



CAPÍTULO 5

OS PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

I CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Para desempenhar suas funções com eficiência e eficácia, a enfermeira necessita mobilizar um conjunto diversificado de técnicas e competências, o que inclui, de maneira destacada, a condução adequada do histórico de saúde do paciente.

A avaliação em Enfermagem constitui um eixo estruturante do Processo de Enfermagem, pois orienta a coleta, a análise e a interpretação dos dados necessários para o julgamento clínico. Nesse sentido, Cianciarullo (2003) destaca que a utilização de modelos teórico-estruturados favorece a organização lógica das informações, amplia a compreensão global do estado de saúde do indivíduo e aprimora a capacidade do enfermeiro em estabelecer diagnósticos precisos. Entre os referenciais existentes, Alfaro-Lefevre (2024), sinaliza que os Padrões Funcionais de Saúde (PFS) desenvolvidos por Marjory Gordon emergem como uma proposta particularmente consistente para orientar a etapa de avaliação.

Segundo Gordon (1994; 2016), os PFS constituem uma estrutura que organiza a coleta de dados com base na funcionalidade das respostas humanas, permitindo ao enfermeiro identificar padrões de comportamento, necessidades, déficits, potenciais problemas e fatores que influenciam o estado de saúde. Para Cianciarullo (2003), essa abordagem funcional possibilita uma visão ampliada e integrada do paciente, superando modelos centrados exclusivamente em paradigmas biomédicos e incorporando dimensões psicossociais, culturais, espirituais e ambientais do cuidado. Assim, a análise das respostas humanas passa a ocorrer de modo articulado, favorecendo o reconhecimento de inter-relações relevantes entre aspectos como nutrição, eliminação, sono e repouso, atividade e exercício, percepção de saúde, autocuidado, papéis sociais, sexualidade e estratégias de enfrentamento.

A adoção dos PFS contribui de maneira decisiva para o fortalecimento do raciocínio clínico, uma vez que os dados coletados a partir dessa estrutura evidenciam pistas, indícios, sinais e variáveis fundamentais para a formulação dos diagnósticos de Enfermagem. Cianciarullo (2003) enfatiza que essa lógica funcional se harmoniza com as classificações diagnósticas contemporâneas, como a NANDA-I, ao considerar a complexidade das respostas humanas e ao subsidiar a identificação de necessidades reais e potenciais. Além disso, os PFS favorecem a elaboração de instrumentos estruturados de coleta de dados — como roteiros de coleta de dados e protocolos assistenciais — que podem ser adaptados ao nível de complexidade dos diferentes cenários de prática, preservando, contudo, a coerência epistemológica do modelo.

A relevância dos PFS transcende o processo avaliativo e alcança os principais sistemas internacionais de classificação em Enfermagem. Embora o NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem, elaborado por Bulechek, Butcher e Dochterman, não seja organizado diretamente pelos PFS, suas autoras reconhecem que a avaliação baseada nos padrões funcionais de Gordon constitui o marco conceitual que fundamenta a coleta de dados no Processo de Enfermagem e orienta, portanto, a seleção adequada de intervenções (Bulechek; Butcher; Dochterman, 2016). Assim, ainda que a estrutura interna do NIC se organize por domínios próprios, sua lógica operacional permanece alinhada à avaliação funcional proposta por Gordon.

De forma convergente, a taxonomia NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem, desenvolvido por Moorhead, Johnson e Maas (2016), também utiliza a avaliação por PFS como referência conceitual para a definição de resultados e indicadores mensuráveis. Para essas autoras, a organização funcional dos dados facilita a articulação entre os três grandes sistemas de classificação — NANDA-I, NOC e NIC — uma vez que favorece uma correspondência mais precisa entre diagnósticos, intervenções e resultados esperados (Moorhead; Johnson; Maas, 2016). Assim, os PFS consolidam-se como uma base estruturante que fortalece o encadeamento lógico entre avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, de acordo com o contexto brasileiro.

Trindade *et al.* (2015) e Bitencourt *et al.* (2023) afirmam que a estrutura proposta por Marjory Gordon — os Padrões Funcionais de Saúde (PFS) — constitui uma teoria de Enfermagem, destacando-a dentro do conjunto de teorias de pequeno, médio e grande alcance que orientam o processo de avaliação clínica. Para as autoras, os PFS configuram um modelo teórico capaz de fundamentar a prática, uma vez que organiza o julgamento clínico em onze categorias funcionais que direcionam a coleta de dados e subsidiam a identificação de diagnósticos de Enfermagem.

Entretanto, embora reconheça a relevância e utilidade do modelo de Gordon no Processo de Enfermagem, discordo da classificação dos PFS como uma teoria

de Enfermagem. A proposição de Gordon apresenta-se mais adequadamente como um modelo ou estrutura conceitual para avaliação, e não como uma teoria no sentido epistemológico estrito. A teoria, em seu rigor disciplinar, pressupõe proposições relacionais entre conceitos, explicações sobre fenômenos e capacidade preditiva — elementos que excedem o escopo dos PFS. Os Padrões Funcionais de Saúde são úteis para organizar dados, como uma estrutura avaliativa e identificar padrões funcionais e disfuncionais, mas não atendem completamente aos critérios estruturais que caracterizam teorias de Enfermagem, conforme definidos por autores clássicos da disciplina — A. Meleis (*Transitions Theory*, década de 1990), J. Fawcett (metateoria, 1997) e J. George (estrutura e fundamentos das teorias, desde 1985).

A própria Marjorie Gordon (2016) descreve os Padrões Funcionais de Saúde como “um *framework*, um modelo de avaliação, um método de organização dos dados do paciente, um sistema de classificação para apoio ao raciocínio clínico”, mas nunca como “teoria de Enfermagem”:

The Functional Health Patterns provide a **framework for organizing assessment data**.

The patterns are **used to guide** the nurse in **data collection** and clinical judgment.

They are not a theory, but a method for clustering and analyzing patient information.

Gordon (1994) deixa claro que os PFS são um **método de coleta e organização de dados** para subsidiar o Processo de Enfermagem — não uma teoria explicativa ou prescritiva sobre fenômenos de Enfermagem, como são as teorias de Orem, Roy, Rogers, King, Neuman.

*The Functional Health Patterns offer a **standardized method for data** collection.*

*The model **does not attempt to explain nursing phenomena**; it **structures assessment**.*

Dessa forma, ainda que Trindade *et al.* (2015) e Bitencourt *et al.* (2023) defendam sua natureza teórica, a classificação dos PFS como teoria demanda cautela conceitual, visto que sua finalidade e composição indicam uma ferramenta metodológica e taxonômica de apoio ao raciocínio clínico, e não uma teoria explicativa da prática de Enfermagem.

Com base nas obras originais, observa-se que Marjory Gordon nunca classificou os Padrões Funcionais de Saúde (PFS) como teoria de Enfermagem. Ao contrário, ela define explicitamente os PFS como um método estruturado para coleta e organização de dados de Enfermagem, não como um constructo teórico.

Desse modo, os Padrões Funcionais de Saúde configuram-se como um arcabouço robusto, integrador e amplamente reconhecido na prática de Enfermagem, alinhando-se ao propósito de um cuidado centrado na pessoa e sustentado por

bases científicas consolidadas. A incorporação desse modelo, conforme argumentam Gordon (1994; 2016), Cianciarullo (2003), Bulechek, Butcher e Dochterman (2016) e Moorhead, Johnson e Maas (2016), Carpenito (2021) e Carpenito-Moyet (2018) contribui para uma avaliação mais abrangente, sistemática e orientada à tomada de decisões clínicas fundamentadas, qualificando todo o Processo de Enfermagem e promovendo maior segurança e efetividade no cuidado.

A principal vantagem desse modelo de entrevista reside no fato de ser fundamentado em um referencial próprio da Enfermagem, o que o torna mais específico e direcionado à identificação de diagnósticos de Enfermagem. Na prática clínica, por exemplo, a utilização de um instrumento de coleta de dados, apoiado na tipologia de Gordon (Padrões Funcionais de Saúde), que reflita a possibilidade da coleta de dados da pessoa nas dimensões biopsicossocioespiritual, holística, favorece o raciocínio clínico e o julgamento diagnóstico quando se utiliza a classificação da NANDA-I (COREN-SP, 2021).

Contudo, por não adotar a lógica céfalo-caudal ou o enfoque biomédico tradicional ao qual muitos profissionais estão habituados, sua aplicação pode inicialmente demandar adaptação. No que se refere à redação, não há diferenças substanciais em relação à anamnese convencional, uma vez que se mantêm os termos técnicos utilizados na prática clínica. Entretanto, a forma de organizar e estruturar os dados distingue-se significativamente, refletindo a lógica conceitual que orienta esse modelo.

Cabe destacar também que um instrumento de coleta de dados fundamentado por meio dos PFS já foi validado no Brasil. Com base nas conclusões apresentadas por Butcher *et al.* (2024), observa-se que a versão brasileira modificada do *Functional Health Pattern Assessment Screening Tool* (FHPAST-BR) apresenta evidências consistentes de validade e confiabilidade, demonstrando-se adequada para a avaliação dos padrões funcionais de saúde no contexto brasileiro, com índices de consistência interna variando de bons a excelentes, o que reforça a coerência interna do instrumento. Embora que em alguns itens tenha sido exigido ajuste moderado, tais limitações não comprometem a utilidade clínica da ferramenta, mas indicam a necessidade de revisões futuras para aprimoramento conceitual e operacional. Além disso, a correlação positiva entre os escores do instrumento e as medidas de percepção e satisfação de saúde confirma sua validade convergente, sugerindo que o FHPAST-BR é capaz de captar dimensões relevantes do estado funcional dos indivíduos. Dessa forma, o estudo conduzido por Butcher *et al.* (2024) contribui de maneira significativa para a Enfermagem brasileira ao disponibilizar um instrumento estruturado, válido e psicometricamente robusto, aplicável tanto na prática clínica quanto em investigações científicas.

II PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE (*FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS*) – BASES CONCEITUAIS

Gordon (2016) destaca que o foco de interesse da Enfermagem são as necessidades de saúde e de bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades. Assim, os problemas clínicos de interesse para os enfermeiros derivam da interação entre o organismo humano e o ambiente. Nessa perspectiva, os PFS compõem-se de onze padrões funcionais de saúde, a enfermeira deve conhecê-los para indagar adequadamente os parâmetros referentes a cada um e podem ser utilizados em concomitância com a avaliação física (Carpenito, 2016).

Marjory Gordon (2016) conceituou cada um dos 11 padrões funcionais.

Padrão Percepção de Saúde – Controle de Saúde se refere-se à maneira como o indivíduo percebe seu estado de saúde e como gerencia esse estado: seus comportamentos de promoção da saúde, aderência a tratamentos, prevenção, crenças sobre saúde e hábitos de autocuidado.

O Padrão Nutricional – Metabólico avalia os padrões de ingestão de alimentos e líquidos em relação às necessidades metabólicas, bem como o estado nutricional, balanço hídrico, integridade tecidual e funções imunológicas.

O Padrão de Eliminação diz respeito ao modo como o paciente elimina resíduos pelo intestino, bexiga (e, às vezes, pele), investigando frequência, controle, incômodos ou disfunções nesse processo.

O Padrão de Atividade – Exercício avalia o nível de atividade física, mobilidade, exercício, lazer e a capacidade de realizar atividades da vida diária, relacionando isso à função cardiovascular, respiratória e musculoesquelética.

O Padrão Sono – Repouso examina os padrões de sono, descanso e relaxamento, incluindo quantidade, qualidade do sono, despertares, uso de estratégias para dormir e sensação de recuperação.

O Padrão Cognitivo – Perceptivo avalia as funções sensoriais (visão, audição, tato.) e cognitivas (memória, linguagem, julgamento, percepção da dor), bem como a capacidade de compreender, decidir e gerenciar informações.

O Padrão Autopercepção e Autoconceito se refere à autoimagem, autoestima, sentimentos sobre si mesmo, identidade pessoal e como a pessoa se percebe em termos de capacidades, limitações e valor pessoal.

Já o Padrão Papel – Relacionamento diz respeito aos papéis sociais que o paciente ocupa (família, trabalho, comunidade) e à qualidade das relações interpessoais, incluindo a satisfação e os conflitos nesses papéis.

O Padrão Sexualidade – Reprodução analisa a atividade sexual, a satisfação ou insatisfação íntima, a função reprodutiva, histórico de gravidez, planejamento familiar e saúde sexual.

O Padrão Enfrentamento – Tolerância ao Estresse (Coping), refere-se à maneira como o indivíduo lida com o estresse, quais recursos de enfrentamento utiliza, a eficácia dessas estratégias e seu suporte social.

E finalmente, o Padrão Valores e Crenças engloba valores pessoais, crenças espirituais ou religiosas, metas de vida e princípios éticos que orientam as decisões de saúde, escolhas e comportamentos.

Quadro 1 – PFS Gordon

CORRESPONDÊNCIA DOS PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE (PT-EN)	
1. Padrão Percepção de Saúde – Controle de Saúde	Health Perception – Health Management Pattern
2. Padrão Nutricional e Metabólico	Nutritional – Metabolic Pattern
3. Padrão de Eliminação	Elimination Pattern
4. Padrão de Atividade – Exercício	Activity – Exercise Pattern
5. Padrão de Sono e Repouso	Sleep – Rest Pattern
6. Padrão Cognitivo e Perceptivo	Cognitive – Perceptual Pattern
7. Padrão de Autopercepção e Autoconceito	Self-Perception – Self-Concept Pattern
8. Padrão de Papel e Relacionamento	Role – Relationship Pattern
9. Padrão de Sexualidade e Reprodução	Sexuality – Reproductive Pattern
10. Padrão de Adaptação e Tolerância ao Estresse	Coping – Stress Tolerance Pattern
11. Padrão de Valores – Crenças	Value – Belief Pattern

Fonte: Elaboração própria (2025).

1. Padrão de Percepção de Controle de Saúde

No âmbito da avaliação inicial do paciente, determinados elementos devem ser sistematicamente explorados, destacando-se a queixa principal, a história da doença atual, hábitos relacionados ao tabagismo, etilismo, uso de substâncias psicoativas ilícitas e antecedentes de alergias, conforme recomendado por Gordon (2016).

No Padrão de Percepção e Manutenção da Saúde, cabe ao enfermeiro investigar detalhadamente a queixa principal, entendida como o motivo que levou o indivíduo a buscar atendimento. A queixa deve ser registrada fielmente com as palavras do próprio paciente, assegurando precisão na comunicação clínica. Assim, se o paciente afirma estar “com dor de cabeça”, essa expressão deve ser transcrita integralmente no registro. Recomenda-se evitar construções como “o paciente diz”, substituindo-as por verbos mais adequados ao discurso clínico, tais como “relata”, “refere” ou “informa”, que refletem maior rigor técnico.

Na sequência, a coleta de dados é aprofundada por meio da História da Doença Atual (HDA), cuja finalidade é caracterizar o processo mórbido em evolução. Ainda inserida no primeiro padrão funcional, essa etapa apresenta paralelos importantes com a anamnese tradicional, embora, na Enfermagem, seja orientada para a identificação tanto de aspectos clínicos quanto de necessidades de cuidado que poderão demandar intervenções específicas do enfermeiro. Nessa etapa, investigam-se os sinais e sintomas mencionados na queixa principal, bem como manifestações associadas. Entre as questões fundamentais incluem-se:

- Há quanto tempo o paciente apresenta o problema;
- Momento de início, incluindo, quando possível, mês e ano;
- Forma de instalação
- Evolução temporal;
- Quadro atual e sintomas predominantes;
- Tratamentos prévios e histórico de hospitalizações;
- Fatores de melhora ou piora.

A dor, por sua relevância semiológica, requer investigação minuciosa. Conforme destacado por Porto e Porto (2025), devem ser exploradas todas as suas características, com o objetivo de especificá-la e qualificá-la adequadamente, entretanto, com clareza da comunicação, com linguagem adequada ao nível de compreensão do paciente;

A avaliação deve contemplar:

- Início da dor;
- Duração;
- Tipo ou qualidade (queimação, pontada, aperto, cólica, entre outros);
- Fatores desencadeantes;
- Evolução temporal;

- Sintomas associados, como diarreia, dispneia, cefaleia, icterícia;
- Localização;
- Irradiação;
- Padrão de aparecimento (contínua ou intermitente);
- Frequência de evacuações, quando pertinente;
- Características de diarreia, quando presente;
- Situação atual;
- Medidas utilizadas para alívio;
- Fatores de agravamento;
- Uso de medicamentos.

Após a caracterização da queixa principal e da evolução da doença, o enfermeiro deve ampliar a investigação para aspectos relacionados aos hábitos de vida, incluindo tabagismo (negado ou confirmado, tempo de cessação, número de cigarros ou maços por dia), etilismo (frequência, quantidade e padrão de uso), consumo de drogas ilícitas e histórico de reações alérgicas (a medicamentos, alimentos, substâncias químicas, tintas, entre outros). A identificação detalhada dessas informações é essencial para o raciocínio clínico, pois podem influenciar tanto o diagnóstico de Enfermagem quanto a definição das intervenções subsequentes.

2. Padrão Nutricional e Metabólico

O Padrão Nutricional e Metabólico compreende a avaliação das condições que refletem o estado nutricional, o equilíbrio metabólico e as necessidades energéticas do indivíduo. Nesse domínio, cabe ao enfermeiro realizar uma investigação sistemática e detalhada dos hábitos alimentares, da ingestão nutricional e das manifestações clínicas relacionadas a alterações metabólicas, de modo a identificar riscos e necessidades de cuidado.

A análise da dieta habitual deve considerar tanto a qualidade quanto a quantidade dos alimentos consumidos, abrangendo padrões de consumo, horários das refeições, composição nutricional e adequação às necessidades do paciente, portanto a dieta é avaliada quali-quantitativamente. Deve-se identificar, ainda, o uso de suplementos vitamínicos e minerais, avaliando indicação, frequência, doses e possíveis interações com condições clínicas ou medicamentos em uso.

A investigação inclui o levantamento das restrições alimentares, sejam elas decorrentes de preferências pessoais, intolerâncias, alergias alimentares ou prescrições

terapêuticas. O enfermeiro deve avaliar o apetite — normal, diminuído ou aumentado — e verificar a presença de aversões específicas a determinados alimentos, pois tais informações podem interferir diretamente na ingestão e no estado nutricional.

Alterações do paladar (hipogeusia, ageusia ou disgeusia), bem como a ocorrência de náuseas, vômitos, estomatite, aftas, gengivites e cáries, devem ser investigadas, pois podem comprometer o consumo alimentar, a absorção e a adequação nutricional. A avaliação deve incluir, ainda, a verificação de variações ponderais nos últimos seis meses, identificando perda ou ganho de peso significativo, com exploração de sua magnitude, rapidez e causas associadas.

A presença de disfagia deve ser cuidadosamente explorada, considerando sua relação com a ingestão de sólidos, líquidos ou ambos, além da associação com o uso de prótese dentária. Tal condição representa importante fator de risco para aspiração, desnutrição e desidratação, exigindo intervenções específicas da equipe de Enfermagem.

A investigação também deve contemplar o histórico de afecções dermatológicas, incluindo lesões, erupções, alterações de hidratação (ressecamento ou oleosidade), transpiração excessiva, dificuldade de cicatrização e presença de quelóides. Essas manifestações podem refletir deficiências nutricionais, distúrbios metabólicos ou condições clínicas subjacentes e, portanto, constituem importante componente da avaliação integral do padrão nutricional e metabólico.

O estudo de Vargas-Bermúdez (2024), ao validar uma entrevista de Enfermagem fundamentada nos Padrões Funcionais de Saúde de Marjory Gordon, demonstrou que o Padrão Nutricional-Metabólico passou por aprimoramentos específicos durante o processo de validação de conteúdo. Foi identificada a necessidade de ajustes conceituais e terminológicos em alguns itens desse domínio, indicando que a versão inicial da entrevista apresentava pontos que poderiam gerar ambiguidade ou imprecisão clínica. As sugestões foram incorporadas à versão revisada do instrumento, o que reforça que a avaliação nutricional e metabólica demanda clareza de linguagem, rigor na formulação dos itens e alinhamento com a prática profissional. Esse processo de refinamento reforça a relevância do domínio nutricional-metabólico para o Processo de Enfermagem, uma vez que abrange indicadores essenciais sobre ingestão alimentar, metabolismo, hidratação, integridade cutânea e alterações ponderais, todos fundamentais para o raciocínio diagnóstico. Foi avaliada positivamente a utilidade clínica, a relevância e a clareza dos itens nutricional-metabólicos, atestando sua pertinência para a avaliação sistemática em Enfermagem (Vargas-Bermúdez, 2024).

3. Padrão de Eliminação

O Padrão de eliminação engloba a avaliação sistemática dos processos fisiológicos de excreção, incluindo as eliminações vesico-intestinais, elementos essenciais para a compreensão do equilíbrio hidroeletrólítico, da função renal e do funcionamento gastrointestinal. No âmbito da coleta de dados, cabe ao enfermeiro realizar uma investigação minuciosa dos hábitos eliminatórios do paciente, visando identificar alterações que possam indicar disfunções orgânicas, efeitos colaterais de terapias, processos infecciosos ou outras condições clínicas relevantes.

A análise dos hábitos intestinais deve considerar a frequência das evacuações diárias, a presença de constipação (evidência de fezes pétreas, impação ou em cíbalos), episódios de diarreia, características das fezes (moldadas e castanhas, por exemplo de padrão de normalidade) e possíveis quadros de incontinência fecal. Tais parâmetros permitem avaliar o trânsito intestinal, a motilidade gastrointestinal e a integridade dos mecanismos de controle esfinteriano.

Já a avaliação dos hábitos urinários envolve a investigação do número de micções por dia (volume/frequência aproximada), presença de disúria, nictúria, hematúria, alterações na coloração da urina (aspecto citrino, sem grumos ou sedimentos como padrão fisiológico), retenção urinária e episódios de incontinência. A identificação dessas manifestações fornece subsídios importantes para o reconhecimento de infecções urinárias, distúrbios renais, alterações na dinâmica vesical ou comprometimento neurológico. Coloração âmbar indica pouca ingesta hídrica.

Dessa forma, o Padrão de eliminação constitui um componente fundamental da avaliação clínica de Enfermagem, possibilitando o planejamento de intervenções direcionadas ao restabelecimento ou manutenção das eliminações adequadas.

O estudo conduzido por Vargas-Bermúdez (2024) evidenciou que o Padrão Eliminatório passou por ajustes específicos durante o processo de validação de conteúdo, refletindo a necessidade de maior precisão conceitual e clareza nos itens que compõem este domínio. Embora as sugestões de modificação tenham sido relativamente pontuais, elas indicaram a preocupação dos especialistas em garantir que a avaliação das eliminações urinárias e intestinais estivesse alinhada às demandas clínicas contemporâneas e à prática assistencial baseada em evidências. A incorporação dessas alterações demonstra o compromisso metodológico em aprimorar a objetividade e a sensibilidade do instrumento, assegurando que a coleta de dados sobre eliminação — categoria de alguns diagnósticos de Enfermagem — seja realizada de forma rigorosa, acurada e clinicamente significativa. As análises demonstraram que o domínio possui elevada coerência interna, indicando que os itens avaliativos são homogêneos e adequados para mensurar aspectos relacionados à eliminação vesical e intestinal.

Vargas-Bermúdez (2024) afirma a pertinência clínica e a clareza operacional dos itens, o que sustenta sua aplicabilidade em diferentes cenários assistenciais. Assim, o Padrão Eliminatorio consolidou-se como um componente validado, relevante e confiável da entrevista de Enfermagem, contribuindo de maneira substancial para a acurácia diagnóstica e para o planejamento qualificado do cuidado.

4. Padrão de Atividade e Exercício

O Padrão de Atividade e Exercício abrange a avaliação sistemática da capacidade funcional do indivíduo, contemplando tanto a prática regular de atividades físicas quanto o desempenho das atividades de vida diária e de autocuidado. Nesse contexto, a enfermeira deve coletar informações detalhadas que permitam compreender o nível de mobilidade, a tolerância ao esforço, o padrão de deambulação e a eficácia das respostas fisiológicas diante das demandas do cotidiano. A investigação inclui a identificação da prática de exercícios físicos, caracterizando sua natureza, intensidade, frequência semanal e possíveis limitações associadas, o que possibilita avaliar a condição cardiorrespiratória, muscular e metabólica do paciente (Vargas-Bermúdez, 2024).

Adicionalmente, a análise da capacidade de autocuidado constitui um elemento central deste padrão funcional. Essa avaliação deve considerar o grau de independência do indivíduo na realização de atividades básicas e instrumentais, integrando aspectos como alimentação, higiene pessoal, segurança, locomoção, manejo de equipamentos auxiliares e conforto. No que se refere ao planejamento de cuidados de Enfermagem, é essencial saber a determinação do nível de independência funcional e envolve verificar se o paciente é totalmente independente, necessita de assistência parcial, depende do uso de dispositivos auxiliares ou se encontra totalmente incapacitado para determinadas tarefas. A sistematização desses dados permite identificar déficits reais ou potenciais no desempenho das atividades diárias, subsidiando o planejamento de intervenções de Enfermagem direcionadas à promoção da autonomia, prevenção de incapacidades e melhoria da qualidade de vida (Vargas-Bermúdez, 2024).

A autora supramencionada sugere que o Padrão Atividade-Exercício é um componente funcional essencial e validado para a avaliação de Enfermagem. Ela assegura a aplicabilidade clínica tendo em vista a confiabilidade estatística que reforça sua relevância para identificação de limitações funcionais, nível de mobilidade ou necessidade de intervenção para melhorar a atividade física do paciente.

5. Padrão de Sono e Repouso

O Padrão de Sono e Repouso abrange a avaliação sistemática dos comportamentos relacionados ao ciclo sono-vigília e à efetividade do repouso na promoção da restauração fisiológica e psicocognitiva. Nesse domínio, a enfermeira deve explorar os hábitos de sono do paciente, incluindo a duração média do sono noturno, a regularidade dos horários de dormir e acordar, e a ocorrência de períodos adicionais de repouso durante o dia, como sestas matinais ou vespertinas (Alfaro-Lefevre, 2024)

A investigação deve contemplar a percepção subjetiva de descanso, verificando se o indivíduo desperta sentindo-se restaurado, bem como a adequação do tempo total de sono para atender às demandas metabólicas e funcionais do organismo. Esse levantamento permite identificar padrões disfuncionais que repercutem na capacidade de desempenho diário, na regulação emocional e no equilíbrio homeostático.

Além disso, é fundamental caracterizar possíveis distúrbios associados ao sono, incluindo despertares frequentes, dificuldade para iniciar ou manter o sono, despertar precoce, episódios de insônia, presença de pesadelos ou manifestações fisiopatológicas como dispneia paroxística noturna e ortopneia, que podem indicar repercussões cardiovasculares ou respiratórias subjacentes. A análise desses elementos possibilita à enfermeira detectar sinais precoces de alterações clínicas, avaliar o impacto do sono insuficiente na qualidade de vida e planejar intervenções individualizadas. A abordagem abrangente desse padrão contribui para identificar fatores ambientais, psicológicos, fisiológicos ou comportamentais que interferem na arquitetura do sono, permitindo a formulação de diagnósticos de Enfermagem precisos e a implementação de estratégias de cuidado baseadas em evidências.

No estudo de Vargas-Bermúdez (2024), o Padrão Sono-Repouso foi analisado no contexto da validação de uma entrevista de Enfermagem estruturada com base nos Padrões Funcionais de Saúde de Marjory Gordon, recebendo atenção específica dos especialistas durante o processo de avaliação. Os itens relacionados ao sono e ao repouso foram considerados relevantes, claros e adequados para a coleta de dados clínicos e alinhadas à prática assistencial contemporânea. No conjunto, o estudo salienta que o Padrão Sono-Repouso constitui um componente robusto, necessário e adequadamente formulado na entrevista validada, permitindo uma avaliação abrangente e clinicamente útil das necessidades de descanso e recuperação do paciente.

6. Padrão Cognitivo-Perceptivo

O Padrão Cognitivo e Perceptivo compreende a avaliação sistemática das funções neurológicas superiores e dos mecanismos senso perceptivos, constituindo um dos eixos centrais para a compreensão da capacidade do indivíduo de interagir de forma segura e coerente com o ambiente. A coleta de dados referente a esse domínio inicia-se, de forma implícita, desde o primeiro contato com o paciente, quando a enfermeira observa aspectos básicos do nível de consciência, responsividade e coerência das respostas. Trata-se, portanto, de um padrão que ultrapassa a simples descrição de sinais e sintomas, possibilitando a identificação precoce de alterações neurológicas, cognitivas e perceptivas com impacto direto na segurança, autonomia e capacidade de autocuidado.

A avaliação deve contemplar o estado de consciência, incluindo orientação temporal, espacial e pessoal. Assim, pode-se registrar que o paciente está orientado alo e autopsiquicamente, ou, bastante comum na prática clínica, lucido e orientado no tempo e espaço. Além disso, indicadores de lucidez, confusão, desorientação ou comportamento hostil.

A fala e a linguagem são igualmente investigadas, uma vez que comprometimentos como dislalia, disartria ou afasia podem sinalizar distúrbios neurológicos ou alterações funcionais significativas. Também integra este padrão a análise do nível de ansiedade, classificado como leve, moderado ou severo, dado seu potencial de interferir tanto na percepção quanto na resposta aos estímulos ambientais. No âmbito sensorial, a enfermeira deve identificar alterações nos sentidos da audição e da visão, verificando desde déficits leves até perdas mais graves, além do uso de dispositivos auxiliares, como aparelhos auditivos, óculos ou lentes de contato. Caso não haja alteração, registrar também.

Por fim, manifestações como vertigem, síncope e lipotímia devem ser registradas, pois podem indicar desde alterações hemodinâmicas e neurológicas até efeitos adversos de medicamentos. A análise desse conjunto de informações permite ao profissional delinear riscos, necessidades e intervenções de Enfermagem fundamentadas, contribuindo para um cuidado integral, seguro e centrado na pessoa.

7. Padrão de Autopercepção e Autoconceito

O Padrão de Autopercepção e Autoconceito abrange a compreensão que o indivíduo possui de si mesmo, de sua identidade e de seu valor pessoal, bem como a forma como percebe suas capacidades, limitações e seu papel no contexto social e de saúde, possuindo impacto na saúde mental em particular.

Esse domínio é relevante porque alterações na autopercepção podem influenciar diretamente a adesão ao tratamento, a tomada de decisões, a motivação para o autocuidado e a resposta emocional frente ao processo de adoecimento. Assim, a enfermeira deve investigar como o sujeito vive e interpreta sua condição de saúde, considerando que o adoecimento — agudo ou crônico — frequentemente repercute na autoimagem, na autoestima e na percepção de controle.

Nesse padrão, é fundamental identificar as principais preocupações do paciente relacionadas à sua condição, incluindo aspectos financeiros, responsabilidades familiares, capacidade de realizar cuidados pessoais e manejo de medicamentos, entre outros fatores que possam comprometer sua autonomia ou estarem associados a sentimentos de inadequação, impotência ou insegurança. A investigação deve contemplar ainda a forma como o paciente avalia suas competências e sua imagem corporal, além de possíveis sentimentos de ansiedade, medo, frustração ou baixa autoestima decorrentes do adoecimento. A análise desse padrão fornece subsídios essenciais para intervenções de Enfermagem voltadas ao fortalecimento do autoconceito, ao apoio emocional e ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, promovendo, assim, maior autonomia e melhor qualidade de vida.

8. Padrão de Papel e Relacionamento

O Padrão de Papel e Relacionamento, conforme descrito por Marjory Gordon (1994), abrange a análise integrada de como o indivíduo desempenha seus papéis sociais e interpessoais, como se relaciona com sua rede de apoio e como vivencia as mudanças que emergem ao longo do ciclo vital ou em decorrência do adoecimento. Nesse padrão, o enfermeiro investiga inicialmente o desempenho dos papéis sociais, contemplando funções familiares, ocupacionais e comunitárias, bem como a conformidade entre expectativas sociais e o modo como o indivíduo exerce tais responsabilidades. Considera-se que processos de doença, incapacidades ou eventos estressores podem comprometer esse desempenho, exigindo adaptações e nova organização do cotidiano. A avaliação também inclui a qualidade dos relacionamentos interpessoais, compreendendo a força e estabilidade dos vínculos com familiares, cônjuges, amigos e cuidadores, além da amplitude da rede de apoio formal e informal. Relações frágeis, conflituosas ou inexistentes podem impactar negativamente o enfrentamento e a adesão ao tratamento.

Outro ponto fundamental refere-se aos padrões de comunicação, nos quais se examina a clareza, abertura e eficácia das interações, identificando dificuldades de expressão, conflitos, bloqueios emocionais ou barreiras culturais e linguísticas que possam interferir no cuidado. Esse padrão também contempla as transições

de papel, como mudanças ocupacionais, aposentadoria, separações, nascimento de filhos, adoecimento crônico ou incapacidade temporária ou permanente. Tais transições podem gerar crises adaptativas que demandam apoio profissional, reorganização familiar e reconfiguração dos papéis previamente estabelecidos. Por fim, a análise inclui a percepção do indivíduo sobre seus próprios papéis, valorizando a forma como ele entende, aceita, prioriza e avalia o desempenho de suas funções e responsabilidades. A satisfação ou insatisfação com esses papéis influencia a autoestima, o enfrentamento e a qualidade de vida. Assim, este padrão integra uma compreensão abrangente dos papéis sociais, das relações e das vivências subjetivas, permitindo ao enfermeiro identificar vulnerabilidades, recursos, necessidades e potencialidades, fundamentais para a elaboração de um plano de cuidados centrado na pessoa, especialmente no que tange à área de Saúde Mental.

Sob essa ótica, no âmbito do Processo de Enfermagem, a avaliação do Padrão de Papel e Relacionamento requer uma abordagem interdisciplinar, na qual a enfermeira pode articular suas ações com assistente social e psicólogo. Essa atuação integrada favorece a compreensão ampliada das dinâmicas familiares, dos vínculos sociais e das repercussões psicossociais da doença sobre o indivíduo e seu entorno.

A investigação deste padrão envolve o levantamento da situação socioprofissional do paciente, considerando variáveis como condição empregatícia (empregado, desempregado, subemprego, trabalho informal ou ausência de vínculo laboral), bem como a presença de incapacidades temporárias ou permanentes, que podem interferir tanto na autonomia funcional quanto na capacidade produtiva do indivíduo. Tais elementos possuem impacto direto na adesão terapêutica, no acesso aos serviços de saúde e na mobilização de recursos materiais e emocionais necessários ao enfrentamento do processo de adoecimento.

Além disso, a enfermeira deve identificar a constituição e a funcionalidade do sistema de apoio disponível ao paciente — que pode incluir cônjuge, familiares, cuidadores informais, membros da comunidade ou outros vínculos significativos. A robustez ou fragilidade dessa rede influencia diretamente o *coping*, o manejo da doença e a continuidade do cuidado no domicílio.

Outro aspecto fundamental consiste em analisar as preocupações e percepções da família acerca da doença, incluindo expectativas, medos, conflitos e possíveis dificuldades de compreensão do quadro clínico. Esses fatores podem interferir na dinâmica familiar, no comportamento do paciente e nas estratégias de cuidado adotadas pela equipe, exigindo intervenções educativas, acolhimento e mediação terapêutica.

9. Padrão de Sexualidade e Reprodução

O Padrão de Sexualidade e Reprodução compreende a avaliação de fatores biológicos, psicossociais e culturais relacionados à expressão da sexualidade, ao ciclo reprodutivo e à função sexual.

Esse domínio é essencial na prática clínica, pois a sexualidade constitui componente fundamental da identidade humana, influenciando comportamentos, relações afetivas, autoestima e qualidade de vida. Alterações nesse padrão podem surgir em decorrência de condições de saúde, uso de medicamentos, mudanças hormonais, vivências traumáticas, processos cirúrgicos e fatores emocionais, tornando imprescindível que a enfermeira conduza a avaliação com sensibilidade, ética e abordagem livre de julgamentos.

A investigação deve incluir aspectos do desenvolvimento sexual, tais como telarca, pubarca, axilarca, sexarca e menarca, bem como características do ciclo menstrual, incluindo catamênios posteriores, data da última menstruação (DUM), presença de irregularidades e manifestações do climatério e da menopausa. A história gestacional também deve ser explorada, contemplando número de gestações, paridade e abortos (G, P, A), além de possíveis complicações obstétricas e repercussões emocionais associadas. Ademais, devem ser investigados cuidados preventivos em saúde sexual e reprodutiva, como realização de colpocitologia oncótica, exames de mama e testículos, toque retal, bem como a regularidade desses rastreamentos.

Por fim, é imprescindível avaliar preocupações sexuais relacionadas ao processo de adoecimento, considerando que muitas doenças — assim como seus tratamentos — podem afetar o desejo, a função sexual e a autoimagem corporal. Questões como medo de dor, insegurança quanto ao desempenho, alterações na libido, percepção de atratividade e receios sobre fertilidade devem ser acolhidas de forma técnica e humanizada. A análise desse padrão permite à Enfermagem identificar necessidades, apoiar o paciente em suas dúvidas e oferecer intervenções educativas e terapêuticas que contribuam para o bem-estar sexual e reprodutivo, garantindo uma abordagem integral e respeitosa do cuidado.

10. Padrão de Adaptação e Tolerância ao Estresse

O Padrão de Adaptação e Tolerância ao Estresse, conforme proposto por Marjory Gordon (1994), refere-se à capacidade do indivíduo de responder às demandas internas e externas que exigem ajustes físicos, psicológicos ou sociais. Nesse domínio, a enfermeira deve avaliar os mecanismos de enfrentamento utilizados pelo paciente diante de situações estressoras, identificando a eficácia dessas estratégias, possíveis disfunções adaptativas e o impacto do estresse na saúde global. Essa investigação

envolve compreender o repertório de enfrentamento (*coping*) do paciente, seus fatores de risco, seus recursos pessoais e ambientais, bem como a forma como percebe e conduz eventos estressores agudos ou crônicos. A avaliação inclui a análise de comportamentos, respostas emocionais predominantes, presença de sintomas psicofisiológicos associados ao estresse e modos de adaptação utilizados nos diferentes contextos da vida cotidiana.

Nesse processo, torna-se fundamental explorar como o indivíduo interpreta o estresse, quais estratégias utiliza para mantê-lo sob controle e em que medida esses mecanismos são adaptativos ou potencialmente prejudiciais. A enfermeira deve investigar situações que desencadeiam tensão, como problemas familiares, dificuldades econômicas, conflitos interpessoais, sobrecarga de trabalho ou preocupações relacionadas à doença. Igualmente, devem ser analisados os recursos internos e externos mobilizados pelo paciente, tais como suporte social, espiritualidade, habilidades cognitivas, experiências prévias e acesso a serviços de saúde. Além disso, a identificação de sinais de esgotamento, irritabilidade, ansiedade persistente, alterações do sono e repercussões somáticas auxilia na compreensão da capacidade adaptativa. Com base nesses dados, é possível delinear diagnósticos de Enfermagem precisos, elaborar intervenções que fortaleçam a resiliência e promover estratégias de enfrentamento positivas, de modo a favorecer a saúde mental e o bem-estar global do paciente, conforme a proposição teórico-clínica de Gordon.

11. Padrão de Valores e Crenças

O Padrão de Valores e Crenças, no modelo de Marjory Gordon (1994), abrange os princípios, conceitos morais, convicções espirituais e orientações éticas que fundamentam as escolhas, comportamentos e decisões do indivíduo ao longo de sua vida. Esses elementos norteiam a percepção que o paciente tem de si mesmo, do outro, da saúde, da doença e do processo terapêutico, influenciando diretamente sua adesão ao tratamento, seu modo de enfrentar situações adversas e sua capacidade de atribuir significado à experiência de adoecimento. Assim, a enfermeira deve explorar, de forma respeitosa, sensível e culturalmente competente, as crenças, valores e práticas espirituais que sustentam o paciente, reconhecendo que tais dimensões constituem importantes recursos psicossociais para a manutenção do bem-estar e para a tomada de decisões em saúde.

Nesse padrão, torna-se essencial investigar a filiação religiosa, o nível de participação em práticas espirituais, os rituais que o indivíduo considera fundamentais e as influências dessas crenças sobre o cuidado. Além disso, devem ser identificadas restrições religiosas que possam interferir em condutas terapêuticas, como recusas a determinados alimentos, procedimentos, transfusões sanguíneas ou intervenções

específicas. A avaliação também deve contemplar o sentido existencial atribuído ao processo de adoecimento, identificando sentimentos de esperança, sofrimento moral, conflito espiritual ou resiliência espiritual. Compreender a centralidade desses valores permite à enfermeira estabelecer um plano de cuidado verdadeiramente integral, alinhado aos princípios éticos da prática profissional e às necessidades biopsicossociais do paciente, promovendo intervenções que acolham seu universo simbólico e respeitem sua dignidade como sujeito singular.

III CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lógica funcional de dimensões de saúde no processo de avaliação e registro de dados propõe que a avaliação de Enfermagem seja sistemática e multidimensional, o que se alinha muito bem à ideia de usar os padrões de saúde de Gordon como *framework* de avaliação, ou seja, modelo estruturado, uma matriz organizadora e um guia conceitual.

Nesse sentido, se reforça a importância do uso de linguagens padronizadas, o que permite que enfermeiros utilizem modelos teóricos em suas práticas documentadas.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Alfaro's Clinical Judgment in Nursing: A How-To Practice Approach**. New York: Elsevier, 2024.

BITENCOURT, G. R. *et al.* Teoria de Enfermagem: padrões funcionais de saúde no contexto hospitalar – avaliação segundo Meleis. **Global Academic Nursing**, v. 4, n. 1, e336, mar. 2023. DOI: 10.5935/2675-5602.20200336.

BULECHEK, Gloria M. *et al.* **NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan, 2025.

BUTCHER, R. C. G. S. *et al.* Avaliação psicométrica do Functional Health Pattern Assessment Screening Tool – Versão Brasileira Modificada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, e4119, 2024. DOI: 10.1590/1518-8345.6755.4119.

CARPENITO, Lynda Juall. **Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice**. 15. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2016.

CARPENITO, Lynda Juall. **Handbook of Nursing Diagnosis**. 16. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2021.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Manual de diagnósticos de Enfermagem**. 15. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

CIANCIARULLO, Tamara I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Processo de Enfermagem**: guia para a prática. 2. ed. São Paulo: COREN-SP, 2021.

GORDON, Marjory. **Nursing Diagnosis**: Process and Application. 3. ed. New York: Mosby, 1994.

GORDON, Marjory. **Manual of Nursing Diagnosis**. 13. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2016.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

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

TRINDADE, Liliâne Ribeiro; SILVEIRA, Andressa da; FERREIRA, Anali Martegani; FERREIRA, Graciane Lafuente. Compreensão do Processo de Enfermagem por enfermeiros de um hospital geral do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 267–277, abr./jun. 2015. DOI: 10.5902/2179769215923.

VARGAS-BERMÚDEZ, Zeidy. Validação de entrevista de Enfermagem com base nos padrões funcionais de saúde de Marjory Gordon. **J. Health NPEPS**, v. 9, n. 1, e1275, 01 jun. 2024. DOI: 10.30681/2526101012751.