



C A P Í T U L O 3

PROCESSO DE ENFERMAGEM: BASES ESSENCIAIS

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

CONCEITOS E DEFINIÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM

No que se refere à natureza da disciplina, há saberes e fazeres, isto é, conhecimentos e atividades que são exclusivas do enfermeiro. E, portanto, constituem-se uma mais-valia no que se refere à construção do cerne da sua identidade profissional. Tendo em vista ser a Enfermagem uma área de conhecimento, é essencial que possua *status* e *corpus* de doutrina, a qual possua bases epistemológicas sustentadas por meio dos critérios que a própria Teoria do Conhecimento define como Origem, Estrutura, Métodos e Validade do conhecimento. Nestes termos, o saber/fazer relativamente ao Processo de Enfermagem pode compor-se como um assento gnosiológico para a Ciência de Enfermagem.

A *American Nurses Association* (Associação Americana de Enfermeiras - ANA), em seu documento *Nursing: Scope and Standards of Practice* (Enfermagem: Escopo e Padrões de Prática - 4ª edição, 2021), refere que:

Nursing integrates the art and science of caring and focuses on the protection, promotion, and optimization of health and human functioning; prevention of illness and injury; facilitation of healing; and alleviation of suffering through compassionate presence. Nursing is the diagnosis and treatment of human responses and advocacy in the care of individuals, families, groups, communities, and populations in recognition of the connection of all humanity.

Dessa forma, em livre tradução, a ANA define: a Enfermagem integra a arte e a ciência do cuidar e concentra-se na proteção, promoção e otimização da saúde e do funcionamento humano; na prevenção de doenças e lesões; na facilitação do processo de cura; e no alívio do sofrimento por meio de uma presença compassiva. A Enfermagem consiste no diagnóstico e no tratamento das respostas humanas, bem como na defesa e no cuidado a indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações, reconhecendo a interconexão de toda a humanidade. Nessa linha de raciocínio, a *American Nurses Association* conceitua o Processo de Enfermagem (PE)

da seguinte maneira: *"Nursing process - the essential core of practice for the registered nurse to deliver holistic, patient-focused care"* (American Nurses Association, 2018, s.p.). Ou seja, o Processo de Enfermagem é o núcleo essencial da prática da enfermeira para oferecer atendimento holístico e centrado no paciente. Um núcleo essencial é um cerne fundamental, isto é, pode ser compreendido como uma identidade. O Processo de Enfermagem é um método científico de resolução de problemas do paciente que a enfermeira utiliza para sistematizar a assistência e assim, tem o objetivo de organizar, direcionando as ações do enfermeiro, servindo de instrumento metodológico da profissão e auxiliando toda a equipe de Enfermagem a tomar decisões, prever e avaliar as intercorrências.

Nessa esteira de pensamento, para organizar a assistência de Enfermagem e identificar sua prática exclusiva, a enfermeira deve utilizar o processo de Enfermagem (PE).

O PE consiste em cinco fases sequenciais e inter-relacionadas e descreve o método de resolução dos problemas de Enfermagem, por intermédio dos seus cinco componentes – *assessment* (avaliação) diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação - e põe em ação a prática de Enfermagem (Carpenito, 2016). Consiste em uma série de ações voltadas para a manutenção de um ótimo bem-estar do paciente. É utilizado para estruturar a prática de Enfermagem, visando melhorar a qualidade no atendimento às necessidades do paciente/família (Hinkle *et al.*, 2022).

"A cyclic, iterative, and dynamic process that includes assessment, diagnosis, outcomes identification, planning, implementation, and evaluation."

(American Nurses Association, 2021, s. p.).

Em livre tradução da autora, A ANA descreve o Processo de Enfermagem como um procedimento cíclico, iterativo (repetição com avanço, ajuste ou aprimoramento a cada volta) e dinâmico, composto pelas etapas de avaliação, diagnóstico, identificação de resultados, planejamento, implementação e avaliação.

No Brasil, a Resolução COFEN n.º 736 de 17 de janeiro de 2024 dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de Enfermagem. A resolução refere que o Processo de Enfermagem é um método que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do Enfermeiro direcionando a equipe de Enfermagem para o cuidado à pessoa, família, coletividade e grupos especiais e que deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todo cenário em que ocorre o cuidado de Enfermagem (COFEN, 2024).

O processo de Enfermagem é dinâmico, porque cada caso, individualmente, há de se desenvolver e aplicar ações específicas para a solução de cada problema

evidenciado. Assim, o processo tem seu alicerce nas atitudes interativas baseadas nas ações recíprocas que se dão entre a enfermeira, o paciente, a família e outros profissionais da saúde no qual possibilita um olhar holístico, individualizado ao cuidado prestado (Ignatavicius *et al.*, 2023).

Diversos autores estudam o PE e ao longo das décadas as denominações de suas etapas interligadas sofreram alterações, demonstrando o caráter dinâmico e a evolução do corpo de conhecimento das Ciências de Enfermagem (Santos, 2024).

O histórico com exame físico (constituem a coleta de dados, histórico, *assessment*), atualmente, à luz da Resolução COFEN n.º 736 de 17 de janeiro de 2024 (que revogou a Resolução COFEN n.º 358/2009), denomina-se **avaliação**. A etapa seguinte é a etapa diagnóstica. Nesse movimento, será materializada a prescrição de cuidados (denotam o planejamento e implementação ou intervenção) e avaliação, conforme ensina Carpenito (2021), que passou a chamar-se **evolução**, refletindo a prática clínica brasileira (COFEN, 2024). As etapas do PE serão detalhadas atempadamente.

O PE pode ser encontrado em todas as fases da história da Enfermagem, mesmo que aplicado parcialmente e sem a formalidade da atualidade. Em um momento bem primitivo da humanidade, os cuidados de higiene e alimentação eram providos por mulheres, empenhadas na promoção de saúde da família. Na época de Hipócrates da ilha grega de Cós, quando a profissão médica se desenvolveu, a profissão enfermeira desenvolveu-se simultaneamente, porque toda pessoa doente precisava de alguém que cuidasse de suas necessidades e promovesse o retorno à saúde. No seu devido tempo, esse papel de “mãe-enfermeira” evoluiu do cuidado de doentes da família para o cuidado de doentes fora de casa. Muitas dessas “enfermeiras” eram homens e mulheres oriundos de diversas ordens religiosas. Até a época de Florence Nightingale, o “treinamento” das “enfermeiras” era pautado no método de tentativa – erro e na experiência.

Com base nos conceitos de Merhy (2005), mencionados por Martins (2024), compreende-se que o Processo de Enfermagem configura a tecnologia central do processo de trabalho da enfermeira, constituindo elemento fundamental da identidade da profissão.

De fato, existe uma compreensão teórica comum na Enfermagem de que PE é uma base científica para a profissão e que serve para diferenciar a ação da enfermeira da dos demais membros das outras categorias de Enfermagem (Carpenito-Moyet, 2009).

Antes do advento da nutricionista, assistente social e fisioterapeuta as enfermeiras desenvolviam as tarefas e estas hoje atribuídas. Com o tempo, a função da enfermeira modificou com a incorporação de novas responsabilidades, muitas delas voltadas

às necessidades globais do paciente. Por conta de sua natureza voltada para uma compreensão holística do indivíduo, a enfermeira é um dos poucos profissionais de saúde preparados para avaliar as respostas do paciente na saúde e na doença, as respostas da família, as implicações sociais da doença, o ajustamento psicológico, a educação para o equilíbrio das necessidades e o uso da medicação no tratamento (Carpenito-Moyet, 2011).

Ainda na questão da natureza da disciplina, o processo de Enfermagem é apresentado como um instrumento de autonomia profissional. Alguns autores referem que as atividades da enfermeira não devem ser reduzidas a um modelo impresso, mas devem ser documentadas, porque constituem um saber (avaliação, diagnóstico) e um fazer (prescrição e evolução) específico do ser enfermeira (Carpenito-Moyet, 2012).

Acredita-se que as atividades da enfermeira devem contemplar as dimensões do saber, fazer e sentir. Porém o saber e fazer são indissociáveis no julgamento clínico, sem os quais a profissão é reduzida meramente a técnica e executora de ordens, e não de raciocínio. A questão de as enfermeiras dirigirem sua total atenção à patologia somente, mais do que às respostas humanas da pessoa, resulta, fundamentalmente, na descrição da Enfermagem como “fazedora” em lugar de “conhecedora”, como técnica e não como ciência.

Santos (2018) acredita que enquanto a Enfermagem concentrar-se em enfoques de natureza médica e no processo de trabalho médico, a hegemonia dessa categoria perpetuará; sendo, portanto, necessário centrar-se mais no paciente, na natureza de suas respostas humanas e, portanto, no processo de Enfermagem.

AS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A AVALIAÇÃO

Assim, de acordo, com a Res. COFEN 736/2024, são cinco as etapas do processo de Enfermagem: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução.

A Avaliação compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico, por meio de técnicas propedêuticas), inicial, contínua e permanente no que tange à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais. Deve ser realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática.

Portanto, a fase de coleta de dados inclui principalmente a entrevista e o exame físico, mas também a consulta aos registros clínicos e fontes secundárias profissionais. Visam a identificação de elementos necessários ao diagnóstico de respostas reais, potenciais e fatores de risco do paciente em relação à doença e/ou agravo.

É comum em nosso meio, de acordo com Barros (2022), utilizar-se a anamnese como modelo de coleta de dados subjetivos. Trata-se de um modelo biomédico, tradicionalmente utilizado na medicina. Em relação à anamnese, a palavra se origina de *áná* = trazer de volta, recordar, e *mnēsis* = memória (Porto; Porto, 2025). Por esse motivo, não deve ser tratada como um termo exclusivo de medicina.

Jarvis (2023) salienta que a anamnese e exame físico constituem estratégias que permitem a construção do histórico clínico do paciente. A anamnese é o conjunto de informações recolhidas sobre fatos de interesse à saúde, que dizem respeito à vida de determinado paciente, sendo de grande valor para se reconhecer três dimensões: o próprio paciente, a afecção e suas circunstâncias. Isso porque a anamnese pretende não só identificar os sintomas de significado clínico, que acometem o paciente, mas também seus sentimentos, atitudes e disposição de espírito, seus conflitos psicológicos e padrões habituais de defesa (Porto, 2025).

Não obstante, existem outras estruturas para investigação de dados subjetivos como por exemplo as necessidades humanas básicas (NHB) e os padrões funcionais de saúde (PFS). Os capítulos a seguir tratarão de métodos de coleta dados subjetivos (anamnese, PFS e NHB) e exame físico.

Nesse movimento, também são necessárias informações relacionadas ao funcionamento dos sistemas corporais. O exame físico é a coleta de dados objetivos sobre o estado físico do paciente, geralmente, incorpora um exame céfalo-caudal ou por sistemas corporais (Jarvis, 2002). Segundo Porto e Porto (2025), compreende a inspeção, percussão, palpação e ausculta. Doenges et al (2019a) afirmam que estas técnicas são utilizadas para coletas dados objetivos validos para fundamentar e determinar o diagnóstico de Enfermagem (DE).

Desta forma, a avaliação no PE se define como um produto da coleta de dados. Representa uma compilação dos achados de informações (subjetivas e objetivas) que identificam as reais e potenciais necessidades de saúde.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Segundo NANDA *International* (2024) o diagnóstico de Enfermagem é o julgamento clínico sobre as **respostas do indivíduo**, família ou comunidade aos processos vitais ou problemas de saúde atuais/potenciais. Este elemento fornece base para seleção das intervenções de Enfermagem, visando o alcance de resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

Pode-se dizer, de forma bem simplificada, que o diagnóstico de Enfermagem (DE) se refere, portanto, as respostas humanas a um determinado agravo, doença ou processos vitais.

A nomeação de diagnósticos é realizada com base nos termos classificados na Taxonomia II de NANDA-I, porém, este não é o único meio de classificação existente na atualidade. Outros sistemas de classificação seriam a CIPE/ICNP, *Omaha System* e *ICD-11 Nursing Extension*.

Uma taxonomia é “um tipo de classificação, o estudo teórico de classificações sistemáticas incluindo suas bases, princípios, procedimentos e regras” (Carpenito, 2009, p. 26 *apud* Taxonomy, p. 5). Até 1999, estruturavam-se em nove padrões de resposta humana, possuindo finalidades classificatórias, e exerciam um papel de “personagem atrás da cena para o clínico”. A classificação é “o arranjo sistemático em grupos ou categorias, de acordo com critérios estabelecidos; a organização dos fenômenos em grupos, baseada em seus relacionamentos” (Carpenito, 2009, p. 26 *apud* Taxonomy I, p. 5).

A organização original dos diagnósticos da NANDA se baseava nos em um modelo conceitual mais simples e comportamental denominado Padrões de Resposta Humana, composto por categorias verbais como trocar, comunicar, relacionar, mover e escolher. Esse sistema, utilizado especialmente nas décadas de 1970 e início de 1980, refletia um esforço inicial de agrupar respostas humanas de forma funcional, porém ainda sem sustentação teórico-conceitual robusta (Doenges; Moorhouse; Murr, 2018).

A partir da segunda metade da década de 1980, a NANDA inicia um processo de reorganização, migrando gradualmente para a estrutura dos 11 Padrões Funcionais de Saúde de Gordon, cuja adoção se consolida entre o final dos anos 1980 e meados da década de 1990. Essa transição marca o surgimento da chamada Taxonomia I, caracterizada por maior coerência interna, padronização descritiva e aproximação com modelos de avaliação de Enfermagem. Posteriormente, em 2001, essa estrutura é substituída pela Taxonomia II, multiaxial e mais refinada, ampliando significativamente a precisão e a aplicabilidade dos diagnósticos de Enfermagem. A dinâmica de desenvolvimento da Taxonomia I da NANDA representou a primeira tentativa sistemática de organizar os diagnósticos de Enfermagem dentro de um modelo conceitual estruturado. Sua construção baseou-se nos 11 Padrões Funcionais de Saúde de Marjory Gordon, que serviam como eixo principal para agrupar diagnósticos segundo áreas de funcionamento humano, tais como percepção de saúde, nutrição, eliminação, atividade e exercício, sono e repouso, cognição e percepção, autoconceito, papéis e relacionamentos, sexualidade, tolerância ao estresse e valores/ crenças. Por essa razão, a Taxonomia I apresentava uma estrutura

essencialmente linear, com categorias amplas que funcionavam como agrupadores temáticos, sem subdivisões sistemáticas em domínios e classes e sem qualquer sistema multiaxial.

Do ponto de vista metodológico, tratava-se de um sistema não multiaxial, ou seja, os diagnósticos não eram descritos a partir de eixos específicos (como foco, sujeito, localização, tempo ou estado) — característica que só viria a ser incorporada posteriormente na Taxonomia II. A padronização interna era limitada: embora alguns diagnósticos incluíssem definições, muitos não possuíam estrutura uniforme, e não havia um modelo comum para apresentação de características definidoras, fatores relacionados, populações em risco ou condições associadas. Esse caráter heterogêneo gerava desafios para a prática clínica, para o ensino e para a pesquisa, pois reduzia a precisão diagnóstica, dificultava a validação conceitual e comprometia a comunicação entre profissionais.

A Taxonomia I, porém, cumpriu papel histórico importante ao estabelecer uma linguagem inicial para a prática diagnóstica em Enfermagem, permitindo que a profissão avançasse na sistematização de um corpo próprio de conhecimentos. Contudo, ao longo do tempo, suas limitações tornaram-se evidentes: a literatura apontava falta de consistência entre diagnósticos, ausência de critérios operacionais claros e dificuldades na incorporação de novos achados científicos. Essa fragilidade teórico-metodológica justificou a transição para a Taxonomia II, implementada a partir de 2001, que trouxe um modelo multiaxial, mais robusto e padronizado, baseado em domínios, classes e eixos de classificação, ampliando a precisão, a aplicabilidade clínica e a consistência conceitual da linguagem diagnóstica da *NANDA-International* (NANDA, 2024).

A formulação dos diagnósticos será discutida mais à frente.

A NANDA (2024-2026, p. 93) refere que:

Os diagnósticos da NANDA-I são conceitos que representam os julgamentos que os enfermeiros fazem como resultado de sua avaliação: um diagnóstico resulta do raciocínio clínico. O termo padronizado usado para representar esse diagnóstico é construído por meio de um sistema de termos que são categorizados como eixos. Há oito eixos no modelo da NANDA-I. Um eixo, para fins da Taxonomia II da NANDA-I, é definido operacionalmente como uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo de diagnóstico. Os enfermeiros na prática clínica precisam estar intimamente familiarizados com os eixos da NANDA-I? A resposta imediata a essa pergunta é “não”, isso não é necessário para usar os diagnósticos. Outros campos clínicos, como o da psicologia, reestruturaram seus sistemas de documentação de forma a remover o diagnóstico e a documentação multiaxial, porque se considerou que os eixos não eram clinicamente úteis (*American Psychiatric Association*, 2013). Acreditamos que os eixos sejam muito úteis para os enfermeiros na informática, no uso de sistemas de terminologia padronizados nos registros eletrônicos de saúde, em aplicativos e para o desenvolvimento de ferramentas de apoio clínico. No entanto, pode ser útil refletir sobre os eixos, especialmente ao lidar com uma resposta humana que seja nova para você como profissional da prática clínica ou que seja incomum em sua prática.

Os eixos são:

Eixo 1 – Foco

Eixo 2 – Sujeito do cuidado

Eixo 3 – Julgamento

Eixo 4 – Local anatômico

Eixo 5 – Idade

Eixo 6 – Curso clínico

Eixo 7 – Categoria do diagnóstico

Eixo 8 – Restrição situacional

Segundo a Res. COFEN 736/2024, diagnóstico de Enfermagem compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais.

O DE tem representado uma das mais importantes fontes de conhecimento científico e específico da enfermeira, determinando identidade profissional e com isso tem se tornado fundamental para o planejamento e implementação da assistência. Embora seja necessário considerar as dificuldades na utilização do DE sabe-se que este qualifica a assistência, promovendo maior eficiência, organização e planejamento (Carpenito-Moyet, 2012).

Hinkle *et al.* (2022) afirmam que o DE realizado pela enfermeira também fornece critérios indiretos mensuráveis para análise dos cuidados prestados porque oferece suporte ao cuidado, facilita a pesquisa e ensino, delinea funções independentes da enfermeira, estimula o paciente a participar e contribui para a expansão de um corpo de conhecimentos próprios da Enfermagem.

PLANEJAMENTO

No que tange à etapa de planejamento, o parágrafo terceiro da Res. COFEN 736/2024 refere que o Planejamento de Enfermagem compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para a pessoa, família coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde.

Deverá envolver: I - Priorização de Diagnósticos de Enfermagem; II - Determinação de resultados III - Tomada de decisão terapêutica, por meio da prescrição de Enfermagem, das intervenções e protocolos assistenciais.

Segundo Ignatavicius *et al.* (2023) na fase de planejamento são desenvolvidas estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados no DE.

De acordo com Gulanick e Myers (2021) a fase de planejamento é um processo mental de traçar objetivos e metas a serem alcançadas, que pode ser padronizado por meio da Taxonomia NOC (*Nursing Outcomes Classification*).

Consiste em passos como: o estabelecimento de prioridades para os problemas identificados; a fixação de resultados com o paciente de modo a corrigir, minimizar ou prevenir os problemas.

Wagner *et al.* (2024) afirmam que a taxonomia NIC (*Nursing Interventions Classification*) é utilizada predominantemente na etapa de implementação do PE, momento em que o enfermeiro define as intervenções necessárias para alcançar os resultados esperados estabelecidos previamente, geralmente fundamentados na taxonomia NOC.

De acordo com Moorhead, Swanson e Johnson (2024), a NOC constitui uma taxonomia padronizada internacionalmente utilizada para descrever, mensurar e avaliar os resultados esperados (objetivos) do cuidado de Enfermagem. Integra o conjunto das classificações da *Iowa Intervention Project* e oferece uma estrutura sistemática para definir o estado do paciente após as intervenções de Enfermagem, possibilitando mensuração objetiva por meio de indicadores específicos e escalas de avaliação. Cada resultado da NOC caracteriza uma resposta humana mensurável, organizada em domínios e classes, permitindo que o enfermeiro estabeleça metas claras, alinhadas ao diagnóstico de Enfermagem e às intervenções selecionadas. Sua utilização fortalece o uso do PE ao garantir coerência entre diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (evolução, no caso brasileiro), além de favorecer a comunicação entre profissionais, a documentação padronizada e a produção de evidências sobre a efetividade do cuidado.

Wagner *et al.* (2024) afirmam que durante o planejamento, o enfermeiro também seleciona intervenções padronizadas da NIC que sejam condizentes com os diagnósticos de Enfermagem identificados, garantindo coerência, cientificidade e uniformidade na prática profissional. Entretanto, embora a escolha das intervenções ocorra na fase de planejamento, é na etapa de implementação que as intervenções NIC são efetivamente executadas na prática clínica. Dessa forma, a NIC cumpre um papel duplo: é planejada como estratégia de ação e implementada como prática

assistencial, mantendo alinhamento com os diagnósticos formulados e com os resultados esperados para o paciente.

Apesar dessa assertiva, as etapas de planejamento e implementação têm gerado confusão e dúvidas nos estudantes. Do ponto de vista didático e pedagógico, prefiro ensinar a pensar criticamente no planejamento de cuidados e nas condutas antes de adentrar nas taxonomias NOC e NIC. Primeiro, familiariza-se com o manuseio da taxonomia NANDA para num momento posterior, trabalhar as taxonomias de resultados e intervenção.

Acompanhar nos parágrafos seguintes a sustentação dessa perspectiva a partir do exemplo do diagnóstico de Enfermagem *Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas*.

Qual o objetivo do cuidado de Enfermagem frente a esse DE? Se pode perguntar de outra forma: qual o resultado esperado após o enfermeiro intervir nessa situação clínica? O que queremos para um paciente com esse DE? Que ele se afogue na própria secreção? Claro que não! O objetivo, o resultado esperado, pensando criticamente, seria, que o paciente mantenha as vias aéreas pervias, ou seja, as vias aéreas desobstruídas. Esse é o planejamento frente ao diagnóstico supramencionado.

Seguindo esse raciocínio, qual seria a implementação (etapa seguinte do PE)? Qual seria uma possível intervenção diante desse objetivo a ser alcançado? Uma conduta específica do enfermeiro poderia ser aspiração das vias aéreas.

Assim, o estudante desenvolve a capacidade de raciocínio clínico e crítico sem, nesse primeiro momento, recorrer diretamente às taxonomias NIC e NOC. Embora as nomenclaturas de Enfermagem sejam fundamentais, é necessário, inicialmente, consolidar o domínio do pensamento crítico aplicado à taxonomia diagnóstica da NANDA. A partir desse alicerce, procede-se à introdução gradual das taxonomias de Resultados (NOC) e de Intervenções (NIC), que igualmente exigem julgamento clínico e raciocínio crítico para seu uso adequado. Isso porque tais classificações não devem ser objeto de mera memorização, mas constituem instrumentos de apoio e fundamentação teórica para a prática profissional.

Por isso, afirmo que o planejamento é um processo mental em que se traçam objetivos e metas e na implementação, o planejamento será colocado em prática, será executado efetivamente, tratando-se da intervenção.

IMPLEMENTAÇÃO

A implementação, que é a quarta etapa do PE, é a aplicação das terapias de Enfermagem prescritas no plano de cuidados. Implementar significa colocar em prática. As intervenções podem ser executadas por membros da equipe interdisciplinar de saúde, pelo paciente ou por sua própria família. Temos assim que a prescrição

compreende os cuidados individualizados e contextualizados que a enfermeira implementa em benefício do paciente e é dependente do diagnóstico elaborado (Hinkle *et al.*, 2022).

A prescrição de cuidados no Brasil é comumente chamada de plano de cuidados, documento escrito que habitualmente traz características do processo de Enfermagem.

A implementação inclui também o registro de atendimento ambulatorial em documentos adequados (prontuário). Esta documentação confirma que o plano de cuidados é executado e pode ser utilizada como instrumento de avaliação de eficácia do plano, especialmente útil se for consulta de Enfermagem (COFEN, 2024).

Nessa esteira de pensamento, a implementação, de acordo com a Resolução COFEN 736/2024, compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de Enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de Enfermagem, e apoiados em padrões, quais sejam:

I. Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de Enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II. Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III. Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

Nesse diapasão, a taxonomia NIC (*Nursing Interventions Classification*) fornece uma padronização internacional das intervenções de Enfermagem, oferecendo descrições claras, ações específicas e fundamentos para cada intervenção. As etapas do PE não são estanques, são fluidas e se sobrepõe.

Na implementação do Processo de Enfermagem, a NIC orienta o enfermeiro na escolha e execução das ações mais adequadas para alcançar os resultados esperados (NOC), mas esse movimento iniciou-se na etapa precedente (planejamento) garantindo coerência com os diagnósticos formulados (NANDA-I). Assim, ao selecionar intervenções baseadas na NIC, o enfermeiro transforma o plano assistencial em práticas concretas, sistematizadas e cientificamente embasadas, o que favorece a

qualidade, segurança e reprodutibilidade do cuidado, além de facilitar a comunicação entre profissionais e o registro adequado das ações de Enfermagem (Gulanick; Myers, 2021).

EVOLUÇÃO

A última etapa do processo se define como evolução e determina uma interpretação do alcance das metas e objetivos do cuidado. A enfermeira avalia a resposta à terapia, institui, caso necessário, medidas corretivas e revisa o plano de cuidados. Realiza-se a evolução clínica com exame físico completo e a análise do *status* diagnóstico.

É uma avaliação “final” do resultado dos cuidados e se refere à condição da pessoa, que é influenciada pela prescrição, indicando ou não a resolução dos diagnósticos de Enfermagem, apesar de que, na prática clínica, é comum os estudantes e profissionais se aterem apenas a evolução clínica, mas não é o ideal.

A evolução compreende a avaliação dos resultados alcançados de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem (COFEN, 2024)

MODELO BIFOCAL DE PRÁTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PROBLEMAS COLABORATIVOS

Lynda Juall Carpenito (2016) explica que o Modelo Bifocal de Prática Clínica – MBPC – representa as situações que influenciam as pessoas, os grupos e as comunidades, assim como as classificações das suas respostas pela perspectiva da Enfermagem. Essas situações são organizadas em cinco grandes categorias: fisiopatológicas, relacionadas com o tratamento, pessoais, ambientais e maturacionais. Sem a compreensão destas respostas a enfermeira não será capaz de diagnosticar e intervir eficientemente.

O MBPC descreve os dois focos da Enfermagem clínica: diagnósticos de Enfermagem (DE) e problemas colaborativos (PC) ou interdependentes (Carpenito, 2021)

O DE é “[...] um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais [...]” (NANDA-I, 2024). Carpenito (2009) descreveu os problemas colaborativos (PC) como são certas complicações fisiológicas que as enfermeiras monitoram para detectar o surgimento ou as modificações de estado. As enfermeiras controlam os PC usando intervenções prescritas pelo médico e pela própria enfermeira, minimizando as

complicações do evento. Os PC também podem ser chamados de Complicação Potencial (CP).

A enfermeira toma decisões independentes, tanto para os DE quanto para os PC. A diferença é que nos primeiros a profissional determina o tratamento definitivo para alcançar os resultados desejados e no segundo a prescrição é proveniente também da medicina (Carpenito, 2011).

De acordo com a NANDA *International* (2024), o diagnóstico de Enfermagem (DE) deve ser registrado em três partes, indicando a resposta humana, relatando os fatos e definindo características. A resposta humana ao problema de saúde tende a ser o problema do paciente relacionado como DE.

Os fatores relacionados são as causas possíveis, representam a etiologia do problema, ou seja, a origem da resposta humana ao problema de saúde (que pode ou não ser uma doença), segundo Carpenito-Moyet (2018).

As características definidoras consistem nos dados que indicam que o problema existe; que o DE é “real”. São como os sinais e sintomas do DE. A Taxonomia Diagnóstica da NANDA 2024-2026 denomina o DE que possui características definidoras de DE com foco no problema (*problem focused*), mas anteriormente, este tipo de DE já fora designado como DE real e DE vigente.

A expressão “relacionada à” pode ser usada para associar as respostas humanas aos fatores relacionados. As expressões “como manifestado por” ou “conforme evidenciado por” podem ser utilizados para ligar os fatores relacionados com as características definidoras. Ex: “Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada à retenção de secreções, conforme evidenciado pela presença de ruídos adventícios à ausculta pulmonar e imobilidade prolongada”

Pacientes com potencial de apresentar determinadas respostas humanas não têm características definidoras até que o problema se torne evidente, isto é, se torne real. Neste caso, o DE é de risco (*risk diagnosis*), sendo registrado somente em duas partes. Ex: “Risco de infecção relacionada à redução da resposta imune”. Porém o DE de risco pode ter seus fatores de risco relacionados, ao invés da definição de características: “risco de integridade da pele prejudicada relacionada à imobilização.”

A estrutura de um DE depende do seu tipo: com foco no problema, de risco, possível, de bem-estar e de síndrome (Carpenito, 2013). O DE possível, em seu conceito no idioma original, de acordo com a autora é “*Possible nursing diagnoses are statements that describe a suspected problem requiring additional data.*” Ou seja: Diagnósticos de Enfermagem possíveis são enunciados que descrevem um problema suspeito que requer dados adicionais. Trata-se de um enunciado muito útil na prática clínica. O termo “DE possível” continua útil no raciocínio clínico, como

uma forma de marcar hipóteses que precisam de mais investigação — mas não como uma categoria taxonômica formal na versão mais recente da NANDA-I.

Carpenito (2018) refere que um diagnóstico de Enfermagem de bem-estar é “um julgamento clínico sobre a motivação e o desejo de uma pessoa, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme expresso na prontidão para aprimorar comportamentos específicos de saúde, como nutrição e exercícios”.

A NANDA-I anteriormente definia os diagnósticos de bem-estar como um tipo separado de diagnóstico, mas essa categoria foi eliminada e os diagnósticos foram reclassificados como diagnósticos de promoção da saúde (*health-promotion*) na taxonomia da NANDA-I. A NANDA-I passou a agrupar esses diagnósticos no Domínio 1 – Promoção da Saúde (*health promotion*) a partir de 2002, com a consolidação da Taxonomia II e essa organização foi mantida nas versões mais recentes, incluindo a 2024-2026. São exemplos: Disposição para conhecimento de saúde melhorado. Disposição para processos familiares melhorados. Disposição para conforto psicológico melhorado.

A autora também faz referência ao DE de síndrome quando na página 15 da 14ª edição (2013) em Língua inglesa, afirma: “*Syndrome nursing diagnoses are an interesting development in nursing diagnosis. They comprise a cluster of predicted actual or high-risk nursing diagnoses related to a certain event or situation*”, que em livre tradução, seria: diagnósticos de Enfermagem do tipo síndrome são um desenvolvimento interessante no campo dos diagnósticos de Enfermagem. Eles consistem em um agrupamento de diagnósticos de Enfermagem reais ou de alto risco previstos, relacionados a um determinado evento ou situação. Por ex., Síndrome de fragilidade do idoso. Síndrome do desuso. Síndrome pós-trauma.

Assim, A taxonomia opera com diagnósticos focados no problema (real), de risco, de promoção da saúde e de síndrome.

a) Categorias Diagnósticas Ou Título

Trata-se do nome do diagnóstico. A nomenclatura deve ser descritiva no que tange à definição do diagnóstico e de suas características definidoras, sendo um qualificador preciso por meio de um eixo de julgamento. Eixos de julgamento identificáveis são vocábulos como “excessivo”, “desequilibrado”, “prejudicado”, “inadequado”, “ineficaz” e “instável”. Exemplo de uso: Integridade da Pele Prejudicada. Risco de Pressão Arterial Instável (NANDA *International*, 2024).

b) Fatores relacionados

Carpenito-Moyet (2021) afirma que são os fatores associados ao problema do paciente. Estes fatores podem ser de cunho ambiental, psicológico, fisiológico,

sociocultural ou espiritual. Como tais fatores dirigem as ações de Enfermagem resolvendo, prevenindo ou reduzindo o problema, devem ser relacionados com um aspecto da resposta do paciente no qual a enfermeira exerça impacto.

Por isso, os fatores relacionados não devem ser registrados repetindo-se ou baseando-se no diagnóstico médico, porque neste caso a enfermeira não poderia resolver o problema. Ex: “Constipação funcional crônica relacionada com cirurgia” não corresponde a um fator relacionado no qual a enfermeira tenha impacto de resolução. Em contrapartida, se fosse registrado “Constipação funcional crônica relacionada com dor incisional ao evacuar, conforme evidenciado por sangramento e verbalização do fato”, existe claramente fator relacionado. A enfermeira não pode desenvolver nenhuma ação para reduzir, evitar ou minimizar uma cirurgia, mas pode reduzir, evitar ou minimizar o tenesmo retal.

Ao encontro deste tema, Doenges e Moorhouse (2019b), afirmam que nos DE focados no problema os fatores relacionados são fatores etiológicos ou outros fatores contribuintes que influenciaram a mudança de estado de saúde. Tais fatores podem ser agrupados em quatro categorias: fisiopatológicos (biológicos ou psicológicos), relacionados ao tratamento, os situacionais (ambientais, pessoais) e os maturacionais.

c) Características Definidoras

Funcionam como uma lista de sinais e sintomas indicando a veracidade dos fatos relatados que indicam a presença do DE. Quando o DE está presente, as características definidoras referem-se aos indícios clínicos, sinais ou sintomas, objetivos e subjetivos, que em conjunto apontam para o DE (Carpenito, 2021).

As características definidoras são designadas como maiores e menores, ou principais e secundárias. Carpenito-Moyet (2018) defende que *“if a diagnosis has been researched, defining characteristics can be separated into major and minor designations.”* Isso quer dizer, em livre tradução, que quando um diagnóstico já foi pesquisado, suas características definidoras podem ser classificadas em categorias de maior ou menor relevância. Em outras palavras, a autora afirmara que se um diagnóstico de Enfermagem já possui respaldo em pesquisas, as características definidoras podem ser organizadas em categorias de maior ou menor relevância clínica. As maiores foram definidas como indicadores críticos, presentes 80-100% do tempo; as menores como indicadores de apoio, ocorrendo 50-79% do tempo. A autora ainda utiliza essa nomenclatura em suas obras (2021). Para a Taxonomia I da NANDA-I, as características definidoras maiores eram definidas como “geralmente presentes, quando o diagnóstico existe”. As características definidoras menores eram definidas “como propiciando evidência de apoio ao diagnóstico, mas podendo não estar presentes.

Entretanto, essa conceituação foi removida e não consta mais nas versões publicadas desde os anos 2000 da NANDA, tendo sido substituídas pelo termo indicadores diagnósticos.

d) Problemas colaborativos

Problemas colaborativos ou complicações potenciais, segundo a Carpenito-Moyet (2009) são "(...) *physiological problems that nurses monitor to detect onset or changes in client status. Nurses manage collaborative problems using physician-prescribed and nurse-prescribed interventions to minimize the severity of the event*".

Em livre tradução: Problemas colaborativos são certas complicações fisiológicas que as enfermeiras monitoram para detectar o surgimento ou alterações no estado do cliente; ela intervém com tratamentos prescritos por médicos e por ela mesma para minimizar a gravidade da complicação.

A noção da existência do PC é interessante tendo em vista que a gestão de sinais e sintomas é atribuição da Enfermagem e o enfermeiro tem o dever de saber prevê-las.

Todos os problemas colaborativos começam com o título diagnóstico: "Complicação Potencial", por ex: Complicação Potencial: Hipoglicemia. O título indica que o foco da Enfermagem para o PC é o de reduzir gravidade de determinados eventos fisiológicos.

É importante, todavia, mencionar que A NANDA-I não endossa, não utiliza e não recomenda os termos "Problemas Colaborativos" ou "Complicações Potenciais".

Esses termos pertencem exclusivamente à estrutura teórica desenvolvida por Lynda Juall Carpenito e jamais fizeram parte da taxonomia oficial da NANDA-I.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Processo de Enfermagem (PE) enfrenta, no Brasil, importantes limitações relacionadas à formação heterogênea das enfermeiras, o que repercute diretamente na execução uniforme de suas etapas. Some-se a isso o dimensionamento de pessoal, que frequentemente está aquém do necessário para garantir uma prática qualificada. Nesse contexto, torna-se essencial que as enfermeiras estejam engajadas na realização efetiva do PE, não o percebendo como um procedimento a mais, mas como parte constitutiva de sua identidade profissional.

A implementação do PE exige consciência política acerca do que é, de fato, atividade privativa da enfermeira. Para tanto, é imprescindível resgatar o contexto histórico-social em que a Enfermagem se desenvolveu e compreender como a profissão foi disciplinada ao longo dos diferentes períodos históricos, condição

que ainda hoje contribui para a docilidade institucionalizada frente às tensões e contradições do sistema de saúde.

Embora o PE seja composto por etapas de complexidade variável, acredita-se firmemente que ele representa um caminho concreto para a valorização da profissão e para o fortalecimento da prática da enfermeira. Mais que isso, configura-se como uma oportunidade de restabelecer sua identidade profissional e social, alinhando-a à verdadeira natureza do trabalho de Enfermagem: o cuidado ao ser humano.

REFERÊNCIAS

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Nursing**: Scope and Standards of Practice. 4th ed. Silver Spring, MD: ANA, 2021.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **The nursing process**. Silver Spring, MD: ANA, 2018. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>. Acesso em: 17 nov. 2025.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **What is the ANA Scope and Standards of Practice**. Silver Spring, MD: ANA, 2021. Disponível em: https://img1.wsimg.com/blobby/go/e0c7674b-f7b5-484b-aa64-84014ad9ac8c/downloads/what_is_the_ana_scope_and_standards_of_practice.pdf. Acesso em: 17 nov. 2025.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Nursing**: Scope and Standards of Practice – Sample Chapter. Silver Spring, MD: ANA, 2021. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/globalassets/catalog/sample-chapters/excerpt-of-nss4e-chapter-1.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2025.

BARROS, Alba Lúcia Botura Leite de (org.). **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de Enfermagem no adulto. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n.º 736, de 17 jan. 2024**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jan. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 16 nov. 2025.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. **Nurse's Pocket Guide**: Diagnoses, Prioritized Interventions, and Rationales. 14. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2016. 1186 p.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. **Nursing Care Plans**: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span. 10. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2019a. 1040 p.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. **Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care**. 6. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2019b.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. **Diagnóstico de Enfermagem**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

GORDON, Marjory. **Nursing Diagnosis: Process and Application**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1987.

GULANICK, Meg; MYERS, Judith L. **Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, & Outcomes**. 10th ed. St. Louis: Elsevier, 2021.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H.; OVERBAUGH, Kristen J. **Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing**. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2022.

IGNATAVICIUS, Donna D.; REBAR, Cherie; HEIMGARTNER, Nicole M. **Medical-Surgical Nursing: Concepts for Clinical Judgment and Collaborative Care**. 11. ed. [S.l.]: Elsevier, 2023.

JARVIS, Carolyn. **Physical Examination and Health Assessment**. 9. ed. Saint Louis: Elsevier, 2023.

JARVIS, Carolyn. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2002.

LIMA, A. M. E. de Barros *et al.* Classificações e conceitos de tecnologias em saúde. **Revista Eletrônica Acervo em Saúde**, Goiânia, v. 24, n. 10, e17748, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e17748.2024>.

LUNNEY, Margaret. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LYRA DA SILVA, Carlos Roberto; LYRA DA SILVA, Roberto Carlos; ALÉM, Luiz Carlos Santiago. **Semiologia em Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2011.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima *et al.* Classificações e conceitos de tecnologias em saúde. **Revista Eletrônica Acervo em Saúde**, Goiânia, v. 24, n. 10, e17748, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e17748.2024>.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 191 p.

MOORHEAD, Sue; SWANSON, Elizabeth; JOHNSON, Marion. **Nursing Outcomes Classification (NOC):** Measurement of Health Outcomes. 7th ed. St. Louis: Elsevier, 2024.

NANDA INTERNATIONAL, Inc. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I:** Definições e Classificação 2024-2026. 13. ed. Porto Alegre: Thieme, 2024.

PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia Médica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025.

SANTOS, Emília Conceição Gonçalves dos. **A configuração identitária da enfermeira:** percursos, escolhas e decisões de graduandos de Enfermagem. 2018. 137 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) — Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

SANTOS, Emília Conceição Gonçalves dos. **Significados atribuídos à Enfermagem pelos professores de disciplinas básicas:** uma análise interacionista. 2024. 150 f. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) — Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2024.

WAGNER, Cheryl M. *et al.* (eds.). **Nursing Interventions Classification (NIC).** 8th ed. St. Louis: Elsevier, 2024.