

ESTRUTURA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 03/06/2024

Francislene de Jesus Lopes

Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

RESUMO: Neste capítulo será apresentada a definição e estrutura atualizada do Processo de Enfermagem, que é necessário para garantir a prestação de cuidados individualizados e de qualidade. Cada etapa é interligada, de modo que fornece ao enfermeiro meios de adquirir informações essenciais que auxiliam na tomada de decisões e planejamento da assistência de enfermagem. Será descrita cada etapa desse processo, fundamentado e os preceitos legais que dão amparo à profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem; Legislação de Enfermagem; Ensino de Enfermagem; Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão dinâmica com uma perspectiva única sobre as pessoas, o meio ambiente e a saúde. A utilização do processo de enfermagem auxilia na confecção e planejamento de

uma assistência de enfermagem clara e eficaz que potencializa a melhoria da qualidade da assistência ao paciente. A sua implementação em ambientes de saúde facilita cuidados de enfermagem de alta qualidade, melhora os resultados de saúde do cliente e promove a enfermagem como uma disciplina científica (SHIFERAW et al, 2020).

Além disso, estudos afirmam que, ao implementar o processo de enfermagem, a profissão é fortalecida, internacionalizada e dignificada como esforços para atingir os critérios de atendimento ao paciente. A abordagem do atendimento ao cliente mudou do modelo médico para um modelo de atendimento holístico. O processo de enfermagem, em sua ênfase no cuidado centrado no paciente e orientado para objetivos, tem o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e de atender às necessidades individualizadas de cuidados de saúde.

A sua implementação, portanto, pode melhorar a qualidade o cuidado e

incentiva a utilização de práticas de enfermagem baseadas em evidências. Adequadamente implementado, o processo de enfermagem pode fornecer significado e relevância ao conhecimento profissional. Globalmente, é reconhecido como parte integrante da educação e prática, do atendimento dinâmico ao cliente e do pensamento crítico na tentativa de atender às necessidades dos clientes. Usar o processo de enfermagem como uma ferramenta para orientar os cuidados de enfermagem permite que os enfermeiros tomem decisões independentes e baseadas em evidências.

Os fatores que afetam a implementação do processo de enfermagem são complexos e estão enraizados em múltiplos fatores. Entretanto, a compreensão de suas etapas torna-se um ponto de partida importante para na sua aplicação pelos profissionais, nas estratégias em educação permanente e na padronização do seu registro.

OBJETIVOS

Ao final da leitura, o leitor será capaz de:

- Apresentar a historicidade do processo de enfermagem;
- Compreender as definições do processo de enfermagem;
- Descrever as etapas do processo de enfermagem.

Historicidade do processo de enfermagem

Em 1958, Ida Jean Orlando iniciou o processo de enfermagem que ainda hoje orienta os cuidados de enfermagem. Definido como uma abordagem sistemática de cuidados que utiliza os princípios fundamentais do pensamento crítico, abordagens de tratamento centradas no cliente, ações orientadas para objetivos, recomendações de prática baseada em evidências (PBE) e a prática de enfermagem. Bases holísticas e científicas são integradas para fornecer o fundamento para um cuidado compassivo e baseado na qualidade (TONEY-BUTLER et al, 2023).

A partir dessa época, as instituições de ensino superior dos EUA começaram a ensinar o processo de enfermagem, mas há evidências limitadas de sua aplicação nos hospitais de forma prática na década de 1960. Uma década depois, o processo de enfermagem já era utilizado em hospitais dos EUA. No Reino Unido, o processo de enfermagem foi emprestado dos EUA na década de 1970 e depois disseminado (MOUSAVINASAB et al, 2020).

No Brasil, o uso do processo de enfermagem foi iniciado por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, em São Paulo, através do referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow(Quadro 1). A partir desta, a assistência de enfermagem poderia ser fundamentada em uma metodologia científica, pela aplicação de cinco etapas: levantamento de dados (histórico), diagnóstico, planejamento, execução e avaliação (KLEMBERG et al, 2006).

Necessidade	Descrição
Fisiológicas básicas	nutrição (água e alimentos), eliminação (banheiro), vias aéreas (sucção) -respiração (oxigênio) -circulação (pulso, monitor cardíaco, pressão arterial), sono, sexo, abrigo e exercícios.
Segurança e Proteção	Prevenção de lesões (grades laterais, luzes de chamada, higiene das mãos, isolamento, precauções contra suicídio, precauções contra quedas, assentos de carro, capacetes, cintos de segurança), promoção de um clima de confiança e segurança (relação terapêutica), educação do paciente (risco modificável fatores para acidente vascular cerebral, doenças cardíacas).
Amor e Pertencimento	Promover relacionamentos de apoio, métodos para evitar o isolamento social (bullying), empregar técnicas de escuta ativa, comunicação terapêutica e intimidade sexual.
Autoestima	Aceitação na comunidade, força de trabalho, realização pessoal, senso de controle ou empoderamento, aceitação da aparência física ou do hábito corporal.
Autoatualização	Ambiente fortalecedor, crescimento espiritual, capacidade de reconhecer o ponto de vista dos outros, atingindo o potencial máximo.

Quadro 1: Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas de Maslow

Fonte: Autoras

No final da década de 1980 as atividades ligadas ao processo de enfermagem são respaldadas pela legislação profissional na regulamentação da prescrição e da consulta de enfermagem como atribuições privativas do enfermeiro. No início dos anos 2000, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) divulga a Resolução nº 272/2002, com o termo Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), associado ao processo. Essa Resolução apontou que a SAE deveria ser documentada formalmente no prontuário do paciente, através de suas etapas: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem (BARROS et al, 2022). Entretanto, há a lacuna na construção conceitual, que parece alinhada mais atualmente a resolução 736 de 2024.

Com base no processo de enfermagem, os enfermeiros descrevem ou formulam hipóteses sobre os problemas reais e potenciais do paciente, os riscos para a saúde e as oportunidades de promoção. Os enfermeiros reconhecem o seu papel no planejamento dos cuidados através da compreensão do processo de enfermagem, tornando assim os cuidados mais relevantes. Este processo funciona agora como o principal quadro dos planos de cuidados de enfermagem nos países desenvolvidos (TONEY-BUTLER et al, 2023).

DEFINIÇÃO

A definição do processo de enfermagem tem sido atribuída como planos importantes para os currículos e programas de educação continuada na disciplina de enfermagem.

Diversas teorias podem ser relacionadas nesta definição, desde Florence Nightingale à descrição do pensamento reflexivo e da sistematização do enfermeiro na avaliação e implementação de cuidados. A teoria de Ida Jean Orlando da década de 1960 pode ser a mais fundamental, de modo que o define como uma atividade dinâmica impulsionada pela reflexão crítica que sistematiza a enfermagem com o propósito de atender às necessidades diretas do paciente (LAUKVIK et al, 2022).

Hoje, o processo de enfermagem tornou-se mais um modelo baseado na aplicação que forma o processo de raciocínio dos enfermeiros e as descrições de Orlando da teoria do processo de enfermagem diferem um pouco do modelo usado internacionalmente hoje. Na Suécia e em vários outros países, a documentação dos enfermeiros nos registros dos pacientes baseia-se no processo de enfermagem e nos diagnósticos de enfermagem de modo a apoiar os enfermeiros a tornarem-se mais estruturados no seu trabalho e na comunicação com os pacientes, levando ao aumento da eficiência e qualidade dos cuidados de enfermagem (SANSON et al, 2017).

Para realizar um processo de tomada de decisão clínica é necessário examinar e identificar o problema, avaliar as soluções existentes e, em última análise, selecionar a melhor opção; este processo é realizado na clínica através do processo de enfermagem e, de facto, um processo de enfermagem é uma ferramenta para ajudar o enfermeiro a tomar decisões clínicas adequadas e a ter pensamento crítico. O modelo do processo de enfermagem envolve avaliar, planejar, implementar e avaliar as situações dos pacientes, com o objetivo final de prevenir ou resolver situações problemáticas (LOTFI et al, 2021).

Segundo a resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024, 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”. Para isso, no seu artigo 4º, a resolução dispõe sobre a organização do PE em cinco etapas, descritas a seguir.

ETAPAS DO PROCESSO

De acordo com a resolução COFEN 736 de 2024, as etapas do processo de enfermagem são inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas. Por isso o diagrama circular e em setas unidirecional descrito na Figura 1.

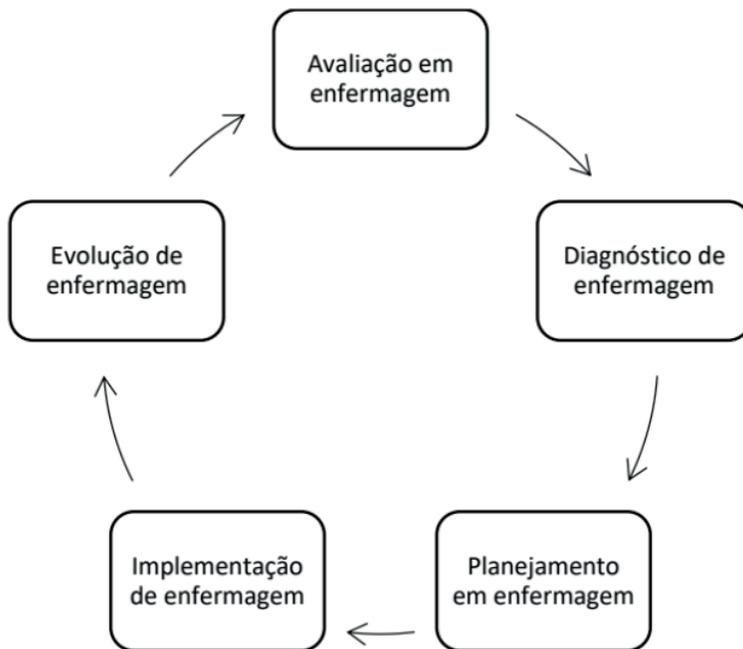


Figura 1: Representação gráfica do processo de enfermagem

Fonte: Autoras

Etapa 1 – Avaliação em enfermagem

A primeira etapa é a Avaliação de Enfermagem – anteriormente denominada coleta de dados ou investigação - que visa compreender as demandas subjetivas e objetivas, através da anamnese ou entrevista e do exame físico, respectivamente. Isso inclui a história pregressa, o estado atual de saúde e as práticas de autocuidado, além da situação socioeconômica e a rede de apoio. A fim de subsidiar o raciocínio clínico e as etapas subsequentes, podem ser utilizadas técnicas de apoio, como exames laboratoriais e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais, entre outros. A obtenção de dados válidos, confiáveis e relevantes é mister para a elaboração de diagnósticos assertivos(COFEN, 2024).

Nesta etapa há o envolvimento de habilidades de pensamento crítico e coleta de dados subjetivo e objetivo. Os dados subjetivos envolvem declarações verbais do paciente ou cuidador e os objetivos são dados mensuráveis e tangíveis, como sinais vitais, ingestão e débito, altura e peso. Os dados podem vir diretamente do paciente ou de cuidadores principais que podem ou não ser parentes diretos (TONEY-BUTLER et al, 2023).

Além disso, a validação é o processo de verificação dados para garantir que os dados coletados que sejam precisos e factuais. Uma forma de validar as observações é através da “verificação dupla”, e permite ao enfermeiro realizar as seguintes tarefas(WAYNE, 2023):

1. Garanta que as informações da avaliação sejam verificadas e completas.
2. Certifique-se de que os dados objetivos e subjetivos relacionados sejam válidos e precisos.
3. Certifique-se de que o enfermeiro não chegue a uma conclusão sem dados adequados para apoiar a conclusão.
4. Certifique-se de que quaisquer declarações ambíguas ou vagas sejam esclarecidas.
5. Adquira detalhes adicionais que podem ter sido esquecidos.
6. Distinga entre pistas e inferências: as pistas são dados subjetivos ou objetivos que podem ser observados diretamente pelo enfermeiro; e as inferências são a interpretação ou conclusões do enfermeiro feitas com base nas pistas

Diagnóstico de enfermagem

A segunda etapa é o Diagnóstico de Enfermagem, que 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. Para isso são necessários conhecimento científico, experiência clínica e intuição. Por esse motivo, o diagnóstico de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 2024).

Diagnosticar envolve analisar dados, identificar problemas de saúde, riscos e pontos fortes e formular declarações diagnósticas sobre o problema de saúde potencial ou real de um paciente. Às vezes, mais de um diagnóstico é feito para um único paciente. Formular um diagnóstico de enfermagem por meio do julgamento clínico auxilia no planejamento e implementação do cuidado ao paciente(WAYNE, 2023).

Há sistemas de linguagem padronizada específicas para os diagnósticos de enfermagem, a saber: Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha, o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos de Sabba. Além desses, há ainda sistemas de classificação que podem ser compartilhados com outros profissionais da saúde, como é a Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).

Os principais sistemas de linguagem padronizada estão em descritos no Capítulo 4.

Planejamento de enfermagem

A terceira etapa do PE é o Planejamento de Enfermagem, que diz respeito à elaboração de um plano assistencial voltado para pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. A fim de atingir os objetivos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos diferentes atores envolvidos, faz-se necessário levar em consideração(COFEN, 2024):

- Priorização dos Diagnósticos de Enfermagem;
- Determinação de resultados esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;
- Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

Os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem selecionado também devem utilizar uma linguagem padronizada, como a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), por exemplo. Dessa forma, para cada resultado esperado deve ser proposto uma intervenção através da prescrição de enfermagem. Com o intuito de manter a cientificidade, deve ser utilizado um sistema de linguagem padronizado, como é o caso da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) ou a CIPE, por exemplo (COREN-SP, 2015).

Em outras palavras, na fase de planejamento são formulados objetivos e resultados que impactam diretamente o atendimento ao paciente. Esses objetivos específicos do paciente e a obtenção de tais objetivos ajudam a garantir um resultado positivo, que são considerados na elaboração de um plano de cuidados. Este fornece um curso de orientação para atendimento personalizado, adaptado às necessidades exclusivas de um indivíduo, considerando a condição geral e as comorbidades. Os planos de cuidados melhoram a comunicação, a documentação, o reembolso e a continuidade dos cuidados em toda a continuidade dos cuidados de saúde. Deste modo, o plano e suas metas precisam ser (TONEY-BUTLER et al, 2023):

- Específicas
- Mensuráveis ou significativas
- Atingíveis ou Orientado para a Ação
- Realistas ou Orientado para Resultados
- Oportunos ou orientado para o tempo

Implementação de enfermagem

Nesta etapa a equipe de enfermagem deve executar as intervenções, ações e atividades previstas na Prescrição de Enfermagem, respeitando as determinações legais no que tange a competência técnica e a responsabilidade de cada profissional, por meio da colaboração e da comunicação contínua. Assim, vale salientar que a elaboração da Prescrição de Enfermagem é ato privativo do enfermeiro, entretanto, a execução e a checagem da Prescrição são compartilhadas entre a equipe de enfermagem (COFEN, 2024).

Ademais, no âmbito da equipe multiprofissional, dos serviços de saúde e dos programas institucionais, a Implementação de Enfermagem distingue-se em 3 padrões, a saber (COFEN, 2024):

- I. Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pela equipe de enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;
- II. Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados compartilhados com as demais profissões de saúde;
- III. Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados inseridos em protocolos assistenciais por meio de programas de saúde pública ou rotinas institucionais, como prescrição de medicamentos padronizados e/ou a solicitação de exames.

O processo de implementação normalmente inclui (WAYNE, 2023):

1. Considerações constantes do cliente;
2. Determinar a necessidade de assistência do enfermeiro;
3. Implementar as intervenções de enfermagem, que podem ser independentes, dependentes ou interdependente:
 - a. Independentes: realizadas por conta própria, sem a ajuda ou assistência de outro profissional, como: tarefas rotineiras de enfermagem, como verificar sinais vitais ou educar um paciente sobre a importância de seu medicamento para que ele possa administrá-lo conforme prescrito
 - b. Dependentes: intervenções que requerem orientação ou supervisão de um médico ou outro profissional médico;
 - c. Interdependentes: intervenções colaborativas ou interdependentes que envolvem membros da equipe em todas as disciplinas
4. Supervisionar o cuidado delegado;
5. Documentar atividades de enfermagem.

Evolução de enfermagem

Na quinta etapa, atualmente intitulada Evolução de Enfermagem em substituição ao termo Avaliação, são registradas todas as etapas anteriores, compreendendo a avaliação dos resultados alcançados, a análise e a revisão de todo o PE. É importante verificar (COREN-SP, 2015):

- A eficácia das ações ao registrar se os resultados foram alcançados,
- Se houve mudanças nos indicadores
- Se os diagnósticos foram resolvidos, se houve melhora ou piora do estado geral ou específico de saúde.

Uma das estratégias para auxiliar no roteiro de registro da evolução de enfermagem é o método SOAP. Trata-se de um acrônimo de modo que cada letra significa uma parte específica do registro(COREN-SP, 2015):

S (subjeto) – Informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema de saúde atual. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada;

O (objetivo) – Dados positivos e negativos que se configurarem importantes do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis;

A (avaliação) – Análise mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o. Pode ser registrado o diagnóstico prioritário com o auxílio de algum sistema de linguagem padronizada (ver capítulo 4);

P (plano) – Plano de cuidados elaborado a partir do problema ou necessidade avaliada. De maneira geral, podem existir quatro tipos principais de planos:

1. Planos Diagnósticos: indicação de exames diagnósticos necessários para elucidação do problema;
2. Planos Terapêuticos: indicações terapêuticas planejadas para a resolução ou manejo do problema da pessoa, tais como medicamentos e mudanças de hábitos, dentre outras;
3. Planos de Seguimento: estratégias de seguimento longitudinal e continuado da pessoa e do problema em questão;
4. Planos de Educação em Saúde: informações e orientações apresentadas e negociadas com a pessoa, em relação ao problema em questão.

O registro do processo de enfermagem deve ser de responsabilidade de todos os membros da equipe de enfermagem, ficando o enfermeiro incumbido de registrar a Evolução e a Prescrição de Enfermagem, além da checagem desta quando a intervenção for de sua competência. Já os técnicos e auxiliares de enfermagem devem contribuir com Anotações de Enfermagem, bem como na implementação dos cuidados prescritos e sua checagem, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro. O Quadro 2 apresenta as especificidades entre anotação e evolução de enfermagem(COFEN, 2016).

Características	Anotação	Evolução
Tipos de dados	Dados brutos	Dados analisados
Quem realiza	Equipe de enfermagem	Enfermeiro
Momento do registro	Momento	Registro das últimas 24 horas ou intervalo entre o atendimento até a avaliação seguinte.
Refere-se a:	Observação	Reflexão e análise dos dados

Quadro 2: Especificidades entre anotação e evolução de enfermagem

Fonte: Autoras

Portanto, no processo de enfermagem, a primeira ação do enfermeiro, após obter informações gerais em diferentes áreas da matriz do paciente (avaliação), é avaliar o seu estado e examinar as principais consequências através de vários métodos, como observação e entrevista em diferentes dimensões. Posteriormente, identificar diagnósticos de enfermagem, com o julgamento clínico do enfermeiro. A seguir, com o planejamento de enfermagem, visa-se estabelecer o plano de cuidados e, após, a realização das intervenções adequadas, e por fim a evolução com a avaliação do nível de equilíbrio no que diz respeito ao alcance dos objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

BARROS, A.L.B.L. DE, LUCENA, A.F., MORAIS, S.C.R.V., BRANDÃO, M.A.G., ALMEIDA, M.A., CUBAS MR, et al.. **Nursing Process in the Brazilian context: reflection on its concept and legislation.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2022;75(6):e20210898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0898>

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 6 de dezembro de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>>. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15/10/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 out. 2009, Seção 1, p.179.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN Nº 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. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jan. 2024, Seção 1, p.74.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de Enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. - 2.ed., São Paulo: COREN-SP, 2021. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/SAE-web.pdf>>. Acesso em: 14.02.2024.

KLETEMBERG, D. F., SIQUEIRA, M. D., MANTOVANI, M. F. **Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986.** Escola Anna Nery, volume 10, número 3, 2006, pp. 478–486. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414->

LAUKVIK, L.B., ROTEGÅRD, A.k. , M. LYGSTAD , Å. SLETTEBO , M. FOSSUM. **Registered nurses' reasoning process during care planning and documentation in the electronic health records: a concurrent think-aloud study**. Journal of clinical nursing, volume 32, 2022, pp. 221 – 233. Disponível em doi: 10.1111/jocn.16210.

LOTFI, M., ZAMANZADEH, V., KHODAYARI-ZARNAQ, R., MOBASSERI, K.. **Nursing process from theory to practice: evidence from the implementation of “coming back to existence caring model” in burn wards**. Nursing open. Sep;8(5):2794-2800. doi: 10.1002/nop2.856, 2021, pp: 2794-2800, Disponível em: 10.1002/nop2.856.

MOUSAVINASAB, E.S.; KALHORI, S.R.N.; ZARIFSANAIEY, N.; RAKHSHAN M; GHAZISAEEDI M; **Nursing process education: a review of methods and characteristics**, Nurse Education in Practice, volume 48, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102886>

TONY-BUTLER, T.J., THAYER, J.M. **Nursing Process**. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.

WAYNE, G. Nursing theories and theorists: the definitive guide for nurses. Nurselabs, 2023. Disponível em: <https://nurseslabs.com/nursing-theories/>