva ao aperfeiçoamento das ações por meio de atuação mais crítico-reflexiva e fundamentada em evidências científicas, proporcionando maior eficiência no processo comunicativo entre enfermeiros e os profissionais de saúde envolvidos na assistência dos pacientes, o que garante mais perceptibilidade à profissão enquanto ciência<sup>8</sup>.

No decorrer dos anos as versões da CIPE® foram sendo aprimoradas, conforme demonstra a figura 1 a seguir:

**Figura 1.** Demonstrativo da evolução histórica da CIPE®, 2020

Fonte: Adaptado de Garcia, 2016<sup>6</sup>.

Ainda havendo outras atualizações mais recentes, tais como:

- Versão 2015 (2015), Versão 2017 (2017) e Versão 2019 (2019).

Ressalte-se que, além dos conceitos primitivos, dispostos no Modelo de Sete Eixos, a Versão 1.0 (2005) já previa a elaboração de conceitos pré-coordenados – de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem. Após esta, outras sete versões da CIPE® foram divulgadas até o momento: a Versão 1.1 (em 2008), a Versão 2.0 (em 2009), a Versão 2011, a Versão 2013, a Versão 2015, a Versão 2017 e a Versão 2019. Nessas versões, mantém-se a representação multiaxial (Modelo de Sete Eixos) para organizar os conceitos primitivos do domínio da enfermagem<sup>6</sup>.

Na nova terminologia CIPE®, Versão 2019/2020, são enumeradas a inclusão de 149 novos termos, e a alteração editorial (exceto no

código) em 15 conceitos. Não há a inativação de conceitos e, consequentemente, a reposição/relocação de conceitos inativados. Foram reunidos 4.475 termos distribuídos entre 10 Conceitos organizadores, 2.035 conceitos pré-coordenados (relativos a diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) e 2.430 Conceitos primitivos<sup>3,6</sup>.

Mediante as versões mais atualizadas, a partir da CIPE® 2015, em atendimento às determinações universais para o aperfeiçoamento de terminologias, o seu conteúdo foi examinado, para estar em concordância com os progressos na área e integrar as novas tendências da prática clínica do enfermeiro, a fim de realizar uma retratação cada vez mais íntegra do domínio de atuação da Enfermagem<sup>7,8</sup>.

### **Conhecendo a CIPE®**

A CIPE® criada pelo ICN, condiz exatamente como uma ferramenta que possibilita aos profissionais de enfermagem uma linguagem científica, padronizada, comum a nível local, regional, nacional e internacional<sup>2</sup>.

Consequentemente a CIPE® permite que a Enfermagem possa falar e documentar os problemas de saúde que são mais frequentes e retratam a linguagem comum que os profissionais identificam e cuidam nos serviços de saúde. Assim, a enfermagem brasileira padroniza sua forma de comunicar, de executar e de registrar a assistência ao indivíduo.

Essa taxonomia compreende títulos diagnósticos reais e de riscos, com seus fatores relacionados, objetivos, resultados esperados e ainda permite a formulação de intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do indivíduo<sup>2,8</sup>.

A CIPE® tem como objetivos estratégicos apoiar a conexão entre a enfermagem e a saúde global, bem como viabilizar a uniformidade com outras classificações utilizadas<sup>7</sup>.

Esta taxonomia tem como característica ser abrangente, tendo em vista que permite a evolução e o desenvolvimento da prática pro-



fissional, do mesmo modo que corrobora para a visibilidade da enfermagem como ciência, podendo ser utilizada nas mais diversas especialidades clínicas. Vale ressaltar que diferentes teorias de enfermagem podem ser utilizadas para basear a prática no uso da CIPE®, o que ratifica a grande praticidade desta taxonomia<sup>8</sup>.

A última versão da CIPE® é organizada com o Modelo de Sete Eixos, conforme a figura 2 abaixo:

**Figura 2.** Modelo de Sete Eixos da CIPE® versão 2015



<b>Eixo</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplo de termos</b>
Foco	Área de atenção relevante para a enfermagem.	Dor – Eliminação – Expectativa de vida – Conhecimento (Versão 2015 possui 1.396 conceitos).
Julgamento	Opinião clínica ou denominação relacionada ao foco da prática de enfermagem.	Risco de – Aumentado – Interrompido – Melhorado (Versão 2015 possui 45 conceitos).
Meios	Maneira ou método de executar uma intervenção.	Bandagem – Cateter urinário – Técnica de respiração (Versão 2015 possui 345 conceitos).
Ação	Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente.	Promover – Encorajar – Entrevistar – Aliviar (Versão 2015 possui 232 conceitos).
Tempo	Momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência	Admissão – Período Pré-natal – Intermitente (Versão 2015 possui 69 conceitos).
Localização	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção.	Anterior – Cavidade torácica – Creche – Hospital-dia (Versão 2015 possui 259 conceitos).
Cliente	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é beneficiário de uma intervenção de enfermagem.	Criança – Pai – Família – Comunidade (Versão 2015 possui 32 conceitos).

Fonte: Adaptado de Garcia, 2016<sup>6</sup>.

O uso desse método organizacional simplifica a elaboração de afirmativas, pois a existência de grupos significativos sistematizados e ordenados, torna ágil o acesso a conjuntos enunciados pré-construídos de diagnósticos, intervenções e resultados<sup>7,8</sup>.

A utilização de um método na elaboração de diagnósticos de enfermagem qualifica e científica as decisões clínicas contribuindo para uma prática assistencial segura, eficaz e com resultados individualizados para cada cliente.

### **CIPE® e os diagnósticos de enfermagem na atenção hospitalar**

O suporte das necessidades deficitárias de cada indivíduo, sendo elas de área de risco ou não, tornam-se imprescindíveis uma assistência de qualidade e resolutiva da equipe. A prática da enfermagem sistematizada propicia a identificação das demandas dos clientes e seus familiares, bem como a articulação dos profissionais da equipe multidisciplinar para aperfeiçoamento na assistência hospitalar<sup>7,8</sup>.

Neste sentido, é por meio da elaboração dos diagnósticos de enfermagem que o enfermeiro, considerando suas habilidades cognitivas, interpessoais e atitudinais, desenvolve a capacidade de julgar as respostas humanas que necessitam de intervenções de enfermagem<sup>9</sup>.

A construção de uma nomenclatura de diagnósticos da CIPE® ou subconjuntos terminológicos para um determinado grupo, facilita e reduz o tempo no planejamento da assistência de enfermagem e qualifica a implementação do cuidado<sup>10</sup>.

Assim, pode-se dizer que a CIPE permite a formulação de diagnósticos, resultados e intervenções para grupos específicos do cuidado da enfermagem, como por exemplo, grupo de hipertensos, grupos de diabéticos, grupos de tabagistas, grupos de gestantes, etc.

As diretrizes para formulação dos títulos diagnósticos utilizando a CIPE® considera obrigatória a utilização de um termo do Eixo foco e um termo do Eixo julgamento do Modelo de Sete Eixos. Termos adicionais de outros eixos podem ser incluídos<sup>11</sup>.

Um estudo com 51 pacientes internados em uma Clínica Cirúrgica identificou entre os mais prevalentes os seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco de Infecção, Ansiedade, Sono e repouso prejudicados, Pressão Sanguínea elevada, Deambulação prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Emagrecimento, Constipação e Higiene Corporal prejudicada<sup>5</sup>. Ansiedade e Risco de Infecção também foram prevalentes em um estudo com pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico além de Risco de úlcera de pressão e Comunicação Prejudicada<sup>12</sup>.

Em crianças hospitalizadas, o diagnóstico de Risco de Infecção foi validado além de Desidratação, Diarreia, Integridade da pele prejudicada, Higiene oral prejudicada, Sono prejudicado e Respiração prejudicada. Considerando a subcategoria psicossocial, Aceitação prejudicada, Risco de aceitação prejudicada, Risco de desenvolvimento infantil prejudicado, Socialização, Estresse, Frustração, Tristeza, Potencialidade presente, Privacidade e Falta de conhecimento da mãe sobre doença e tratamento foram identificados<sup>6,13</sup>.

Em uma amostra de 120 pacientes internados com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) identificaram-se Hipertermia, Deidratação, Frequência cardíaca aumentada, Dispneia, Deglutição prejudicada, Solidão, Medo e Aceitação do regime terapêutico prejudicada como enunciados diagnósticos prevalentes<sup>14</sup>.

A construção de diagnósticos de enfermagem utilizando a CIPE® possibilita ao enfermeiro contribuir na padronização de uma linguagem utilizada na prática clínica e imergir nas necessidades humanas dos pacientes que estão sob seus cuidados. Ao passo que exige um raciocínio clínico na identificação dos problemas de enfermagem<sup>15</sup>.

Mediante ao levantamento de base teórica<sup>5-6,8</sup>, foi desenvolvido um esquema (figura 3) com os termos diagnósticos CIPE® frequentemente utilizados por enfermeiros na assistência hospitalar, com o objetivo de facilitar a implementação na prática assistencial de pacientes hospitalizados.

**Figura 3.** Termos diagnósticos CIPE® frequentemente utilizados na assistência hospitalar. Brasília, DF, Brasil, 2020.



Fonte: Autoria própria, adaptado<sup>6-8</sup>.

Contudo, conclui-se que o profissional de enfermagem, deve dispor de um grande leque nas habilidades e competências, dentre as quais técnico-científico, assumindo-as de forma equânime, interdependente e autônoma. A constante procura pelo conhecimento e a sua integração permitem o alcance do “Saber-Saber”, “Saber-Fazer” e “Saber-Ser”<sup>7</sup>.

Vale ressaltar que a CIPE é uma linguagem universal e pode ser aplicada pelos enfermeiros que prestam cuidados na atenção hospitalar. Percebe-se ainda, uma tímida aplicação desta classificação nestes ambientes, principalmente pelo desconhecimento dos seus fundamentos, como também pelas dificuldades de implantação e implementação da SAE nas instituições de saúde. Contudo, esta classificação vem sendo bastante utilizada por enfermeiros da atenção primária.

## REFERÊNCIAS

1. Paese F. Processo de enfermagem informatizado utilizando a CIPE® para a segurança do paciente em unidade de urgência e emergência [Tese doutorado]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. 288 p. Doutorado em Enfermagem.
2. Ferreira JDF, Brito KKG, Aguiar ESS, Lima CLJ, Soares MJGO, Costa MML. Utilização da classificação internacional para a prática de enfermagem/CIPE® na assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE On Line* [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 19];7(4):1189-1194. DOI 105205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201316. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11597/13631>Livro CIPE® - <https://www.pas-seidireto.com/arquivo/30401240/cipe-2015>.
3. Clares JWB, Guedes MVC, Freitas MC. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em dissertações e teses brasileiras. *Revista Eletrônica de Enfermagem (REE)* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 19]; 1-12. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56262>.
4. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979. 1, Filosofia. teoria e ciência de enfermagem: Teoria das necessidades humanas básicas; p. 3-27.
5. Schaurich D, Crossetti MGO. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2020 Oct 25];14(1):182-188. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27.pdf>
6. GARCIA, Telma Ribeiro (Org.). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 2015*. Porto Alegre: Artmed, 2016.

7. Campos JDC, Lins GAI. Cuidados psicossociais à criança hospitalizada e a CIPE® [Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) on the Internet]. Brasília: Escola Superior em Ciências da Saúde - ESCS; 2018 [cited 2020 Oct 21]. 16 p. Available from: <http://repositorio.fe-pecs.edu.br:8080/jspui/bitstream/prefix/47/3/TCC%20Juliana%20Duarte%20Chaibe%20Campos.pdf> Graduação em Enfermagem.
8. Figueira MCD, Jacob LMS, Spazapan MP, et al. Reflexões sobre a utilização da CIPE® na prática profissional: Revisão Integrativa. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 21];(7):134-154. DOI 10.18554/reas.v7i2.2369. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2369>.
9. Rocha CCT. Mapeamento cruzado dos títulos de diagnósticos de enfermagem formulados segundo a CIPE® versus diagnósticos da NANDA internacional para pessoas vivendo com AIDS [Dissertação de Mestrado on the Internet]. [place unknown]: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017 [cited 2020 Oct 25]. 103 p. Available from: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/24865/1/Cintia-CapistranoTeixeiraRocha\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/24865/1/Cintia-CapistranoTeixeiraRocha_DISSERT.pdf) Mestrado em Enfermagem.
10. Nóbrega ML,. Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE®. João Pessoa: ideia; 2018. 246 p. ISBN: 978-85-463-0318-2.
11. Tannure Meire Chucre, Salgado Patrícia de Oliveira, Chianca Tânia Couto Machado. Cross-Mapping: diagnostic labels formulated according to the ICNP® versus diagnosis of NANDA International. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Oct 25]; 67(6): 972-978. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000600972&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000600972&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670616>.
12. Ramos NM, Oliveira JS, Nascimento MNR, Oliveira CJ, Nóbrega MML, Félix NDC. Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para vítimas

de acidente vascular encefálico isquêmico. enferm. Foco [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 25];11(2):112-119. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/DiagnosticosEnfermagemCipe.pdf>.

13. DAM Nóbrega, SK Lima, NMM Lima. Validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da clínica pediátrica. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 26]; 71(1): 80-88. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000100080&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100080&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0647>.

14. SNV Lino, SRA Rosendo, SC Costa, NR Vidal, RCC Teixeira, et al. Proposal of nursing care plan in people hospitalized with AIDS. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 26]; 51: e03204. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100406&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100406&lng=en). Epub Mar 27, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016027203204>.

15. FND Carvalho, RN Morais, NMN Rolim, MTM Magalhães CJ, Oliveira. Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 26]; 71(Suppl 1): 467-474. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700467&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700467&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0125>.



# Capítulo XX



# Aspectos legais do exercício da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

Simone Luzia Fidélis de Oliveira<sup>58</sup>

**Resumo:** É irrefutável a relevância da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE) para a qualificação e valorização do processo de trabalho do Enfermeiro e sua equipe de Enfermagem, constituindo-se, segundo a Resolução Cofen nº 358/2009, norma obrigatória dos serviços que prestam assistência de enfermagem e determinando, ainda, o Enfermeiro como líder em sua elaboração, execução e avaliação, cabendo privativamente a ele a realização do diagnóstico e das intervenções de enfermagem. No entanto, ainda se apontam dificuldades para a implementação da SAE e PE e o pleno cumprimento da norma.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem. Legislação em Enfermagem. Responsabilidade do Enfermeiro

É notória a importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prática da enfermagem como metodologia científica para organizar, sistematizar e operacionalizar o Processo de Enfermagem (PE) e, conseqüentemente, os cuidados de

---

<sup>58</sup> Enfermeira. Advogada. Licenciada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Brasília (UnB). Mestranda em Enfermagem (UnB). Especialista em Direito Público pelo Centro Universitário Projeção. Especialista em Saúde da Família pela UnB. Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CRDF/SES). E-mail: simoneluzia@gmail.com

enfermagem. Frente ao apontado, é evidente que a SAE, para sua implementação, necessita de maior capacidade técnica, científica e legal e o PE se apresenta como a concretude dessas habilidades<sup>1-3</sup>.

Sendo assim, é irrefutável que o enfermeiro passa a ter um papel relevante na liderança da elaboração do planejamento da assistência respaldada, legalmente, na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986<sup>6</sup> e no Decreto nº 94.406/1987<sup>7</sup>, conforme descrito abaixo:

Art. 3º A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem<sup>7</sup>.

Art. 4º A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

(...)

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

(...)

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

(...)

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

(...)

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde<sup>6</sup>.

Observa-se, na descrição do ordenamento jurídico sobre a matéria, que o enfermeiro teria habilitação para elaborar o plano de cuidados, bem como para executá-lo e avaliá-lo, por se tratar de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, científica e legal, além da necessidade de tomada de decisões.

Frente às normas de maior impacto jurídico, o Sistema do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)/Conselho Regional de Enfermagem (Coren) sentiu a necessidade de emitir uma norma mais precisa sobre a temática, resultando na confecção da Resolução Cofen nº

272/2002<sup>8</sup>, que dispunha sobre “*a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras*”. Tal Resolução apresentava as seguintes informações:

Art. 1º – Ao Enfermeiro incumbe:

I – Privativamente:

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem: Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame Físico: O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas:

inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Prescrição de Enfermagem: É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Artigo 2º – A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

Artigo 3º – A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário (...)

Nesse texto, reforça-se a responsabilidade do enfermeiro pela SAE e pelo PE, sendo que não há uma distinção clara entre eles. Enfatiza ainda a necessidade de sua implementação em todo território nacional, nas instituições públicas e privadas, e a importância do registro adequado no prontuário do usuário.

A Resolução ainda apontava a obrigatoriedade dos CORENS em capacitar os enfermeiros e incentivar a implementação e execução da legislação<sup>8</sup>, conforme apontamento abaixo:

Artigo 4º – Os CORENS, em suas respectivas jurisdições, deverão promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem, na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

Artigo 5º – É de responsabilidade dos CORENS, em suas respectivas jurisdições, zelar pelo cumprimento desta norma.

No entanto, com os avanços da enfermagem, foi necessária a edição de uma nova resolução, a Resolução Cofen nº 358/2009<sup>9</sup>, que abrangesse as necessidades da Equipe de Enfermagem. Sendo assim, a Resolução anterior foi revogada e a nova trouxe algumas alterações importantes. A primeira alteração se visualiza no conceito de SAE e PE apontados antes mesmo da redação da Resolução.

CONSIDERANDO a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem; CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem; CONSIDERANDO que o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional;

No tocante ao papel do enfermeiro, a nova norma impõe a ele a liderança da SAE e do PE, e reduz a sua responsabilidade privativa na realização do Diagnóstico de Enfermagem e na Prescrição das Intervenções de Enfermagem, possibilitando uma maior participação dos outros membros da Equipe de Enfermagem, o que fortalece e valoriza a equipe e a assistência.

Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro<sup>9</sup>.

Observa-se que mesmo a SAE e o PE se fazem necessárias a supervisão e a orientação do enfermeiro para o exercício profissional dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Isto é reforçado pela jurisprudência. No momento de julgar a Apelação Cível Nº 5002331-80.2018.4.04.7115<sup>10</sup> a Desembargadora Marga Inge Barth Tessler do Tribunal Regional Federal da 4ª Região determinou que:

(...) o Município de Porto Lucena/RS, mantenha profissional enfermeiro durante todo o período de funcionamento da Unidade de Saúde – Vila Defesa Civil, com a finalidade de praticar os atos privativos de enfermeiro e de supervisionar as atividades de técnicos e auxiliares de enfermagem (...)

No tocante à função dos Corens, a responsabilidade se concentrou na fiscalização para que a lei seja cumprida e inclui a participação do Cofen:

Art. 7º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução<sup>10</sup>.

Outra novidade que surge consiste na obrigatoriedade da realização da SAE e PE, o que leva a inferir que a implementação e execução da SAE e do PE não é algo facultativo e sim, um dever legal, conforme consta na Resolução<sup>10</sup>.

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Cabe lembrar que o não cumprimento do Código de Ética de Enfermagem<sup>11</sup> implica abertura de Processo Ético e conseqüente penalidade devido à infração. Podem-se citar alguns artigos que podem ser infringidos com a não realização da SAE e do PE.

#### CAPÍTULO II – DOS DEVERES

(...)

Art. 26 Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

(...)

Art. 37 Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

(...)

Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência<sup>11</sup>.

Pode-se entender que a não realização da SAE e do PE gera a penalidade de Advertência Verbal, no caso dos exemplos expostos, conforme apontamento abaixo:



Art. 114 As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 115 A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102<sup>11</sup>.

Embora a SAE e a PE sejam métodos valiosos e cientificamente comprovados como fundamentais no processo de trabalho da Equipe de Enfermagem, nota-se que ainda não há uma ampla implementação no território nacional e nas instituições públicas e particulares que desempenhas atividades de enfermagem<sup>1-4</sup>.

Alguns estudos demonstram que ainda existem muitas dificuldades para a implementação da SAE e do PE, dentre elas: dimensionamento inadequado da Equipe de Enfermagem, falta de apoio institucional para reorganização do serviço efetiva realização da SAE, insuficiência de investimentos financeiros em instituições públicas, falta de investimento em tecnologias que facilitem os registros da assistência, além da falta de capacitação dos membros da equipe<sup>1-4</sup>.

Outras pesquisas demonstram que a nova geração de acadêmicos possui maior aproximação com a temática e, embora tenha dificuldades nos Diagnósticos de Enfermagem e nas Intervenções de Enfermagem, está no mercado mais bem preparada para cumprir a norma<sup>4</sup>.

Algumas estratégias precisam ser implementadas para que a SAE e o PE possam ser executados. Corroborando com tal entendimento, ocorreu solicitação do Coren/MG, que originou o Parecer nº 008/2017/COFEN/CTAS<sup>12</sup> onde enfatiza a necessidade de colocar instrumentos da SAE e PE dentro do sistema informacional do e-SUS:

Diante do exposto, apesar de entendermos que a era digital nos permite dá celeridade aos fluxos de trabalho, os softwares aqui mencionados não guardam espaços reservados às etapas do Processo de Enfermagem preconizadas na Resolução Cofen 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a imple-

mentação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e portanto recomendamos ao Conselho Federal de Enfermagem que entre em contato com o Ministério para propor a inclusão das etapas do processo de Enfermagem no sistema eletrônico do e – SUS AB.

É indiscutível que a implementação da SAE e do PE é extremamente importante para a qualificação e valorização do processo de trabalho da Equipe de Enfermagem. Porém, ainda se faz necessário um investimento em qualificação e fiscalização para que essa norma possa realmente ser cumprida.

## REFERÊNCIAS

1. Santos JS, Lima LM, Melo IA. Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão bibliográfica. CGCBS [Internet]. 2014;2(2):59-68.
2. Oliveira MR, Almeida PC, Moreira TMM, Torres RAM. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019;72(6):1547-53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>
3. Pimpão FD, Lunardi Filho, WD, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. Rev. enferm. UERJ [on line]. 2010 jul/set;18(3):405-10.
4. Souza GB, Santiago AXS, Santos OP, Pereira BA, Caetano SRS, Santos CC. Sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem: conhecimento de graduandos. Braz. J. Hea. Rev. 2020;3(1):1250-71.
5. Remizoski J, Rocha MM, Vall J. Dificuldades na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE: uma revisão teórica. Cad. Esc. Saúde. 2010;03(1):1-14.
6. Brasil. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 26 jun 1986.
7. Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, e dá outras providências.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro: CO-FEN; 2002.

9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009.

10. Brasil. União Federal. Tribunal Regional Federal da Quarta Região - 3ª Turma. Apelação Cível Nº 5002331-80.2018.4.04.7115. Julgamento: 19/09/19, Publicação: 14/11/2019. Rio Grande do Sul, 19 de setembro de 2019.

11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 6 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2017.

12. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº 008/2017/COFEN/CTAS, de 24 de maio de 2017. Solicita posicionamento da Câmara Técnica do Cofen quanto à ausência da aplicabilidade de Processo de Enfermagem no e-SUS AB. Brasília: COFEN; 2017.

# Capítulo XXI



## **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: benefícios, requisitos e desafios para a organização do cuidado de enfermagem**

**Rinaldo de Souza Neves<sup>59</sup>**

**Gilney Guerra de Medeiros<sup>60</sup>**

**Davi Pereira Marques<sup>61</sup>**

**Samuel Silva dos Santos<sup>62</sup>**

---

<sup>59</sup> Enfermeiro. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem (Coren/DF), gestão 2017-2020. E-mail: rinaldodesouza@gmail.com

<sup>60</sup> Enfermeiro. Mestre em Gestão Econômica de Finanças Públicas pela Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Terapia Intensiva, Gestão Pública e Auditoria Suplementar. Presidente do Coren-DF, Gestão 2015-2017. Atualmente primeiro tesoureiro do Cofen, servidor público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Professor do Centro Universitário do Planalto Central e da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. E-mail: gilneyguerra@gmail.com

<sup>61</sup> Discente do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). E-mail: daavimarques@gmail.com

<sup>62</sup> Discente do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). E-mail: samuelenfescs@gmail.com

**Resumo:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de planejamento, organização e execução das ações de enfermagem, sendo implantada nas instituições de saúde e no ensino de Enfermagem. Apesar dos diversos benefícios da implantação dessa metodologia, como a possibilidade de o enfermeiro avaliar a qualidade da assistência prestada, ainda há uma dificuldade na aplicação da SAE nos serviços, onde nem sempre há a realização de todas as etapas do Processo de Enfermagem (PE) ou, quando realizadas, não ocorrem da forma correta. O objetivo desse capítulo é contribuir para a organização do cuidado por meio da reflexão sobre os benefícios, requisitos e desafios da SAE, buscando a transformação das práticas adotadas para que a SAE possa ser implementada de forma eficaz nos serviços de assistência.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Metodologia da Assistência de Enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi introduzida inicialmente, nas décadas de 1920 e 1930, nos cursos de Enfermagem, particularmente no ensino dos estudos de caso e no planejamento de cuidados individualizados. Posteriormente, o Processo de Enfermagem (PE) passou a ser utilizado como instrumento de planejamento e execução da Prática de Enfermagem, sendo especialmente denominada de “Plano de Cuidados”. Paralelamente, já havia, à época, a preocupação de se introduzirem os princípios científicos na referida prática, quando, então, o PE passou a ser utilizado como um método científico para organizar os cuidados atinentes a essa área da ciência da Saúde<sup>1,2</sup>.

No Brasil, o PE começou a ser implantado, com maior ênfase, em alguns Serviços de Enfermagem, nas décadas de 1970 e 80. Nessa época, a “Teoria das Necessidades Humanas Básicas – NHBs”, de Wanda de Aguiar Horta, influenciou a aplicação do PE nas instituições de Saúde e no ensino de Enfermagem<sup>3,4,5</sup>.

Há que se destacar que na década de 80, a maioria dos serviços buscava implantar apenas algumas etapas do PE proposto por Horta, principalmente o Histórico, a Prescrição e a Evolução de Enfermagem. Todavia, embora houvesse a tentativa de se organizar, de forma mais



sistematizada, a Assistência de Enfermagem, as instituições de Saúde e os profissionais estavam pouco preparados para a implantação da SAE. De um lado, os serviços de Saúde não dispunham de recursos humanos em quantidade adequada para a operacionalização das diversas ações requeridas pela SAE e, de outro, os enfermeiros e os demais elementos da Equipe não haviam recebido formação adequada para a realização de suas etapas.

Ao longo dos anos, diversas Teorias de Enfermagem surgiram para fundamentar cientificamente as metodologias de organização da assistência. Nesse percurso, foi introduzido o Diagnóstico de Enfermagem, como uma classificação da Prática de Enfermagem e como uma das etapas do PE, que serviu como elo para a determinação das intervenções e para os problemas de Enfermagem identificados<sup>6</sup>.

Convém chamar atenção para o fato de que as formas de gerenciamento do processo de cuidar, historicamente adotadas pelos enfermeiros, são pautadas na Teoria da Administração Científica e Clássica, apresentando como características a rigidez no trabalho, a divisão nas tarefas, o controle das atividades e a ênfase na produtividade. Tais formas dificultam a co-gestão, particularmente na execução da SAE, em que o enfermeiro “pensa” e o auxiliar e técnico de Enfermagem “executa” as ações que compõem essa metodologia de trabalho<sup>7</sup>. Há que se pensar em uma forma compartilhada de gestão onde a participação e aceitação deste processo de trabalho possa de fato envolver todos os membros da equipe.

Apesar de vários serviços de Enfermagem terem implantado a SAE, parcialmente ou na sua totalidade<sup>8,9,10</sup>, a grande maioria dos hospitais ainda utiliza essa metodologia de forma fragmentada, incompleta, superficial, inconsistente, burocrática, descontínua, mecanizada, rotineira e sem uniformidade<sup>11,12,13,14,15</sup>, visto que a prioridade dos serviços é o cumprimento de tarefas, em detrimento de um cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos<sup>16</sup>.

## **Benefícios do cuidado organizado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE**

Assim, se efetivamente implementada, a SAE proporciona ao enfermeiro avaliar a qualidade da assistência prestada, justificando a Enfermagem como ciência pela aplicação de conceitos e teorias próprias, e fundamentados nas ciências biológicas, físicas, comportamentais e humanas, que estão sempre presentes no processo de cuidar.

O maior benefício que a metodologia em foco resgata para a profissão é o conhecimento científico próprio da Enfermagem. Desta forma, o PE é entendido como uma alternativa para que os enfermeiros alcancem um status profissional mediante a realização de uma prática científica<sup>17,18,19</sup>. Assim, não há dúvidas de que a utilização de um método científico na prática de enfermagem possibilita a visibilidade do trabalho do enfermeiro.

É sabido que a cientificidade, associada ao desenvolvimento e aprimoramento de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, acentua o crescimento profissional, aumentando, por conseguinte, a satisfação, a valorização e a autoestima do enfermeiro<sup>20</sup>.

A implantação do PE, portanto, vem contribuir para o entendimento do trabalho do enfermeiro e a elevação de sua credibilidade perante o paciente, seus familiares, a própria classe, os demais profissionais de saúde e toda a comunidade. Com autonomia em seus atos, esse profissional da saúde passa a ser um elemento indispensável nas ações preventivas e de recuperação do paciente<sup>21</sup>.

Essa implantação permite, por meio dos registros, que se estabeleçam as prioridades assistenciais e que os enfermeiros desenvolvam atividades que lhes são privativas, sendo que uma das maiores dificuldades enfrentadas por esses profissionais no seu cotidiano é a execução de atividades que são de atribuição de outros elementos da equipe multidisciplinar. A SAE atua como um instrumento para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro, sendo, dessa forma, vista como norteadora da Assistência de Enfermagem em todo o âmbito de ação dessa profissão da área de Saúde<sup>22</sup>.

A utilização do PE traz implicações para essa profissão, para o cliente e para o enfermeiro em particular. Além disso, profissionalmente, o PE define o alcance da prática do profissional e identifica padrões de cuidados de Enfermagem<sup>20</sup>.

Adicionalmente, este método sistemático de prestação de cuidados tem importância fundamental na obtenção de resultados que possam refletir a assistência sistematizada e humanizada, à medida que o enfermeiro planeja e proporciona cuidados em que são considerados os interesses, os ideais e os desejos do cliente<sup>23</sup>.

O PE permite que o enfermeiro se aproxime do paciente por meio dos registros e na implementação de ações em todas as suas fases<sup>22</sup>. Além disso, o paciente beneficia-se com o uso desse processo, uma vez que se sente estimulado a participar dos cuidados<sup>20</sup>.

Pode-se apontar os aspectos positivos em relação à utilização da SAE, tais como o mérito de proporcionar segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de Enfermagem, possibilitando, assim, a individualização da assistência<sup>24,2,25</sup>. Por delimitar de forma clara o âmbito de atuação dos profissionais dessa área, tal método garante visibilidade e autonomia ao enfermeiro, no papel de coordenador do Plano de Cuidados, tornando-o referência para o paciente e para a Equipe de Enfermagem.

Quando o PE é praticado como uma forma de investigação, ele motiva o enfermeiro a desenvolver um tipo de pensamento que leva a julgamentos na forma de Diagnósticos de Enfermagem, fornecendo, assim, uma base segura para a assistência nessa área<sup>26</sup>.

Na organização do serviço, a possibilidade do conhecimento prévio do que pode acontecer com o paciente e, a partir disso, o planejamento de uma ação por meio do PE, bem como a melhora da qualidade da assistência, são razões apontadas para a sua operacionalização<sup>20,2</sup>.

Desse modo, a SAE tem importância fundamental em três dimensões. A primeira está relacionada com a profissão, pois possibilita o desenvolvimento científico da Prática da Enfermagem, tornando-a uma ciência. A segunda, por sua vez, está relacionada com o crescimento e autonomia do profissional enfermeiro, tornando suas atividades visíveis e necessárias para a área de Saúde. E, por fim, a terceira relaciona-

se com a prestação de uma assistência planejada, individualizada e humanizada ao cliente, à família e à comunidade.

### **Requisitos para o cuidado organizado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE**

Alguns requisitos estão relacionados com aspectos que envolvem o ensino em Enfermagem, a estrutura de organização do trabalho de Enfermagem e elementos que abrangem a crença, os valores, o conhecimento, a habilidade e a prática do profissional enfermeiro.

O ensino tem importância fundamental para o significado do PE, não só no que se refere aos cursos de Graduação em Enfermagem, mas também à educação continuada do pessoal de Enfermagem nos serviços. Nesse sentido, sua implementação envolve uma discussão sobre o papel desempenhado pelo enfermeiro no contexto dos serviços e, também, sobre o que é ensinado a este respeito nos cursos de Graduação. Tal ensino não pode ser realizado como uma ideologia, sem considerar a realidade da Prática de Enfermagem em que o PE é aplicado.

Outro requisito importante para a aplicação do PE é a utilização dessa metodologia como conteúdo do ensino de gerenciamento em Enfermagem pelos docentes, uma nova estratégia para se abordarem aspectos da assistência no processo de trabalho do enfermeiro, e, principalmente, a articulação entre os conteúdos do gerenciamento e a assistência e cuidado de Enfermagem<sup>27</sup>.

Por outro lado, são condições para o desenvolvimento do PE a abertura e a flexibilidade das organizações, que devem dar à Equipe de Enfermagem a oportunidade de definir o alvo do seu próprio trabalho e de tentar vários modelos para alcançar tal objetivo. Além disso, o profissionalismo, a atitude e a criatividade da referida Equipe também são importantes<sup>28</sup>.

A SAE requer subsídios, tanto de um referencial teórico para a abordagem do processo saúde-doença, quanto de um contexto de trabalho que estimule e torne viável sua implementação, ou seja, requer uma Equipe de Enfermagem permanentemente qualificada para a as-

sistência além da supervisão do trabalho cotidiano como reflexão contínua sobre a prática; da articulação e a integração dos componentes da referida Equipe; da adequação dos recursos materiais e físicos; enfim, de um conjunto de ações de planejamento e organização do trabalho, que, por sua vez, configura o processo de trabalho gerencial<sup>27</sup>.

Torna-se necessária, também, a realização de um diagnóstico do trabalho da Equipe de Enfermagem, ressaltando-se seu preparo técnico-científico sobre o PE, bem como a existência de problemas decorrentes de uma assistência sistematizada, para a elaboração e implementação de um modelo assistencial e ideal em um serviço de saúde<sup>29</sup>.

Os enfermeiros, na condição de responsáveis legais pela SAE, devem estar atentos, avaliando continuamente junto com a Equipe de Enfermagem a forma pela qual vem sendo desenvolvido o PE, a fim de evitar que este venha a se tornar um ato prescritivo, mecânico, rotineiro e burocrático<sup>25</sup>.

Essa metodologia deve proporcionar as evidências necessárias para embasar as ações, apontar e justificar a seleção de determinados problemas e direcionar as atividades de cada um dos integrantes da Equipe de Enfermagem, além de ter um método de registro das ações, fato que contribui para sua continuidade e visibilidade. É importante ter clareza de que cada integrante da referida Equipe participa do processo assistencial, desempenhando seu papel específico para o desenvolvimento da assistência como um todo<sup>30</sup>.

Nessa visão, porém, convém chamar atenção para o fato de que os técnicos e auxiliares de Enfermagem, embora devam ser considerados uma importante fonte de informação para a operacionalização do processo, não podem ser tidos como a principal delas. Esse processo é, acima de tudo, uma forma de organização do cuidado, operacionalizado através de ações realizadas em conjunto com outros profissionais de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro. Desse modo, a efetiva operacionalização dessa metodologia de assistência depende muito mais do papel assumido por esse profissional do que da cor ou forma dos impressos utilizados<sup>2</sup>.

Também é importante a manutenção de um processo participativo, no qual sejam propiciados espaços para intercâmbio de conhecimentos, sentimentos, experiências, vivências e compromissos da

Equipe de Enfermagem em relação ao processo de implantação e implementação das fases do PE nos cenários de saúde <sup>25</sup>.

Esse Processo implica tanto trabalho em equipe, envolvendo todos os profissionais e ocupacionais que atuam junto ao paciente, quanto aspectos da estrutura organizacional onde o trabalho é desenvolvido. De um lado, o PE abrange método e passos definidos, cuja documentação é regulada no contexto sistêmico; de outro, uma ação comunicativa, implicando a valorização de aspectos que fazem parte do mundo da vida. Na operacionalização do PE, o paciente deve ser envolvido, assim como os profissionais responsáveis pelo cuidado, buscando-se um entendimento acerca das ações a serem realizadas. Nesse aspecto, para a implementação dessa metodologia de assistência, que orienta a organização do cuidado, torna-se necessário um acordo entre a equipe e o paciente, a partir de um processo que valoriza a comunicação, a participação e o entendimento com ele próprio<sup>2</sup>.

Considerando as características organizacionais do Serviço de Enfermagem, concretizar a operacionalização de um método de assistência implica uma reflexão analítica sobre a inserção do enfermeiro nas instituições de Saúde, a identificação dos paradigmas e a revisão das crenças e valores acerca do seu papel de assistente. É fundamental que toda a Equipe de Enfermagem compreenda e incorpore a importância de sua atuação científica, de tal modo que a certeza da pertinência dessa atuação venha a influenciar o comportamento do enfermeiro no desenvolvimento do processo, determinando, inclusive, a sua trajetória de competência profissional. O que se exige de todo o Corpo de Enfermagem é: disposição, força, coragem e compromisso para enfrentar o desafio de romper sólidas barreiras<sup>17</sup>.

O reconhecimento da importância da atuação científica do enfermeiro é o fator mais importante, pois, apesar de perceber-se o valor irrefutável de uma filosofia que norteia uma proposta de trabalho, o que realmente vai concretizá-la são os profissionais que estão do lado do paciente. Sendo assim, o referido reconhecimento deve ser de todos, senão os enfermeiros serão apenas cumpridores de tarefas<sup>31</sup>.

As atitudes e crenças do enfermeiro e do pessoal auxiliar são importantes requisitos na implementação do PE, constituindo-se, inclu-

sive, fatores que interferem nessa prática e que estão intimamente ligados à forma como essa metodologia é interpretada e operacionalizada<sup>2</sup>.

O profissional deve apresentar habilidades como competência para avaliar os pacientes, para analisar e tirar conclusões sobre os dados, e coragem para não se sentirem vulneráveis ou ridículos diante de colegas, subordinados, superiores e médicos. Esses são requisitos importantes para os enfermeiros que pretendem utilizar essa metodologia de assistência<sup>32</sup>.

O aprimoramento contínuo de toda a Equipe de Enfermagem, por meio da capacitação, pela fundamentação teórica, possibilita o desenvolvimento de habilidades e competências para a realização das etapas da SAE, principalmente no que se refere à fase do Diagnóstico de Enfermagem<sup>25</sup>.

Assim, organizar a Assistência de Enfermagem representa um processo que envolve aplicação de conhecimentos oriundos de diversas ciências e da prática social de Enfermagem, além de requerer do enfermeiro habilidades na manipulação dos dados, domínio do conhecimento, aptidão intelectual, objetividade, pensamento crítico, intuição e tomada de decisão<sup>33</sup>.

Um programa educacional estruturado no ambiente em que os enfermeiros aplicam o PE pode ser benéfico para o desenvolvimento de atitudes e medidas positivas no trabalho. Ou seja, o efeito do ambiente sobre esse processo possibilita o apoio mútuo entre ensino e prática como importante estratégia de mudanças reais e pertinentes nas práticas dos profissionais de enfermagem<sup>34</sup>.

### **Desafios para o cuidado organizado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE**

No âmbito do ensino, alguns fatores relacionados à formação do enfermeiro têm contribuído para a deficiência na aplicação da SAE nos Serviços de Saúde.

A formação acadêmica dos enfermeiros contribui para a falta de aplicação das metodologias de organização da Assistência de Enfermagem na prática assistencial. Mais preocupados com a aquisição e desenvolvimento de habilidades técnicas, os docentes e alunos não estão dando a devida importância aos problemas do paciente e ao planejamento da referida assistência, tornando-a isolada de outras atividades acadêmicas<sup>35</sup>.

Além disso, no ensino, percebem-se outras dificuldades em relação à SAE, tais como: o desconhecimento dos docentes, a falta de padronização de modelos adotados nas diversas disciplinas, a dissociação entre teoria e prática, o ensino que desconsidera a prática, o distanciamento entre realidade acadêmica e realidade profissional, a ausência de aplicação de modelos práticos nos serviços hospitalares e de saúde pública, e a inadequação dos campos de estágio para a realização dessa metodologia<sup>2,5</sup>. Além disso, a maioria dos cenários de ensino não adotam metodologias científicas para a organização do cuidado.

Há falta de consenso entre os docentes sobre a importância da utilização dessa metodologia de assistência no cuidado ao ser humano. Também há divergências quanto à sua forma de operacionalização, mesmo entre aqueles que a utilizam em suas atividades práticas. Esta é, sem dúvida, uma situação que não contribui para o preparo do enfermeiro na utilização da SAE<sup>36</sup>.

A crença de que esse método é avaliativo, no sentido de ferramenta de controle da Assistência de Enfermagem a ser prestada ao cliente, bem como da sua qualidade, faz com que os enfermeiros pouco o utilizem em suas práticas<sup>37</sup>.

A implantação da SAE tem ocorrido de forma vertical, ou seja, por um grupo de enfermeiros interessados em aprimorar a organização da assistência, bem como em aumentar a visibilidade da Enfermagem, sem, contudo, envolver os executores dessa assistência. Como decorrência, observa-se a pouca motivação da Equipe para participar mais ativamente da organização, planejamento e prestação do cuidado através dessa metodologia de trabalho<sup>2,27</sup>.

No Brasil, há controvérsias quanto à participação de auxiliares e técnicos de Enfermagem na realização da SAE<sup>14</sup>. A SAE tem sido desempenhada pelos enfermeiros sem a participação e o envolvimento



dos auxiliares de Enfermagem, contribuindo para a ineficiência do modelo de sistematização e para a formação de atitudes que desvalorizam a metodologia, tornando-a, assim, uma atividade mecânica, automática, instrumental e de preenchimento de papéis<sup>2</sup>.

Em decorrência das diversas dificuldades, essa metodologia assume características de uma ação instrumental, ou seja, é associada a um interesse técnico de controle que não permite a focalização apropriada de questões práticas, inerentes ao cuidado de Enfermagem, uma vez que o principal interesse é o controle e a previsibilidade<sup>38</sup>. Nessa ação instrumental, a comunicação é restrita e contribui para a manutenção da dominação e alienação profissional.

O excesso e a pluralidade de termos para designar os métodos de organização da Assistência de Enfermagem, assim como a ausência de uma comunicação eficiente e a inexistência de uma terminologia uniforme, contribuem para que os profissionais não se apropriem desse método científico em seu processo de trabalho<sup>39</sup>.

O PE não tem sido operacionalizado de forma correta. Mesmo as etapas descritas sendo efetuadas, não há registro das informações coletadas (exame físico e histórico), conduta esta que compromete a elaboração da Prescrição de Enfermagem. O desenvolvimento do PE diz respeito à anotação de enfermagem e à evolução desta, que habitualmente não são realizadas pelos enfermeiros. Embora essas atividades sejam imprescindíveis para o acompanhamento e a avaliação das condições do paciente e da adequação das prescrições elaboradas, as informações (intercorrências e evolução) pertinentes a cada paciente são registradas manualmente em um relatório de passagem de plantão, atualizado ao final de cada plantão. No prontuário, porém, não há qualquer registro das ações do enfermeiro com o paciente, ao longo do seu turno de trabalho<sup>40</sup>.

Algumas etapas do PE propostas por Horta foram suprimidas do processo, por serem consideradas complexas e de difícil aplicabilidade prática. Especialmente no que diz respeito à etapa do Diagnóstico de Enfermagem, constata-se que os passos da metodologia não ocorrem de forma completa e integrada<sup>41,42</sup>.

Conseqüentemente, destaca-se a dificuldade de determinar e programar as ações relativas ao processo como um todo. Isso significa

estabelecer um conjunto de ações interligadas que possam refletir os dados levantados, os diagnósticos apresentados, os resultados estabelecidos e as intervenções necessárias para os problemas identificados nos clientes.

O PE composto por etapas que estão relacionadas e interligadas, exige a documentação e o registro de todas as ações de Enfermagem realizadas nesse processo, desde a coleta de dados até a avaliação dos resultados do cliente, família e comunidade. Assim, essa metodologia de organização da assistência tem se incorporado às bases da Teoria Burocrática, dando-se ênfase ao preenchimento de formulários que estão relacionados com o Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem. Além disso, o registro eletrônico do PE em sistemas informatizados pode tornar todo o processo mecanizado.

A Enfermagem tem buscado fundamentação nas várias Teorias de Administração, sendo o Modelo Burocrático de Administração o mais enfaticamente incorporado pelos profissionais dessa área para organizar suas práticas<sup>7</sup>.

Ressalta-se que a documentação da metodologia tem se tornado mais importante do que o cuidado prestado ao paciente, o que contribui para o distanciamento do enfermeiro da assistência e supervisão, uma vez que a documentação demanda maior tempo de trabalho desse profissional do que o cuidado em si<sup>2,25</sup>.

A valorização exagerada da documentação e do preenchimento de papéis colabora para a descrença, entre os profissionais, de que essa metodologia beneficie o atendimento individualizado ao cliente. Ideia esta que originalmente fundamenta sua aplicação, enquanto metodologia de organização e planejamento do cuidado de enfermagem nos Serviços de Saúde<sup>2,19</sup>.

Outro desafio apontado é a falta de consenso na definição de diagnósticos e condutas de enfermagem e na repetição de informações contidas na documentação do PE. Isso torna o processo repetitivo, mecânico e com pouco impacto na qualificação da Assistência de Enfermagem, provocando, além disso, indefinição de ações e condutas do enfermeiro com base científica, o que termina por gerar a desvalorização dessa metodologia assistencial<sup>41,2,25</sup>.

Por outro lado, a ausência dos registros e de informações que compõem as etapas preconizadas pela SAE também contribui para a informalidade e descontinuidade do processo. Isso ocorre porque essas etapas devem estar documentadas para que possam subsidiar a Prática de Enfermagem.

Aliada a esta questão, outros fatores impossibilitam a implementação da SAE, como a deficiência de treinamentos específicos e a resistência dos enfermeiros para qualificar esse método de assistência, sendo importante que as instituições de Saúde e seus gerentes de Enfermagem reflitam sobre essas dificuldades em busca de estratégias que possam reorganizar a Assistência de Enfermagem. Uma das estratégias citadas refere-se à utilização do método de co-gestão para implementação de uma metodologia de assistência sistematizada nas instituições hospitalares, pois proporciona comprometimento e responsabilização de toda a equipe em sua elaboração e aplicação<sup>43,2,5,27,44,45</sup>.

A inexistência de uma filosofia institucional, a estrutura organizacional dos serviços, a falta de aceitação dos administradores e dos médicos são importantes barreiras que dificultam a implantação das metodologias de Assistência de Enfermagem no ambiente hospitalar. Essa situação tem colocado a Enfermagem numa posição de subordinação nas instituições. No geral, os profissionais enfermeiros assumem as funções burocráticas nos Serviços de Saúde, deixando o papel assistencial para um segundo plano<sup>19,2,5</sup>.

Em relação à execução das etapas do PE, percebe-se dificuldades na aplicação da fase do Diagnóstico de Enfermagem, tendo em vista sua complexidade e o uso dessa taxonomia de diagnósticos, além da escolha e da própria determinação dos diagnósticos para os indivíduos, as famílias e as comunidades da SAE<sup>14,8,9</sup>.

A Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem<sup>46</sup> dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e rege as normas e regras do exercício profissional da categoria de Enfermagem, institucionalizando os regulamentos que controlam esse exercício e legitimando as condutas e ações da Equipe de Enfermagem em suas práticas. Todavia, percebem-se dificuldades entre os profissionais de enfermagem para o cumprimento deste regulamento.

Apesar dessa regulamentação<sup>46</sup> sobre a necessidade de implantação da SAE pelos enfermeiros nos Serviços de Saúde, a sua aplicação em todas as etapas ainda é bastante incipiente, decorrente do desconhecimento de como fazê-la e da indefinição do papel de cada elemento da Equipe na operacionalização dessa prática de Enfermagem<sup>47,48</sup>.

Tais atividades têm sido cobradas e fiscalizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) em algumas instituições de saúde brasileiras. Esse Conselho profissional tem, inclusive, realizado treinamento dos membros da Equipe de Enfermagem para a execução da SAE.

Poucos são os estudos que não só avaliam em maior profundidade a implementação dessa sistematização, mas também analisam como ocorre a operacionalização de tal metodologia de trabalho pela Equipe de Enfermagem. São comuns na literatura os estudos de casos ou relatos de experiências nos quais as etapas do PE são aplicadas nas diversas situações clínicas da Assistência de Enfermagem, principalmente na área hospitalar<sup>49, 15, 50</sup>.

O que se constata é que o foco de alguns estudos sobre a SAE no Brasil não aprofunda a discussão de como operacionalizar na prática a execução de suas etapas e de como enfrentar as dificuldades de sua implementação.

Este livro visa contribuir para a organização do cuidado organizado, para que se possa refletir e buscar a transformação dessas práticas, rumo a um modelo ideal para sua implantação e manutenção, que poderá possibilitar um movimento de crescimento para os enfermeiros, para outros membros da Equipe de Saúde, para a profissão e para a ciência da Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Henderson V. On nursing care plane and their history. *Nursing Outlook*, New York, v. 21, n. 6, p. 378-379, June, 1973.
2. Rossi LA. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: da ideologia da rotina à utopia do cuidado individualizado. 1997. 138 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
3. Maria VLR et al. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 21, nº. esp., p. 77-87, 1987.
4. Campedelli et al. (Org.). *Processo de enfermagem na prática*. 2. ed. São Paulo: Ática, 2000.
5. Silva JV. A sistematização da assistência de enfermagem: as representações sociais dos enfermeiros de uma instituição hospitalar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: ABEn, Seção MG, 2004.
6. Westphalen MEA, Carraro TE. *Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001.
7. Shimizu HE. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola. 2000. 345 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
8. Takahashi AA, et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*, v. 21, n.1, p. 32-8, 2008.

9. Pokorski S, et al. Processo de enfermagem: da literatura a prática: o que dê fato nós estamos fazendo? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n.3, p. 302-7, 2009. Disponível em: [www.scielo.br/rlae](http://www.scielo.br/rlae). Acesso em: 14 dez. 2008.
10. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 43, n.1, p. 54-64, 2009.
11. Rossi LA, Casagrande LDRC. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. et al (Org.). *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Ícone, 2001. p. 41-62.
12. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. *Revista Brasileira Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 5, p. 568-72, 2005.
13. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Revista da Escola Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 41, n. esp., p. 793-8, 2007.
14. Carvalho EC, et al. Obstáculos para implementação do processo de enfermagem no Brasil. *Revista Enfermagem UFPE On Line*, v. 1, n.1, p. 95-99, 2007. Disponível em <http://www.ufpe.br/revistadeenfermagem/index.php/emfermagem/login>. Acesso em: 23 mar. 2009.
15. Moura ACF, Rabêlo CBM, Sampaio MRFB. Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 61, n.4, p. 476-81, 2008.
16. Alves AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 42, n.4, p. 649-55, 2008.

17. Maria VLR. Diagnóstico de enfermagem. *Nursing*, São Paulo, v. 4, n. 32, p. 11-13, jan. 2001.
18. Sena CA, et al. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 27-38, jan. 2001.
19. Ford P, Walsh M. *New rituals for old: nursing through the looking glass*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Butterworth Heinemann, 1995.
20. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
21. Maria VLR. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: Guedes, MVC, Araújo TL. (Org.). *O uso do diagnóstico na prática de enfermagem*. Brasília: ABEn, 1997. p. 77-85
22. Cianciarullo TI et al. (Org.). *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Ícone, 2001.
23. Alfaro-Lefevre R. *Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
24. Sheehan J. Conceptions of the nursing process amongst nurse teachers and clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v. 16, n. 3, p. 333-342, 1991.
25. Lima AFC. *Significados que as enfermeiras assistenciais de um hospital universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do sistema de assistência de enfermagem*. 2004. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
26. Rossi LA, Dalri MCB. *Processo de enfermagem: análise e propostas de reformulação segundo modelo conceitual de Horta e Taxonomia I dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 328-358, 1993.

27. Azzolim GMC. Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem: a articulação na visão de docentes. 2007. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
28. Lauri S. Development of the nursing process through action research. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 7, n. 4, p. 301-307, 1982.
29. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun. 2005.
30. Carraro TE, Westphalen MAE. Metodologias para a assistência de enfermagem. Goiânia: AB, 2001.
31. Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem: como os enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico. 1997. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
32. Shea H. The nursing care plan dilemma: suggestions for resolution. *The Canadian Nurse*, v. 80, n. 9, p. 44-46, oct. 1984.
33. Jesus CAC. Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem. 2000. 251 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
34. Bowman GS, Thompson DR, Sutton TW. Nurses' attitudes towards the nursing process. *Journal of Advanced Nursing*, v. 8, n. 2, p. 125-129, 1983.
35. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun. 2005.
36. Laganá MTC et al. Metodologia assistencial de enfermagem: reflexos baseados em experiência de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 21-28, 1987.



37. Thomaz VA, Gidardello EB. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. *Nursing*, São Paulo, v. 5, n. 54, p. 28-34, 2002.

38. Hiraki A. Tradition, rationality, and power in introductory nursing textbooks: a critical hermeneutics study. *ANS Advances in Nursing Science*, [S.l.]v. 14, n. 3, p. 1-12, mar. 1992.

39. Kletemberg DF. A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica. 2004. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

40. Nonino EAPM. Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem – banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

41. De La Cuesta C. The nursing process from development to implementation. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 8, n. 1, p. 65-67, 1983.

42. Azevedo SL. Diagnósticos de enfermagem: orientadores do cuidado ao cliente diabético. 2001. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

43. Fernandes MA. O processo de enfermagem: aplicação em uma unidade de hospital-escola do interior. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 88-99, 1987.

44. Nascimento KC, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n.4, p. 643-8, 2008.

45. Backes DS et al. Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n.6, p. on line, Nov/dez., 2008.

46. Conselho Federal De Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2009. Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materis.asp?ArticleID=1256&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>. Acesso em: 28 fev. 2010.

47. Hermida PMV, Araújo, IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para sua implementação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 675-9, 2006.

48. Fuly PSC, Leite JL, Lima BS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 6, p. 883-7, 2008.

49. Mendes MA. Colocar seqüências no cuidar faz a diferença. 2001. 196 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

50. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQA. Implementação da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 18, n.2, p. 280-9, 2009.





International Group of Mentoring

[www.editoraigm.com.br](http://www.editoraigm.com.br)

+55 (11) 94205-8079

Este livro foi elaborado pela Editora  
IGM de Quirinópolis, GO, em papel  
Pólen 80g, fonte Cambria.