



Valessa Gizele Ramos de Oliveira

# PROCESSO DE ENFERMAGEM

Uma abordagem voltada para  
técnicos de enfermagem

EDITORA  
  
**Unimontes**

*série*  
**POPULARIZAÇÃO  
DO CONHECIMENTO**

# **PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Uma abordagem voltada para  
técnicos de enfermagem

## **Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes**

Wagner de Paulo Santiago  
*Reitor*

Dalton Caldeira Rocha  
*Vice-Reitor*

Ivana Ferrante Rebello  
*Pró-Reitora de Ensino*

Marlon Cristian Toledo Pereira  
*Pró-Reitor de Pós-Graduação*

Maria das Dores Magalhães Veloso  
*Pró-Reitora de Pesquisa*

Cláudia Luciana Tolentino Santos  
*Pró-Reitora de Planejamento, Gestão e Finanças*

Rogério Othon Teixeira Alves  
*Pró-Reitor de Extensão*

### **©Editora Unimontes**

Maria Clara Maciel de Araújo Ribeiro  
*Editora Chefe*

### **Conselho Editorial**

Maria Clara Maciel de Araújo Ribeiro

Gustavo Henrique Cepolini Ferreira

Ivana Ferrante Rebello

Leandro Luciano Silva Ravnjak

Luiz Henrique Carvalho Penido

Patrícia Takaki Neves

Tânia Marta Maia Fialho

Vanessa de Andrade Royo

Apoio:



Valessa Gizele Ramos de Oliveira

# PROCESSO DE ENFERMAGEM

Uma abordagem voltada para  
técnicos de enfermagem

EDITORA  
  
**Unimontes**

Jacqueline Duarte de Souza  
*Capa*

Laura Silveira Fahel  
*Projeto gráfico e diagramação*

Antônio Durães de Oliveira Neto  
Josiane Silva César  
*Revisão linguística*

Maria Clara Maciel de Araújo Ribeiro  
*Editora Geral*

Este livro foi selecionado por edital e submetido a parecer duplo cego.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Oliveira, Vaessa Gizele Ramos de  
Processo de enfermagem [livro eletrônico] : uma abordagem voltada para técnicos de enfermagem / Vaessa Gizele Ramos de Oliveira. --  
Montes Claros, MG : Editora Unimontes, 2025.  
PDF

Bibliografia.  
ISBN 978-85-7739-742-6

1. Enfermagem - Cuidados 2. Enfermagem - Práticas  
3. Ensino técnico I. Título.

25-278344

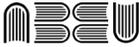
CDD-610.7307  
NLM-WY-018

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Enfermagem: Estudo e ensino 610.7307  
Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

**©Editora Unimontes**

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro  
Montes Claros - Minas Gerais - Brasil, CEP 39401-089 - Caixa Postal 126.  
[www.editora.unimontes.br](http://www.editora.unimontes.br) | [editora@unimontes.br](mailto:editora@unimontes.br)

Filiada à   
Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

  
EDITORA  
**Unimontes**

  
**Unimontes**  
Universidade Estadual de Montes Claros

*“Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.  
Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam  
a arte do voo. Pássaros engaiolados são pássaros sob controle.  
Engaiolados, o seu dono pode levá-los para onde quiser. Pássaros  
engaiolados sempre têm um dono. Deixaram de ser pássaros.  
Porque a essência dos pássaros é o voo. Escolas que são asas não  
amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em  
voo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar”*  
(Rubens Alves)

# LEGENDA DOS ÍCONES DISPOSTOS NO MATERIAL



Toda vez que este ícone aparecer, será mostrado o significado de algum termo, palavra ou sigla.



Este ícone indicará um chamado para o aprofundamento em algum tema abordado. Os textos ou mídias complementares podem ser encontrados acessando a fonte referenciada ou o QR code disposto junto ao ícone.



Este ícone aparecerá ao final de cada unidade temática e apontará para uma recapitulação dos principais assuntos discutidos ao longo da unidade.



Este ícone apontará para o mapa referencial de cada unidade, o qual se destina a apresentar os assuntos a serem abordados e os objetivos a serem alcançados.



Este ícone indicará uma atividade relacionada ao conteúdo estudado, composta por questões a serem respondidas, com base nas situações e nos contextos apresentados, cujas respostas devem ser registradas.



Este ícone apontará para a apresentação do próximo assunto a ser trabalhado na unidade temática seguinte.



Este ícone indicará questionamentos. Trata-se de uma proposta de reflexão a partir de aproximações entre o conteúdo e o cotidiano. As mídias ou textos associados podem ser encontrados acessando a fonte referenciada ou o QR code disposto junto ao ícone.



Este ícone indica que alguma curiosidade, notícia ou informação extra será tratada.

# SUMÁRIO

<b>1 PRIMEIRA UNIDADE TEMÁTICA</b>	<b>14</b>
<b>Introdução ao processo de enfermagem: aspectos gerais</b>	
1.1 Sobre a teorização acerca da profissão	<b>16</b>
1.2 Conhecendo melhor o processo de enfermagem	<b>21</b>
1.3 Implicações e desafios relacionados à implementação do processo de enfermagem	<b>26</b>
<b>2 SEGUNDA UNIDADE TEMÁTICA</b>	<b>32</b>
<b>Avaliação de enfermagem</b>	
<b>3 TERCEIRA UNIDADE TEMÁTICA</b>	<b>40</b>
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	
<b>4 QUARTA UNIDADE TEMÁTICA</b>	<b>52</b>
<b>Planejamento de enfermagem</b>	
<b>5 QUINTA UNIDADE TEMÁTICA</b>	<b>66</b>
<b>Implementação de enfermagem</b>	
<b>6 SEXTA UNIDADE TEMÁTICA</b>	<b>74</b>
<b>Evolução de enfermagem</b>	
<b>7 FINALIZANDO</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO</b>	<b>90</b>



## APRESENTAÇÃO

**Olá!** Que bom ter você por aqui! Você já ouviu falar no Processo de Enfermagem (PE) em outras ocasiões ou já teve contato com ele em algum momento anterior a este? Já acompanhou ou acompanha o seu desenvolvimento na prática clínica? Reconhece a sua relevância? Conhece todas as suas etapas, como elas se operacionalizam e a sua participação – como técnico ou futuro técnico de enfermagem – em cada uma delas?



São muitos os aspectos relevantes acerca do PE! Mas, afinal, o que é o PE? O Processo de Enfermagem é um método utilizado para a prestação do cuidado de enfermagem, composto por cinco etapas. Ele traz consigo uma nova forma de se pensar o cuidado, de modo científico, organizado e intencional, com propósitos claros a serem alcançados. Permeado por uma visão holística e individualizada, tem como centro a pessoa, a família e a comunidade, considerando as suas diversas necessidades, para além da doença e dos aspectos biológicos, sob a perspectiva da promoção da saúde.

O técnico de enfermagem tem um papel fundamental no desenvolvimento do PE. Como ele deve ser realizado por ações conjuntas da equipe de enfermagem, o envolvimento de todas as categorias no PE é essencial,

tanto para a sua implantação quanto para o alcance dos objetivos aos quais ele se propõe. Além da sua cooperação advir de uma previsão legal, o técnico de enfermagem é o membro em maior número na equipe e, via de regra, ele é o responsável pela realização de boa parte dos cuidados prestados.

Apesar da importância da participação desse profissional no desenvolvimento do PE, ainda hoje, essa dinâmica é obscura e, muitas vezes, o técnico executa etapas de maneira isolada e fragmentada, sem compreender o método por inteiro e sua relevância para a assistência e para a profissão.

O estudo do PE, já presente nas graduações, é pouco frequente nos cursos de formação técnica. Tal fato é associado, entre outros fatores, à falta de consolidação do conhecimento relacionado ao PE e a sua prática e à forma como a educação se organiza, sob forte influência do **tecnicismo** e da divisão do trabalho. Historicamente, os estudantes da educação profissional são formados para executar, com eficiência, determinadas tarefas requeridas pelo empregador, contribuindo para o distanciamento entre o trabalho científico e o trabalho manual, bem como para a fragmentação do próprio indivíduo.

Para que o PE seja instituído e reconhecido como a base da prática profissional da enfermagem, é indispensável que seu ensino ocorra sistematicamente em todos os cursos de formação inicial dos profissionais de enfermagem e se estenda por meio da educação continuada e permanente.

Assim, este material é direcionado para estudantes do curso técnico de enfermagem e para técnicos de enfermagem já formados, e visa contribuir para a difusão do conhecimento acerca do PE em nível médio. Ele é composto por seis unidades temáticas: Introdução ao Processo de Enfermagem: Aspectos Gerais; Avaliação de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação de Enfermagem; Evolução de Enfermagem.

Cada unidade possui conteúdo, atividades e reflexões acerca do tema proposto, especialmente desenvolvidos para que você possa conhecer os

aspectos teóricos, científicos e operacionais acerca do PE, de forma ampla, com a profundidade necessária para uma discussão realmente integradora. A partir desse entendimento do PE como um todo e dos motivos pelos quais ele compõe a base profissional da enfermagem, você identificará claramente a relevância da sua participação nesse cenário, para além dos aspectos legais e operacionais, e certamente conseguirá articular esse conhecimento com a realidade.

Convido-o, portanto, a aprofundar-se nesse universo, por meio de uma abordagem que busca aproximar ciência e técnica, o fazer e o pensar, contribuindo para a formação não apenas de indivíduos capacitados para atender às demandas requeridas pelo mercado de trabalho, mas de pessoas integralmente desenvolvidas. Dessa maneira, você terá mais recurso para atuar enquanto ser social, ou seja, como instrumento de mudança, capaz de gerar melhorias para si e para o seu entorno. Vamos lá?



O **tecnicismo** é uma tendência pedagógica inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade. Para conhecer mais, acesse o artigo de Silva (2016):





# **INTRODUÇÃO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ASPECTOS GERAIS**

**1**



Nesta unidade temática, serão abordadas condições históricas, conceituais, legais e instrumentais sobre o PE como um todo, dando ênfase aos seguintes assuntos:

**1**

O que são as teorias, os modelos conceituais e os metaparadigmas de enfermagem, sua importância e relação com o PE

**2**

O que é o PE, quais são as suas características, seu significado e sua relevância

**3**

Os aspectos legais sobre o PE

**4**

A importância da participação do técnico de enfermagem no PE

**5**

As implicações e desafios relacionados à implantação do PE

Espera-se que, ao final desta unidade temática, você seja capaz de compreender os aspectos elencados acima e de aplicar esse conhecimento. Vamos lá?

## 1.1 Sobre a teorização acerca da profissão

A enfermagem originou-se de práticas antigas e passou por várias transformações ao longo do tempo, de acordo com as mudanças no modo de vida e reprodução da sociedade. Muitas características associadas, ainda hoje, à enfermagem – como abnegação, caridade, espírito de servidão – têm origem nesse processo histórico.

Mesmo tendo se tornado uma profissão, a enfermagem seguiu carente de conhecimentos próprios, orientada, diversas vezes, por esses estigmas e pelos saberes de outras profissões. Seu fazer apoiou-se principalmente em ações curativistas, focadas na doença e na medicalização, incorporando, assim, os princípios norteadores do modelo de saúde biomédico.

Sob influência de vários fatores, tais como: guerras mundiais; desenvolvimento das ciências e da educação; modificações socioeconômicas e políticas; enfermeiras, seguindo o exemplo de **Florence Nightingale**, começaram a desenvolver uma base conceitual e teórica para a enfermagem.



### Florence Nightingale

inaugurou a era da Enfermagem Moderna, trazendo à tona a necessidade da teorização, a partir de um corpo de conhecimentos próprios. Ela foi pioneira no tratamento de feridos em batalhas, e sua história é retratada no filme “Florence Nightingale”. Dirigido por Darly Duke, o filme foi lançado em 1985, nos Estados Unidos e tem a duração de 138 minutos. Vamos relembrar essa trajetória? Para assistir ao filme, acesse:



Com a necessidade de fortalecer a enfermagem enquanto profissão, esse processo se intensificou a partir da segunda metade do século XX, quando várias construções teóricas foram criadas, principalmente por enfermeiras norte-americanas.

Em algum momento da sua formação, seja no ensino fundamental ou médio, você já ouviu falar de teorias? Na enfermagem, elas possuem as mesmas características das teorias de outras áreas: são um conjunto de conhecimentos e princípios que explicam, sustentam, relacionam, orientam e preveem acontecimentos de maneira concreta e específica. Já os modelos conceituais referem-se a ideias mais gerais e abstratas sobre indivíduos, grupos, situações e eventos de interesse para uma disciplina.

Apesar dessas e de outras diferenças que podem ser apontadas entre as teorias e os modelos conceituais, de modo geral, eles são criados para guiar as ações do homem e, na enfermagem, buscam responder a questões como: O que é o cuidado? Qual a função da enfermagem na manutenção ou reestabelecimento da saúde? Como ela deve atuar? Quem é o ser alvo do cuidado? Em que a profissão deve se pautar?

Essas construções teóricas direcionam o cuidado, que se efetiva por meio do PE. Elas auxiliam a organizar o conhecimento, apontam o foco e o propósito esperado para a assistência e trazem esclarecimentos sobre os aspectos intelectuais, interacionais, morais e éticos associados à profissão e ao seu fazer. Apresentam, ainda, reflexões sobre os metaparadigmas, que são os conceitos centrais de uma disciplina e que, no caso em questão, situam-se em torno da pessoa alvo do cuidado, do ambiente, da saúde e da atuação da enfermagem.

Você conhece a Teoria Ambientalista de Florence? Nela, os metaparadigmas são relacionados da seguinte forma: a enfermagem influencia o ambiente por meio de condições favoráveis de iluminação, temperatura, odores, sons e iluminação, fazendo com que o indivíduo seja colocado na melhor condição para que a natureza aja, produzindo a cura. A saúde e a doença passam a ser um processo reparador, no qual o ambiente, ao influenciar na condição

humana, tem uma atuação reparadora, a partir da otimização dos elementos físicos gerenciada pela enfermagem.

No país, a primeira enfermeira a teorizar sobre o cuidado de enfermagem foi Wanda Horta, por volta da década de 1970, influenciando fortemente no desenvolvimento do PE em todo o Brasil. Ela embasou-se na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow e na teoria de João Mohana para elaborar o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Para Maslow, as necessidades fisiológicas, de segurança, amor, estima e autorrealização possuem uma hierarquia, de forma que o indivíduo precisa satisfazer as primeiras em direção às últimas.

No que se refere às dimensões, João Mohana classificou as necessidades humanas básicas em três grandes grupos: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Cada um deles inclui as seguintes NHB, apresentadas na Figura 1:

**Figura 1 - As necessidades humanas básicas classificadas segundo João Mohana**



Fonte: Elaborada pela autora com base em Horta (2011).



Neste momento, você pode estar se perguntando: “E como tudo isso se relaciona no modelo conceitual de Horta?” Vamos ver?

A pessoa sendo mente, corpo e espírito, e parte integrante do universo dinâmico, está sujeita a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço. Assim, há uma troca contínua de energia entre ambos, capaz de provocar alterações que levam a estados de equilíbrio e de desequilíbrio. Nesse contexto, a enfermagem, parte integrante da equipe de saúde, assiste o ser humano no atendimento às suas necessidades básicas, atuando por meio do PE, como “gente que cuida de gente”. Por intermédio de ações inter-relacionadas de caráter preventivo e curativo, ela busca tornar o indivíduo independente dessa assistência, o mais breve possível, mediante o ensino do autocuidado.



Você já escutou a música Comida, dos Titãs? Ela foi escrita por Antunes, Fromer e Brito, em 1987. Para assistir ao clipe oficial, acesse:



Agora, observe com atenção a letra desta música:

Bebida é água  
Comida é pasto  
Você tem sede de quê?  
Você tem fome de quê?

A gente não quer só comida  
A gente quer comida, diversão e arte  
A gente não quer só comida  
A gente quer saída para qualquer parte  
A gente não quer só comida  
A gente quer bebida, diversão, balé  
A gente não quer só comida  
A gente quer a vida como a vida quer

Bebida é água  
Comida é pasto  
Você tem sede de quê?  
Você tem fome de quê?

A gente não quer só comer  
A gente quer comer e quer fazer amor  
A gente não quer só comer  
A gente quer prazer pra aliviar a dor  
A gente não quer só dinheiro  
A gente quer dinheiro e felicidade  
A gente não quer só dinheiro  
A gente quer inteiro e não pela metade

Bebida é água  
Comida é pasto  
Você tem sede de quê? (De quê?)  
Você tem fome de quê?

A gente não quer só comida  
A gente quer comida, diversão e arte  
A gente não quer só comida  
A gente quer saída para qualquer parte  
A gente não quer só comida  
A gente quer bebida, diversão, balé  
A gente não quer só comida  
A gente quer a vida como a vida quer

A gente não quer só comer  
A gente quer comer e quer fazer amor  
A gente não quer só comer  
A gente quer prazer pra aliviar a dor  
A gente não quer só dinheiro  
A gente quer dinheiro e felicidade  
A gente não quer só dinheiro  
A gente quer inteiro e não pela metade

Diversão e arte  
Para qualquer parte  
Diversão, balé  
Como a vida quer

Desejo, necessidade, vontade  
Necessidade, desejo, é  
Necessidade, vontade, é  
Necessidade



Você percebe ideias similares entre as que estão presentes na música e as que são apresentadas por Wanda Horta? Você conseguiria alocar as necessidades apontadas na música dentro da classificação biopsicosocioespíritual, proposta por João Mohana? Você se reconhece dentro dessa perspectiva multidimensional do ser?



Concluindo, as teorias e os modelos conceituais orientam a assistência de enfermagem. Portanto, são colocados em prática por meio do PE. Eles são escolhidos, caso a caso, considerando a demanda dos indivíduos assistidos e as questões éticas, filosóficas e culturais que permeiam a realidade das instituições e das pessoas envolvidas no cuidado a ser desenvolvido.

## 1.2 Conhecendo melhor o PE

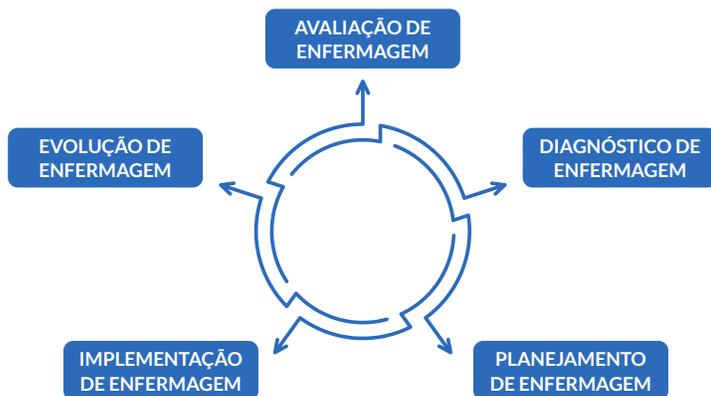
O PE é um método científico composto por etapas, a partir do qual a equipe de enfermagem desenvolve o cuidado sistematizado, intencional e sustentado por teorias ou modelos conceituais. O termo “processo de enfermagem” foi descrito pela primeira vez em 1955, por Lídia Hall, como a reação/ação do enfermeiro frente ao comportamento do paciente. Dessa época pra cá, o conceito foi sendo modificado, em função das construções teóricas utilizadas.

No Brasil, o PE foi regulamentado inicialmente pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) n.º 272/2002, depois pela Resolução Cofen n.º 358/2009 e, agora, ele é regido pela Resolução Cofen n.º 736/2024. De acordo com a Resolução Cofen n.º 736/2024, o PE é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas. São elas:

- I** **Avaliação de Enfermagem:** Equivale à coleta de informações sobre a pessoa, família, coletividade e grupos especiais, por meio do auxílio de técnicas, visando conhecer suas necessidades relevantes para a prática, associadas ao cuidado de enfermagem e saúde;
- II** **Diagnóstico de Enfermagem:** Compreende a identificação, o julgamento clínico e a classificação de necessidades estabelecidas, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde;
- III** **Planejamento de Enfermagem:** Trata do desenvolvimento de um plano assistencial, composto por ações e intervenções, com resultados claros a serem alcançados, para atender a demandas e situações classificadas na etapa anterior;
- IV** **Implementação de Enfermagem:** É a execução das ações e intervenções de enfermagem determinadas no planejamento;
- V** **Evolução de Enfermagem:** Configura-se como um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, da família, da coletividade e dos grupos especiais, para verificar se as ações e intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, assim como para avaliar a necessidade de mudanças e adaptações no PE.

Partindo dessas cinco etapas, que interagem entre si continuamente (Figura 2), o cuidado é prestado.

**Figura 2 – As etapas do processo de enfermagem**



Fonte: Elaborada pela autora (2023).



Você percebeu que as etapas foram apresentadas seguindo uma sequência lógica? Será que essa sequência é sempre mantida na prática? Vejamos.

Uma senhora de 61 anos deu entrada no pronto-socorro após sofrer um grave acidente automobilístico, que resultou em um extenso ferimento na perna. Ela apresentava hipotensão severa, pele pálida, fria e pegajosa, taquicardia e confusão mental. Imediatamente, foram prescritas diversas medicações de emergência e a enfermagem instituiu cuidados relacionados ao posicionamento no leito, curativo, punção venosa, oxigenoterapia, monitorização dos dados vitais, entre outros, ao mesmo tempo em que fazia perguntas à acompanhante da senhora, como: “Sabe me informar se ela tem alergia a medicações, se usa algum medicamento ou se possui alguma doença?”

Com relação a esse caso específico, responda:

1. Foram apresentadas atividades referentes a qual(is) etapa(s) do PE?
2. A sequência das etapas ocorreu conforme a sequência inicialmente apresentada a você?
3. Mediante esse exemplo, comente o que é possível concluir acerca da sequência das etapas do PE.



Blank lined area for writing or drawing, intended for the exercise.

Agora, veja outras determinações presentes na Resolução n.º 358/2009:

O PE deve se basear em construções teórico-científicas, tais como teorias ou modelos conceituais;

O desenvolvimento do PE deve ocorrer em todos os ambientes onde haja o cuidado de enfermagem, incluindo serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, consultórios e clínicas particulares, entre outros;

O seu ensino precisa ser estabelecido, de modo transversal e gradativo, nos cursos técnicos de enfermagem, na graduação e pós-graduação de enfermagem e, de forma continuada e permanente, nos serviços de saúde;

O PE deve ser registrado formalmente nos prontuários do ser alvo do cuidado, cabendo ao enfermeiro o registro de todas as suas etapas e, ao técnico e ao auxiliar de enfermagem, o registro das anotações de enfermagem;

O PE é executado pela equipe de enfermagem;

Ao enfermeiro, incumbe a liderança na execução e avaliação do PE, sendo-lhe privativos o diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas;

No que se refere à parte de execução do PE, o técnico e o auxiliar de enfermagem participam na avaliação inicial, na implementação das ações/atividades e na reavaliação/avaliação final, sob a supervisão e orientação do enfermeiro.

Ficou perceptível para você que, segundo a legislação, o técnico de enfermagem participa transversalmente de todo o PE, por meio das suas anotações de enfermagem? Já a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e da prescrição dos cuidados são privativas ao enfermeiro. A prescrição deve ser efetuada pelo enfermeiro na etapa de planejamento de enfermagem, porém, a execução, que ocorre na etapa de implementação, é de responsabilidade de toda a equipe de enfermagem.

A participação do técnico de enfermagem no PE é indispensável! Além de ser o responsável pela execução de grande parte dos cuidados prestados, geralmente, ele é quem passa o maior tempo junto à pessoa assistida, o que lhe permite identificar previamente alterações decorrentes de necessidades e novas condições. Portanto, é necessário que você compreenda o PE na íntegra, consiga perceber como as etapas se relacionam e qual a função de cada categoria profissional na sua realização.



A Resolução n.º 736/2024 foi recentemente aprovada. Ela substituiu a Resolução n.º 358/2009 e incorporou avanços que já eram observados no campo teórico-científico, especialmente aqueles que tratam das tecnologias, dos processos e das ações que compõem o PE. Além disso, ela explicita melhor a participação e a importância do técnico de enfermagem no PE, dando maior visibilidade à necessidade dessa integração. Para conhecê-la na íntegra, vá até o final do material e consulte o Anexo A.

Para o desenvolvimento do PE, podem ser utilizados, além das construções teóricas, outros recursos técnico-científicos, como escalas de avaliação, protocolos e sistemas de classificação. Esses sistemas de classificação – também conhecidos como taxonomias ou terminologia – têm o propósito de estabelecer uma linguagem comum, padronizada, para descrever o cuidado em enfermagem. Entre as diversas taxonomias existentes, são bastante

conhecidas a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®); os Diagnósticos de Enfermagem NANDA Internacional (NANDA-I); a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC); e a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC). Além disso, é indispensável que o PE seja guiado pelo **raciocínio clínico**.



**Raciocínio clínico:** é compreendido como o processo de pensamento e de tomada de decisão, integrado na prática clínica para o atendimento aos indivíduos. Para saber mais, acesse o artigo de Carvalho; Oliveira-Kumakura; Morais (2017):



Você já ouviu a expressão “**enfermagem por amor**”? Ela é bastante difundida e utilizada como forma de referenciar a dedicação e os aspectos humanos envolvidos na assistência prestada pelos profissionais de enfermagem. Entretanto, você percebe que essa mesma expressão pode colocar em segundo plano o fato de que a enfermagem é uma profissão e, como tal, possui conhecimentos técnicos e científicos próprios, intenção e autonomia nas suas ações, necessitando de condições dignas de trabalho?

Será que a expressão “**enfermagem com amor**” não traduziria melhor a relevância dos aspectos interpessoais, morais e éticos inerentes à prática da enfermagem, sem minimizar seu status enquanto profissão? Sabemos que as palavras por si só não mudam a realidade. Porém, manter os mesmos hábitos não pode ser uma forma de reforçar esse estereótipo, entre tantos que a profissão já carrega? O que você pensa sobre isso?

## 1.3 Implicações e desafios relacionados à implantação do PE

Pelo que já foi exposto até o momento, você consegue perceber as possíveis contribuições associadas ao estabelecimento do PE, tanto para a pessoa cuidada quanto para a profissão? Vamos reforçar e recapitular as principais? Podemos elencar:

**1. Percepção holística do ser:** Além de se apoiar em teorias e modelos conceituais que contemplam diversas dimensões do ser humano, toda a sua estrutura é voltada para atender às demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do indivíduo. Assim, são respeitadas a individualidade e as crenças da pessoa, e diagnosticadas as suas condições e necessidades, cuidando para que tais necessidades sejam supridas e a independência seja restaurada. A compreensão de todo esse conjunto contribui para uma visão ampliada, que vai além da doença, na qual o ser é cuidado na sua completude, ou seja, integralmente;

**2. Auxílio na promoção da saúde:** Sobre a sua aplicabilidade, o PE é desenvolvido não só quando há um problema de saúde estabelecido, mas também quando se busca a prevenção de doenças, a educação e o **letramento em saúde**. O PE é flexível, ou seja, aplica-se ao nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde, bem como a qualquer especialidade, permitindo o fortalecimento da integralidade do cuidado;



### O letramento em saúde

é um processo educativo que gera conhecimento e capacidade para que o indivíduo possa acessar, entender, avaliar e utilizar informações e serviços para a tomada de decisões sobre sua saúde de maneira bem fundamentada. Para conhecer mais, acesse o artigo de Martins *et al.* (2022):



**3. União dos aspectos gerenciais e executivos do cuidado:** No que se refere à organização da profissão, a categorização entre profissionais de nível médio e superior certamente auxiliou para que a divisão técnica e social do trabalho se tornasse ainda mais evidente na enfermagem. Como resultado dessa fragmentação, motivada pela necessidade de mão de obra e pelo panorama de saúde – educacional e social da época –, houve também a ruptura do cuidar. Os enfermeiros ficaram a cargo do gerenciamento e da instrução, enquanto os profissionais de nível médio passaram a ser os responsáveis diretos pela execução. Para o desenvolvimento do PE, é necessária a união entre as categorias da profissão, um diálogo permanente para o alcance dos objetivos, além de acesso ao conhecimento das bases científicas do cuidado a todos os seus integrantes. Isso aproxima a teoria e a prática, a ciência e a técnica, o fazer e o pensar, resgatando a interação entre o trabalho manual e o trabalho científico, já que um não se faz sem o outro dentro do PE;

**4. Fortalecimento da profissão:** A união consciente e sistemática no processo de cuidar, entre o planejamento e a execução, faz com que a assistência, às vezes exercida de forma espontânea e isenta de planejamento e cientificidade, tenha o seu poder clínico e científico reafirmado. Esse entendimento pode contribuir para o fortalecimento, empoderamento e desenvolvimento da identidade profissional da enfermagem, como uma ciência autônoma e criativa, dotada de conhecimentos e de fazer próprios. A equipe de enfermagem tem a possibilidade de modificar relações de poder quando compreende o que faz, apreende o seu trabalho e o institui adequadamente, construindo novas relações com o mundo, entre si, com outros profissionais, usuários e gestores;

**5. Otimização do serviço:** Além dos benefícios relacionados a um cuidado mais abrangente, espera-se que os erros resultantes de um ambiente de trabalho desorganizado sejam minimizados e que a comunicação entre os profissionais seja aprimorada. A exigência de documentação de todo o PE disponibiliza informações que podem ser utilizadas para otimizar a assistência no ensino e, principalmente, na pesquisa.

Sobre as dificuldades para a efetivação do PE, pode-se apontar: a falta de conhecimento, preparo e interesse da equipe de enfermagem e gestores em

relação ao PE; ausência de capacitações; reduzido número de profissionais de enfermagem; e a sobrecarga de trabalho.

Agora, muita atenção. Você compreende que, mesmo efetivado, é indispensável que o PE não se limite a um modo de fazer, a uma questão legal, ou persista basicamente como uma atividade burocrática, perdendo toda a sua essência? Para ultrapassar o aspecto instrumental e operacional e alcançar os objetivos aos quais o PE se propõe, é necessário entender o sentido desse cuidado proposto, sua dimensão político-social e seu significado para todos os envolvidos nessa dinâmica!



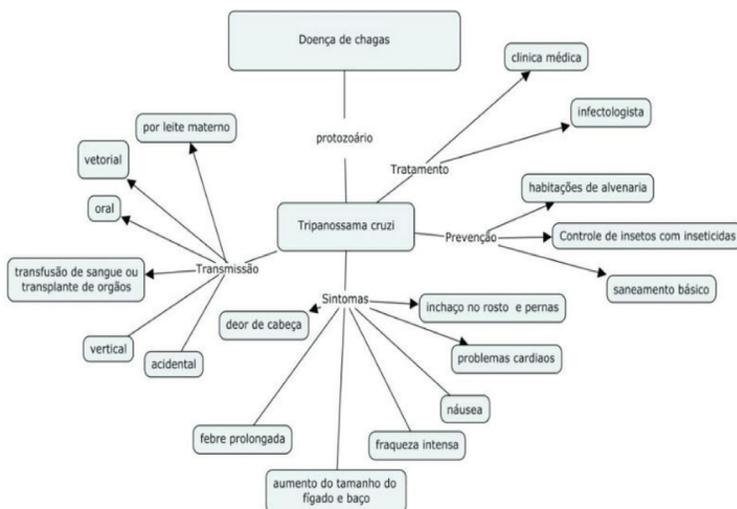
Pode ser que você venha a ver o termo SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) sendo utilizado como sinônimo de Processo de Enfermagem. Entretanto, não se trata do mesmo fenômeno. Enquanto o PE é um método para o desenvolvimento do cuidado, a SAE busca organizar o trabalho profissional em diversos âmbitos, ou seja, ocupa-se da gestão, tornando possível a operacionalização do PE.





Para que você possa apreender melhor os aspectos gerais relacionados ao PE, construa um mapa conceitual sobre ele, considerando seus objetivos, benefícios, dificuldades de implantação, suas etapas e outros aspectos que julgar pertinentes.

O mapa conceitual é uma ferramenta que representa, de forma gráfica, as relações entre as ideias de um tema. Ele ajuda a organizar conceitos e informações de modo esquematizado, criando ligações entre os diferentes aspectos que fazem parte de determinado conhecimento. Um mapa conceitual é um instrumento dinâmico, que reflete a compreensão de quem o faz, em um dado momento. Veja o exemplo de um mapa conceitual, disposto na Figura 3:



Fonte: Santos; Silva; Porto (2020).

## COMO CONSTRUIR O SEU MAPA CONCEITUAL:

- 1 Identifique os conceitos-chave do conteúdo que você mapeará e coloque-os em uma lista;
- 2 Ordene os conceitos, colocando o mais geral e inclusivo no topo ou no centro do mapa e, gradualmente, agregue os demais até completar o diagrama;
- 3 Conecte os conceitos com linhas e insira mais palavras de ligação que explicitem a relação entre eles. Os conceitos e as palavras de ligação devem sugerir uma proposição que expresse o significado da relação;
- 4 Exemplos podem ser agregados ao mapa, embaixo dos conceitos correspondentes. Em geral, os exemplos ficam na parte inferior do mapa;
- 5 Geralmente o projeto inicial de um mapa tem simetria pobre e alguns conceitos ou grupos de conceitos acabam mal situados em relação a outros que estão mais relacionados;
- 6 Talvez, neste ponto você já comece a imaginar outras maneiras de fazer o mapa e de hierarquizar os conceitos. Lembre-se de que não há um único modo de traçar um mapa conceitual. À medida que muda sua compreensão sobre as relações entre os conceitos – ou à medida que você aprende – seu mapa também poderá mudar;
- 7 Compartilhe seu mapa com alguém. O mapa conceitual é um bom instrumento para compartilhar, trocar e reformular significados.



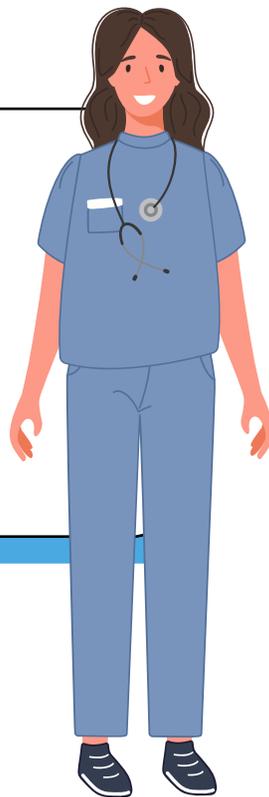
Nesta unidade, abordamos:

- O que é o PE, sua composição e características;
- A importância das teorias e dos modelos conceituais de enfermagem;
- As determinações legais sobre o PE;
- A importância da participação do técnico de enfermagem no PE;
- A existência de sistemas de classificações aplicáveis ao PE;
- Os benefícios e desafios relacionados à implementação do PE.



**Parabéns por ter chegado até aqui!**

Agora que você já conhece os aspectos gerais acerca do PE, podemos avançar! Nas próximas unidades, trataremos das cinco etapas do PE, serão discutidas particularidades, importância, operacionalização, atribuições do técnico de enfermagem, relacionadas a cada uma delas, a começar pela Avaliação de Enfermagem. Vamos lá?



# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

2



Nesta unidade temática, serão apresentadas a primeira etapa do PE e as seguintes especificidades:

- 1** Em que essa etapa consiste;
- 2** Como ela se operacionaliza;
- 3** Aspectos relacionados à admissão de enfermagem;
- 4** A importância dessa etapa para o PE;
- 5** Como o técnico de enfermagem pode auxiliar nessa etapa;
- 6** A relevância da atuação do técnico de enfermagem para o desenvolvimento dessa etapa.

Espera-se que, ao final desta unidade temática, você seja capaz de compreender todos os aspectos elencados acima e de aplicar esse conhecimento. Vamos lá?

A primeira etapa do PE consiste na investigação do estado de saúde do indivíduo, com a finalidade de conhecê-lo, levantar suas necessidades e condições e, a partir disso, estabelecer um cuidado individualizado. Talvez você veja essa etapa sendo denominada como “Coleta de Dados” ou “Histórico de Enfermagem”. No entanto, apesar dos nomes diferentes, trata-se do mesmo fenômeno.

Ela ocorre por meio da coleta e organização dos dados pertinentes à saúde da pessoa, da família, da coletividade e dos grupos especiais, realizada com o auxílio de diversas técnicas e recursos (laboratorial e de imagem; testes clínicos; escalas de avaliação validadas; protocolos institucionais; entre outros). Esses dados podem ser classificados em:

#### Dados subjetivos

São aqueles relatados.  
*Exemplo: “Me sinto fraco e cansado”*

#### Dados objetivos

São aqueles observáveis, mensuráveis.  
*Exemplo: Palidez cutânea*

Com relação à fonte, os dados podem ser divididos em:

#### Diretos

São aqueles coletados diretamente, com o indivíduo alvo do cuidado.  
*Exemplo: “Estou procurando a unidade de saúde porque minha cabeça dói”*

#### Indiretos

São aqueles coletados por meio de outras pessoas, prontuários, relatórios, exames.  
*Exemplo: Ausência de registro da vacinação antitetânica no cartão vacinal*

Assim, o enfermeiro realiza a avaliação utilizando vários recursos, entre eles, a anamnese e o exame físico, que podem ser descritos da seguinte forma:

**Anamnese:** Contempla a coleta de informações junto ao indivíduo sobre o seu estado de saúde, doença, hábitos e condições de vida;

**Exame físico:** Consiste no exame clínico da pessoa, realizado a partir da aplicação de técnicas como a **inspeção, palpação, percussão e ausculta.**



**Inspeção:** é uma técnica que utiliza visão e olfato para avaliar odores, cores, formas, simetria, cavidades corpóreas.

**Palpação:** serve para identificar o que não é visível na inspeção, como massas ou nódulos corporais, a partir do uso das mãos.

**Percussão:** consiste em golpear a superfície do corpo de forma rápida e aguda, a fim de duzir sons que permitam ao examinador determinar a posição, o tamanho e a densidade de uma estrutura corporal.

**Ausculta:** é uma técnica utilizada para ouvir os sons corporais.

A sua participação nessa etapa é muito importante. Logo que o indivíduo é admitido no setor ou serviço, você, enquanto técnico de enfermagem, deve realizar a admissão o quanto antes. Sobre esse procedimento, existem recomendações referentes ao que deve ser apurado e anotado no prontuário (Quadro 1). Veja só:

#### **Quadro 1 – Admissão: o que anotar?**

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Procedência do paciente;
- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
- Nível de consciência (lucidez, orientação);
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- Presença de lesões prévias e sua localização (feridas corto-contusas, hematoma, úlceras de pressão ou crônicas e outras);
- Descrever deficiências;
- Uso de próteses ou órteses;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimentos e cuidados realizados conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção, etc.);
- Rol de valores e pertences da pessoa admitida;
- Orientações prestadas;
- Nome completo, identificação da categoria profissional e o número da inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (Coren) do responsável pela admissão.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base em Cofen (2016).

Após a realização da coleta inicial de dados, alguns achados importantes precisam ser compartilhados entre o técnico e o enfermeiro. As condições, alterações, queixas e necessidades observadas servirão como base para nortear as demais etapas do PE. Portanto, é essencial que você colha e registre as informações de maneira exata, precisa e completa.

A relação estabelecida com a pessoa alvo do cuidado, nesse primeiro momento, é fundamental para uma investigação bem-sucedida. Logo, esse contato deve ser o mais acolhedor e humano possível. Evite juízos de valor e prejulgamentos, use uma linguagem acessível e seja um ouvinte e observador atento!



Joana Silva, 78 anos, foi internada na clínica médica por volta das 12h00 devido a um quadro de “falta de ar” e febre, com início há cerca de dois dias. Após retornar do intervalo do almoço, o enfermeiro realizou a sua anamnese e o exame físico e, assim, entre outras coisas, constatou que ela estava sem acompanhante, sonolenta, desorientada, afebril, apresentava 25 **irpm**. Diante da necessidade de dar continuidade à assistência de maneira eficaz, ele precisava saber se essas condições supracitadas eram as mesmas no momento em que ela foi admitida no setor. Ao verificar a admissão realizada pelo técnico de enfermagem, enfermeiro encontrou os seguintes registros:

ADMISSÃO DE ENFERMAGEM CLÍNICA MÉDICA		
<b>Nome:</b> Joana Silva	<b>Idade:</b> 78	<b>Quarto/Leito:</b> 24/2
<b>MOTIVO</b> – Foi admitida nesse setor às 12h:30, para tratamento de pneumonia, proveniente do pronto atendimento. Chegou de cadeira de rodas, acompanhada pela filha.		
<b>DADOS INICIAIS</b> – Sem relato de outras doenças, alergias, deficiências, déficit, uso de medicações em domicílio, próteses ou órteses. Queixa de dor da região do tórax e abdome, não aceitou o almoço, relato de fezes ausentes e urina presente. Está consciente, desperta, desorientada, apresenta boas condições de higiene, sem lesões visíveis pelo corpo, veio em soroterapia, oxigenoterapia e com punção venosa na mão esquerda. _____		
<b>CUIDADOS</b> – Foram verificados os sinais vitais: 38,6°C <b>tax</b> , 90 <b>bcm</b> , 92 <b>ppm</b> , 32 <b>irpm</b> , <b>PA</b> 140x90 <b>mmhg</b> . Coletado sangue para realização de exames. Mantido a oxigenoterapia, a soroterapia e administrado dipirona e antibiótico, conforme a prescrição médica. Fornecidas orientações quanto às rotinas do setor. _____		
Assinatura e carimbo do técnico de enfermagem		Data: 28/12/2024







# DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

3



Nesta unidade temática, serão apresentadas a segunda etapa do PE e as seguintes especificidades:

- 1 O que é o Diagnóstico de Enfermagem (DE);
- 2 Como ele se estrutura;
- 3 O significado dos DEs;
- 4 A importância dessa etapa para o PE;
- 5 Como os DEs fornecem informações importantes que auxiliam o técnico de enfermagem a entender os aspectos associados às necessidades apresentadas e ao cuidado proposto;
- 6 Como o técnico de enfermagem pode auxiliar na identificação precoce de alterações relacionadas às necessidades a serem diagnosticadas pelo enfermeiro.

Espera-se que, ao final desta unidade temática, você seja capaz de compreender todos os aspectos elencados acima e de aplicar esse conhecimento. Vamos lá?

O DE é um julgamento clínico a respeito das respostas humanas atuais ou potenciais frente aos processos de vida e saúde. Para isso, são analisados e interpretados os dados obtidos na primeira etapa do PE, a fim de determinar as condições, as necessidades reais e os riscos relacionados à pessoa, à família e à comunidade, com base em uma classificação padronizada.

Assim, após a avaliação inicial, o enfermeiro, a partir do seu julgamento clínico e utilizando um sistema de classificação, irá formalizar, por meio dos DEs, as demandas e condições observadas. Essa ação é privativa do enfermeiro, o que não significa que o conhecimento acerca dessa etapa seja irrelevante para as outras categorias da profissão. Pelo contrário, essa compreensão é fundamental para que você entenda e contribua para todas as demais etapas do PE.

Atualmente, a classificação mais utilizada para esse fim é a proposta pela NANDA International (NANDA-I) e, por isso, foi a adotada como referência nesse estudo. Periodicamente, seus diagnósticos são revistos, e uma nova versão com a relação dos DE é publicada.

Os DEs podem ser classificados em três grupos principais. São eles:

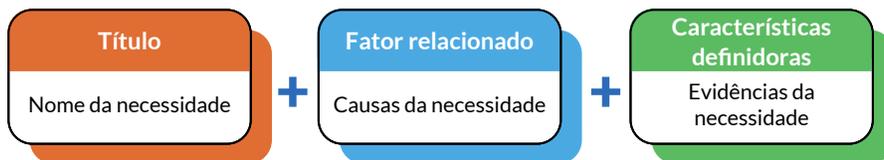
**1. Diagnóstico com foco no problema:** Trata-se dos diagnósticos relacionados ao julgamento clínico sobre uma resposta humana indesejável já instalada, frente a uma condição de saúde ou processo da vida do indivíduo, da família ou da comunidade;

**2. Diagnóstico de risco:** Trata-se dos diagnósticos relacionados ao julgamento clínico sobre uma possível resposta humana indesejável ou deterioração a ser desenvolvida, frente a uma condição de saúde ou processo da vida do indivíduo, da família ou da comunidade;

**3. Diagnóstico de promoção da saúde:** Trata-se dos diagnósticos relacionados ao julgamento clínico sobre a prontidão e o desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde.

Cada DE possui um **código**, que é uma numeração, e apresenta composições diferentes, de acordo com o grupo ao qual pertence.

O diagnóstico com foco no problema é composto por:



Acompanhe este exemplo: Ao atender uma criança na unidade básica, o enfermeiro identifica que ela está gemendo, apresenta os olhos fechados e testa franzida por causa da dor, decorrente de uma pneumonia bacteriana que desenvolveu há dois dias. Diante disso, ele realiza o julgamento clínico necessário e consulta a classificação (Quadro 2):

Quadro 2 – Diagnóstico: dor aguda

<b>Domínio 12 • Conforto</b>	
Classe 1 • Conforto físico	Código de Diagnóstico <b>00132</b>
<b>Dor aguda</b>	
Aprovado em 1996 • Revisado em 2013, 2023 • Nível de evidência 2.1	
<b>Definição</b> Experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante à associada a um dano tecidual real ou potencial, com duração inferior a 3 meses.	
<b>Características definidoras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão facial de dor</li> <li>• Hipervigilância à dor</li> <li>• Intensidade da dor avaliada por um instrumento de avaliação padronizado e validado</li> <li>• Parâmetro fisiológico alterado</li> <li>• Posição para aliviar a dor</li> <li>• Pupilas dilatadas</li> <li>• Relato verbal de dor</li> <li>• Representante relata comportamento de dor</li> <li>• Representante relata mudanças nas atividades</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apetite inadequado</li> <li>• Características da dor avaliadas por um instrumento de avaliação padronizado e validado</li> <li>• Comportamento de distração</li> <li>• Comportamento expressivo</li> <li>• Comportamentos protetores</li> <li>• Desesperança</li> <li>• Diaforese</li> <li>• Evidência de dor usando checklist padronizado de avaliação de comportamento de dor para aqueles que não conseguem se comunicar verbalmente</li> </ul>	
<b>Fatores relacionados</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agente biológico lesivo</li> <li>• Agente físico lesivo</li> <li>• Uso inadequado de agente químico</li> </ul>	

Fonte: Herdman, Kamitsuru, Lopes (2024).

Assim, ele estabelece o seguinte diagnóstico:

00132 – Dor aguda relacionada a agente biológico lesivo evidenciada por comportamento expressivo e expressão facial de dor

O diagnóstico de risco é composto por:



Acompanhe este exemplo: Ao atender um idoso que foi institucionalizado em uma casa de repouso recentemente, ele relata à enfermeira sua preocupação em não conseguir evacuar, pois, sempre que viaja, sente vergonha de compartilhar o banheiro com outras pessoas, e, além disso, tem o hábito de ficar mais deitado e de beber pouca água. Diante disso, ela realiza o julgamento clínico necessário e consulta a classificação (Quadro 3):

Quadro 3 – Diagnóstico: risco de constipação funcional crônica

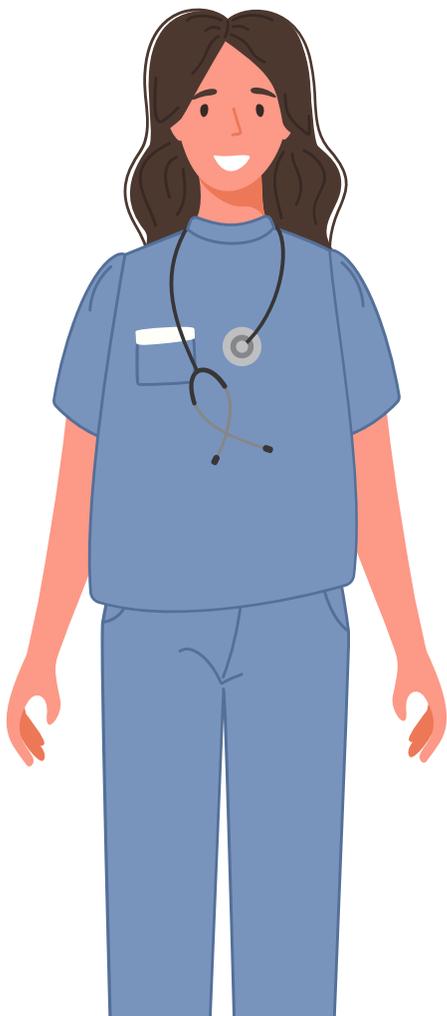
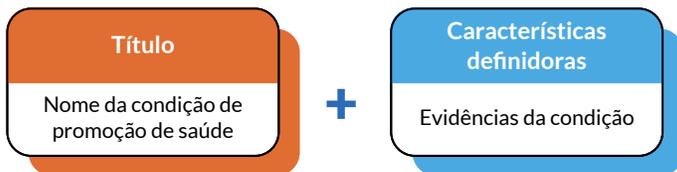
<b>Domínio 13 • Eliminação e troca</b>	
Classe 2 • Função gastrointestinal	Código de Diagnóstico 00236
<b>Risco de constipação funcional crônica</b>	
Aprovado em 2013 • Revisado em 2017, 2023 • Nível de evidência 2.2	
<b>Definição</b> Suscetibilidade a evacuação das fezes infrequente ou difícil por um período prolongado de tempo.	
<b>Fatores de risco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingestão alimentar diminuída</li> <li>• Ingestão calórica inadequada</li> <li>• Ingestão de líquidos inadequada</li> <li>• Ingestão inadequada de fibras</li> <li>• Ingestão nutricional inadequada</li> <li>• Mobilidade física prejudicada</li> <li>• Síndrome da fragilidade do idoso (00353)</li> <li>• Volume de líquidos inadequado</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamentos sedentários</li> <li>• Conhecimento inadequado dos fatores modificáveis</li> <li>• Costuma ignorar a urgência para evacuar</li> <li>• Dieta desproporcionalmente rica em gorduras</li> <li>• Dieta desproporcionalmente rica em proteínas</li> </ul>	
<b>Populações em risco</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes</li> <li>• Idosos</li> </ul>	

Fonte: Herdman, Kamitsuru, Lopes (2024).

Assim, ela estabelece o seguinte diagnóstico:

00015 - Risco de constipação funcional crônica relacionado a comportamentos sedentários e ingestão inadequada de líquidos

O diagnóstico de promoção da saúde é composto por:



Acompanhe este exemplo: Em um atendimento a uma senhora de 66 anos, ela refere ao enfermeiro vontade de obter mais informações para mudar alguns costumes, a fim de prevenir doenças como “pressão alta” e diabetes. Além disso, pergunta se na unidade há algum profissional que possa esclarecer dúvidas sobre “direitos” dos idosos e ajudar no acompanhamento dessas mudanças de hábitos. Relata que já faz caminhada diariamente e que suas principais dificuldades são relacionadas à alimentação. Diante disso, o enfermeiro realiza o julgamento clínico necessário e consulta a classificação (Quadro 4):

#### Quadro 4 – Diagnóstico: disposição para letramento em saúde melhorado

<b>Domínio 1 • Promoção da saúde</b> Classe 2 • Gestão da saúde	Código de Diagnóstico <b>00262</b>
<b>Disposição para letramento em saúde melhorado</b>	
Aprovado em 2016 • Revisado em 2023 • Nível de evidência 2.1	
<b>Definição</b> Padrão de obtenção, avaliação e aplicação de informações e serviços básicos de saúde necessários à tomada de decisão de saúde, que pode ser fortalecido.	
<b>Características definidoras</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Deseja melhorar a compreensão de informações de saúde para fazer escolhas de cuidados de saúde</li><li>• Deseja melhorar a comunicação sobre saúde com a equipe de saúde</li><li>• Deseja melhorar a conscientização sobre processos cívicos e/ou governamentais que impactam a saúde pública</li><li>• Deseja melhorar a habilidade de ler, escrever, falar e interpretar números para as necessidades de saúde cotidianas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Deseja melhorar a tomada de decisão sobre cuidados de saúde pessoais</li><li>• Deseja melhorar o apoio social</li><li>• Deseja melhorar o conhecimento sobre os determinantes de saúde atuais em ambientes sociais e físicos</li><li>• Deseja obter informações suficientes para navegar no sistema de saúde</li></ul>

Fonte: Herdman, Kamitsuru, Lopes (2024).

Assim, ele estabelece o seguinte diagnóstico:

**00262** – **Disposição para letramento em saúde melhorado** evidenciada por desejo de melhorar a tomada de decisão sobre cuidados de saúde pessoais, a conscientização sobre processos cívicos e/ou governamentais que impactam a saúde pública e a compreensão de informações de saúde para fazer escolhas de cuidados de saúde



Você percebeu que apenas os diagnósticos com foco no problema são compostos por três partes? Somente esse tipo de DE possui fator relacionado. A essa altura, você pode estar se perguntando: “Quantos diagnósticos uma pessoa pode receber?” ou “O enfermeiro pode utilizar títulos que não existem nos sistemas de classificação?”

Então, vamos lá! Uma pessoa pode receber quantos diagnósticos forem necessários, desde que representem suas reais necessidades. Da mesma forma, é possível elencar quantos fatores relacionados/de risco ou características definidoras (evidências) forem precisos. Por fim, não, o enfermeiro não deve utilizar títulos que não estejam listados nas taxonomias existentes, pois o objetivo principal das classificações é a padronização da linguagem, baseada em evidências científicas. A incorporação de novos DEs é fundamental e ocorre regularmente, porém isso só é feito após estudos de validação.

Agora, observe o exemplo abaixo.

Maria Pereira, 87 anos, caiu da própria altura em casa após o banho e fraturou o fêmur esquerdo. Foi encaminhada imediatamente para o hospital e internada para a realização de cirurgia ortopédica. Apresenta nervosismo e baixo peso corporal. Queixa-se de dor na perna esquerda, dificuldade para se mover no leito e para se locomover, além de angústia intensa e apreensão por não saber como será sua estada no hospital.

Mediante esse breve relato, podemos listar algumas necessidades apresentadas:

- Dor;
- Dificuldade para se mover no leito e para se locomover;
- Angústia e nervosismo.

Indo além dessas necessidades, pode-se pensar em riscos iminentes: será que o fato de ela estar acamada trará dificuldades, como a de tomar banho sozinha no banheiro, ou riscos, como o desenvolvimento de uma lesão por pressão, por exemplo?

Dessa forma, o enfermeiro realiza julgamentos clínicos e define os DEs. Perceba que o foco não está no diagnóstico médico da fratura ou na doença em si, mas na condição global da pessoa. A partir desses levantamentos, dos dados colhidos na etapa anterior e de posse de um sistema de classificação, podem ser estabelecidos, entre outros, os seguintes DEs:

**00304** – Risco de lesão por pressão no adulto relacionado a mobilidade física prejudicada, pressão sobre proeminência óssea e desnutrição proteico calórica;

**00132** – Dor aguda relacionada a agente físico lesivo evidenciada por relato das características e intensidade da dor mensurada por um instrumento de avaliação padronizado e validado;

**00326** – Habilidade de banhar-se diminuída relacionada a mobilidade física prejudicada, evidenciada por dificuldade em acessar o banheiro;

**00400** – Ansiedade excessiva relacionada a situação desconhecida evidenciada por nervosismo e relato de angústia intensa.

Pode ser que você encontre documentado nos prontuários apenas os títulos dos DEs, o que é correto, desde que os fatores relacionados/de risco e as características definidoras possam ser identificadas nos demais registros de enfermagem.

Diagnosticar exige diversas habilidades e conhecimentos, sendo um procedimento bem mais complexo do que o apresentado nos exemplos. Como o

objetivo desta discussão não é o de ensinar a diagnosticar – visto que essa atribuição é exclusiva do enfermeiro –, os exemplos foram apresentados de maneira mais direta, sucinta e breve, com ênfase no produto, ou seja, no próprio DE, mais do que no processo. A intenção aqui é que você perceba a lógica existente por trás dos DEs e o que eles significam. Observe o Quadro 5:

**Quadro 5 - Informações contidas nos diagnósticos de enfermagem**

<b>Necessidade real ou potencial</b>	<b>Fatores que contribuem para o desenvolvimento do risco ou da necessidade já instalada</b>	<b>Sinais e sintomas da necessidade já instalada</b>
Risco de lesão por pressão no adulto	Mobilidade física prejudicada, pressão sobre proeminência óssea e desnutrição proteico calórica	-
Dor aguda	Agente físico lesivo (fratura)	Relato das características e intensidade da dor mensurada por um instrumento de avaliação padronizado e validado
Habilidade de banhar-se diminuída		
Ansiedade excessiva		

Fonte: Elaborado pela autora (2025).



Você notou que o quadro acima se encontra incompleto? Então, vamos completá-lo?

Faça isso atentamente, sabendo que essas informações serão fundamentais para ajudá-lo a compreender os aspectos que envolvem a causa das necessidades reais ou potenciais. Assim, você poderá entender o porquê de cada cuidado a ser realizado, já que o principal objetivo dos cuidados é reverter ou minimizar as agentes que contribuem para o risco ou para a necessidade estabelecida.

Durante todo o período de assistência, pode ser necessário que o enfermeiro altere ou crie novos DEs, então, permaneça atento! Além de registrar as alterações que surgirem nas anotações de enfermagem, sempre reporte esses fatos ao enfermeiro, a fim de otimizar os processos e, conseqüentemente, o cuidado oferecido.

Pelo que foi abordado até o momento, você percebe que não há como ter DE predeterminados ou DE para doenças? Eles são individualizados e se baseiam nas respostas de cada indivíduo, família ou comunidade diante de uma determinada situação. Isso exige um conhecimento amplo sobre o ser alvo do cuidado. Por esse motivo, são tão importantes uma coleta inicial de dados bem-feita, a observação atenta e constante, e o estabelecimento e a manutenção de uma boa relação interpessoal entre a equipe de enfermagem e a pessoa assistida.

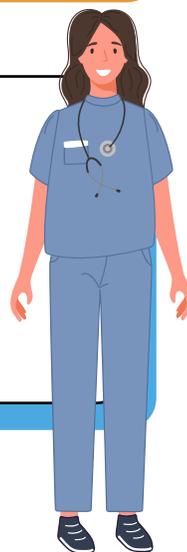


Nesta unidade, abordamos:

- O que são os DEs;
- Os tipos e a estrutura dos DEs;
- O significado dos DEs;
- A importância de onico de enfermagem compreender os DEs e reportar ao enfermeiro alterações decorrentes de necessidades que possam implicar novos DEs.



**Parabéns por ter chegado até aqui!** Agora que você já conhece a segunda etapa do PE, podemos avançar! Na próxima unidade, trataremos da terceira etapa do PE: Planejamento de Enfermagem. Vamos lá?





# PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

4



Nesta unidade temática, serão apresentadas a terceira etapa do PE e as seguintes especificidades:

- 1** O que é o planejamento de enfermagem;
- 2** Como ele se operacionaliza;
- 3** As ações que compõem esta etapa;
- 4** A importância de priorizar os diagnósticos de enfermagem;
- 5** Como são estabelecidos os resultados esperados;
- 6** A estrutura das prescrições de enfermagem;
- 7** A importância desta etapa para o PE;
- 8** Como o técnico de enfermagem pode auxiliar nesta etapa.

Espera-se que, ao final desta unidade temática, você seja capaz de compreender todos os aspectos elencados acima e de aplicar esse conhecimento. Vamos lá?

O planejamento de enfermagem é a terceira etapa do PE. Nela são estabelecidas as prioridades e os resultados esperados, frente à assistência proposta, bem como as intervenções que serão implementadas.

O artigo 12 da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem dispõe que o técnico de enfermagem exerce as atividades auxiliares de nível médio técnico, designadas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe, entre outras atribuições, contribuir para o planejamento da assistência de enfermagem. Assim, pode ser que o enfermeiro venha solicitar a sua participação, para além das anotações de enfermagem, em algum momento dessa etapa, que envolve as seguintes atividades:

- I – Priorização de diagnósticos de enfermagem;
- II – Determinação de resultados esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;
- III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição das intervenções, ações, atividades e cuidados de enfermagem.



A primeira fase do planejamento consiste em definir a prioridade para os DEs, o que, conseqüentemente, indicará a prioridade para a realização dos cuidados. Essa definição é feita com base no critério clínico e, como todo o PE, na percepção da pessoa alvo do cuidado, assim como nas construções teóricas escolhidas para subsidiar o PE. Mas como isso ocorre na prática? Vamos ver?

Voltemos aos DEs levantados na unidade anterior, para a senhora Maria:

**00304** – Risco de lesão por pressão no adulto relacionado a mobilidade física prejudicada, pressão sobre proeminência óssea e desnutrição proteico calórica;

**00132** – Dor aguda relacionada a agente físico lesivo evidenciada por relato das características e intensidade da dor mensurada por um instrumento de avaliação padronizado e validado;

**00326** – Habilidade de banhar-se diminuída relacionada a mobilidade física prejudicada, evidenciada por dificuldade em acessar o banheiro;

**00400** – Ansiedade excessiva relacionada a situação desconhecida evidenciada por nervosismo e relato de angústia intensa.

Mediante a eles, vários questionamentos podem ser feitos: Quais as necessidades reais ou potenciais colocam a estabilidade clínica da senhora Maria em risco? Quais delas são consideradas prioritárias pelas construções teóricas escolhidas e pela própria senhora Maria? E, ainda, sobre quais temos os recursos necessários para intervir?

Mais uma vez, trata-se de um processo único, específico e individualizado, que pode variar de acordo com os usuários, os profissionais, os recursos e as teorias ou os modelos conceituais envolvidos. Abaixo, veja uma possibilidade para o estabelecimento das prioridades para os DEs da senhora Maria:

**00304** – Risco de lesão por pressão no adulto relacionado a mobilidade física prejudicada, pressão sobre proeminência óssea e desnutrição proteico calórica – **3º**;

**00132** – Dor aguda relacionada a agente físico lesivo evidenciada por relato das características e intensidade da dor mensurada por um instrumento de avaliação padronizado e validado – **1º** ou **2º** (a ser definido em conjunto com a senhora Maria);

**00326** – Habilidade de banhar-se diminuída relacionada a mobilidade física prejudicada, evidenciada por dificuldade em acessar o banheiro – **4º**;

**00400** – Ansiedade excessiva relacionada a situação desconhecida evidenciada por nervosismo e relato de angústia intensa – **1º** ou **2º** (a ser definido em conjunto com a senhora Maria).

A essa altura, você pode estar se perguntando: “Mas os diagnósticos de risco podem ser prioritários em relação aos diagnósticos de necessidades já existentes?” Sim, podem! Embora sejam de risco, tratam-se de problemas iminentes, que se não forem cuidados imediatamente, podem se tornar reais. No caso mencionado, não é preciso mais do que um dia sem os cuidados adequados para que a senhora Maria apresente lesões por pressão pelo corpo. Então, as ações preventivas poderão ser mais urgentes do que o banho no leito, no momento.



Veja outra situação que demonstra isso.

Você atende, na clínica cirúrgica, o senhor João Ferreira, de 70 anos, portador de varizes nos membros inferiores, desidratado, que realizou recentemente um procedimento cirúrgico para a retirada de cálculo renal. Ele está em repouso, em soroterapia, com dificuldade para se movimentar no leito. Relata que não recebe vacinas há mais de 20 anos e que nunca fez exames preventivos do câncer de próstata, pois não gosta de “ir no médico”.

Após avaliação clínica detalhada, foram levantados os seguintes diagnósticos:

**00292** – Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde relacionados a uso ineficaz de estratégias de enfrentamento evidenciados por padrão de comportamento de busca de saúde inadequado (ausência de vacinas e exames preventivos);

**00291** – Risco de trombose relacionado a mobilidade física prejudicada e volume de líquidos inadequado.

Supondo que o enfermeiro estivesse definindo as prioridades, qual dos diagnósticos você acredita que ele classificaria como prioritário? Você consegue perceber que o senhor João apresenta fatores de risco importantes para o desenvolvimento de trombose e que isso pode lhe trazer danos imediatos à saúde? Logo, não há dúvidas de que essa necessidade deverá ser a primeira a ser considerada, mesmo que se trate de um risco. Aqui, é quase certo que a sequência será definida da seguinte maneira pelo enfermeiro:

**00292** – Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde relacionados a uso ineficaz de estratégias de enfrentamento evidenciados por padrão de comportamento de busca de saúde inadequado (ausência de vacinas e exames preventivos) - **2º**;

**00291** – Risco de trombose relacionado a mobilidade física prejudicada e volume de líquidos inadequado - **1º**.

A prioridade para a realização dos cuidados seguirá a prioridade estabelecida para os DE, por isso é imprescindível ouvir a pessoa que está sendo assistida nesse processo e avaliar bem todo o contexto. Desconsiderar suas percepções pode levar a uma assistência descontextualizada e, até mesmo, ineficaz.



Vamos exercitar? Observe a tirinha abaixo.



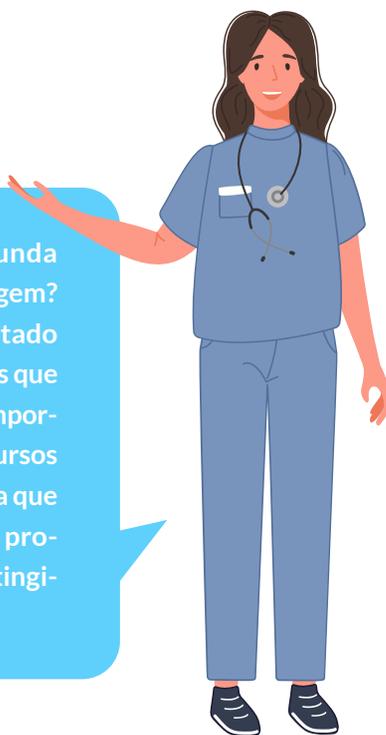
Fonte: Hubwide (2022).

Depois disso, responda: Como você imagina que seria o planejamento da assistência, se fossem levadas em consideração apenas as percepções relatadas acima, pelo personagem que interage com a pessoa que está em sofrimento? Comente.



A large white rectangular area with rounded corners and a green drop shadow on the right side. It contains several horizontal lines for writing, intended for the user to practice the concepts discussed in the text.

Agora, vamos seguir para a segunda parte do planejamento de enfermagem? Ela consiste na definição do Resultado Esperados (RE), a partir dos cuidados que serão implementados. Para isso, é importante considerar a realidade, os recursos disponíveis e as condições da pessoa que é cuidada, de forma que as metas propostas sejam possíveis de serem atingidas e mensuradas.



Os resultados – quantitativos ou qualitativos – têm como foco o indivíduo, a família ou a comunidade assistida, e devem ser claros e concisos, além de contemplar o DE e conter um limite de tempo para permitir a avaliação. Para cada DE é preciso haver, no mínimo, um RE.

Observe, no Quadro 6, como o enfermeiro poderia estipular os REs para o senhor João, considerando seus DE.

**Quadro 6 – Sugestões de Resultados Esperados (REs) para o senhor João, considerando seus Diagnósticos de Enfermagem (DEs)**

DEs	REs
00291 – Risco de trombose relacionado a mobilidade física prejudicada e volume de líquidos inadequado.	O senhor João apresentará redução dos riscos para trombose (melhora no volume de líquidos e na mobilidade) em um dia.
00292 – Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde relacionados a uso ineficaz de estratégias de enfrentamento evidenciados por padrão de comportamento de busca de saúde inadequado (ausência de vacinas e exames preventivos).	O senhor João demonstrará interesse em melhorar a manutenção ineficaz da saúde (se vacinar e fazer exames preventivos) em dois dias.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Os REs servem como um parâmetro para avaliar a eficácia das intervenções e a necessidade de modificações no plano de cuidados, nas próprias metas e nos DEs, portanto, eles precisam ser verificados dentro do período de assistência. Por esse motivo, o RE do senhor João, com relação ao segundo diagnóstico de enfermagem, não foi, por exemplo:

O senhor João apresentará a manutenção eficaz da saúde (se vacinará e fará exames preventivos) em até dois meses.

Esse RE poderia ser factível para uma pessoa assistida em uma unidade básica, mas não para um indivíduo em assistência hospitalar, com duração de alguns dias. Perceba que em todo o PE deve ser considerada a realidade, o que de fato precisa e pode ser feito e alcançado.

Como técnico de enfermagem, fique atento quanto ao registro de dados que possam auxiliar o enfermeiro a acompanhar o andamento dos REs estabelecidos. Sua colaboração nesse processo é indispensável!



Lembra do primeiro exemplo de DE apresentado na unidade temática anterior? Vamos recobrar o caso.

Situação: Ao atender uma criança na unidade básica, o enfermeiro identifica que ela está gemendo, apresenta os olhos fechados e testa franzida por causa da dor, decorrente de uma pneumonia bacteriana que desenvolveu há dois dias.

DE: 00132 - Dor aguda relacionada a agente biológico lesivo evidenciada por comportamento expressivo e expressão facial de dor

Suponha que o enfermeiro tenha estabelecido o seguinte RE para a criança:

RE: A criança apresentará melhora nos sinais/sintomas da dor aguda em 30 minutos após a administração do analgésico.

Nesse caso, você acredita que deveria ser dada atenção especial, para o registro, nas anotações de enfermagem, de dados referentes a quais sinais/sintomas específicos? Justifique.

---

---

---

---

---

---

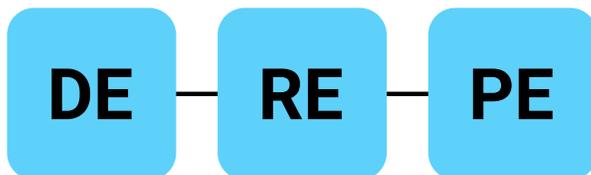
---

---

---

---

O enfermeiro, junto à definição do RE, estipula o cuidado a ser prescrito, tendo como base o raciocínio clínico. Trata-se de ações inseparáveis, pois é necessário pensar o que se pode e deve fazer para alcançar os REs propostos. Assim, para cada DE existe RE e Prescrição de Enfermagem (PE) (Figura 5).



Fonte: Elaborada pela autora (2023).



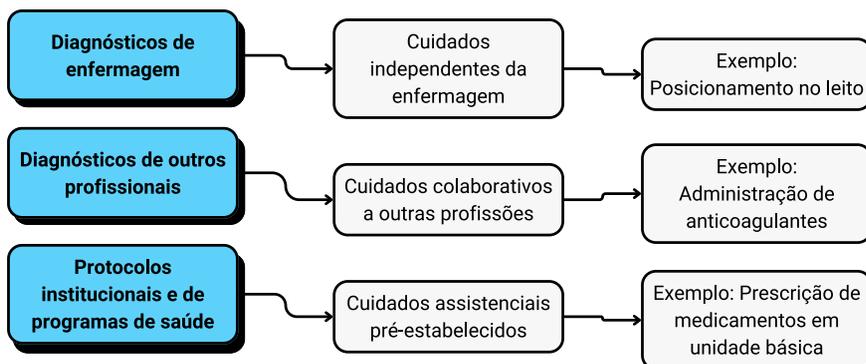
A prescrição é a terceira parte do planejamento de enfermagem. Ela é privativa ao enfermeiro e se refere à tomada de decisão terapêutica. As intervenções, quando possíveis, devem atuar na reversão dos fatores causadores das necessidades e dos riscos, ou seja, nos fatores relacionados e de risco dos DEs.

De acordo com a Resolução Cofen n.º 736/2024, as intervenções de enfermagem baseiam-se nos seguintes padrões:

- I – Padrões de Cuidados de Enfermagem – Referem-se aos cuidados autônomos da profissão, indissociáveis do conhecimento disciplinar único da enfermagem, ou seja, dos DEs;
- II – Padrões de Cuidados Interprofissionais – Compreendem os cuidados desenvolvidos de forma colaborativa com as demais profissões de saúde;
- III – Padrões de Cuidados em Programas de Saúde – Abarcam os cuidados advindos de protocolos assistenciais, padronizados nos programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição.

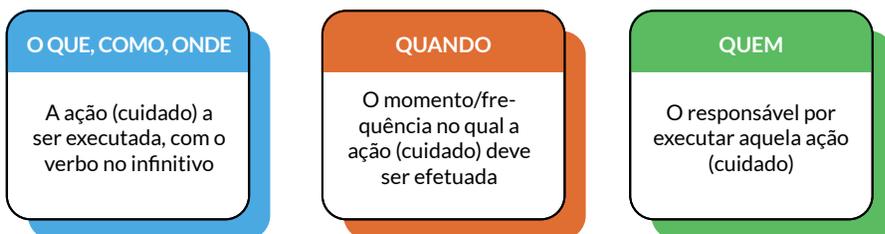
Então, podemos notar que essa classificação aponta os tipos de intervenções que a equipe de enfermagem realiza e suas respectivas bases subjacentes (Figura 6). Veja:

**Figura 6 – Intervenções de enfermagem de acordo com sua base subjacente**



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Com relação à redação de cada cuidado, eles são enumerados por ordem crescente e contemplam:



Depois de redigir todos os cuidados, o enfermeiro responsável assina e carimba ao final do registro. Na prática, temos:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Nome:	Data:	Quarto/leito:
1. Trocar curativo, conforme protocolo assistencial, aplicando cobertura de hidrocólide, da úlcera trocantérica esquerda.		
10 h.	Técnico de Enfermagem.	
Assinatura e carimbo do enfermeiro		

Embora o técnico de enfermagem não prescreva os cuidados, ele os executará, assim como toda a equipe. Portanto, é indispensável compreender como a prescrição ocorre. A falta desse entendimento pode levar a erros de execução, como será mostrado na próxima unidade.

Retomando o caso do senhor João, poderíamos ter diversas PEs, como as descritas no Quadro 7.

**Quadro 7 – Sugestões de Prescrições de Enfermagem (PEs) para o senhor João, considerando seus Diagnósticos de Enfermagem (DEs) e Resultados Esperados (REs)**

DEs	REs	PEs
00291 – Risco de trombose relacionado a mobilidade física prejudicada e volume de líquidos inadequado.	O senhor João apresentará redução dos riscos para trombose (melhora no volume de líquidos e na mobilidade) em 24 h.	1. Orientar sobre a realização de movimentos ativos e passivos no leito, conforme protocolo assistencial. Agora. Enfermeiro.  2. Estimular a ingestão hídrica, de acordo com a tolerância. 2/2 h. Técnico de Enfermagem.
00292 – Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde relacionados a uso ineficaz de estratégias de enfrentamento evidenciados por padrão de comportamento de busca de saúde inadequado (ausência de vacinas e exames preventivos).	O senhor João demonstrará interesse em melhorar a manutenção ineficaz da saúde (se vacinar e fazer exames preventivos) em dois dias.	3. Orientar sobre a importância da vacinação e da realização da prevenção do câncer de próstata. 16 h. Enfermeiro.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Veja como elas seriam registradas juntas, ao final:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Nome: João Ferreira	Data: 10/02/2024	Quarto/leito: 1/3
1. Orientar sobre a realização de movimentos ativos e passivos no leito, conforme protocolo assistencial. Agora. Enfermeiro.		
2. Estimular a ingestão hídrica, de acordo com a tolerância. 2/2 h. Técnico de Enfermagem.		
3. Orientar sobre a importância da vacinação e da realização da prevenção do câncer de próstata. 16 h. Enfermeiro.		
Assinatura e carimbo do enfermeiro		

Assim como existem taxonomias ou terminologias para os DEs, como a NANDA-I, também há classificações para os REs, bem como para as PEs. A NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem) e a NIC (Classificação para as Intervenções de Enfermagem) são exemplos de linguagem padronizada respectivamente para os resultados e para as intervenções de enfermagem (Figura 8). Observe:

Figura 8 – Taxonomias aplicáveis ao Processo de Enfermagem



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

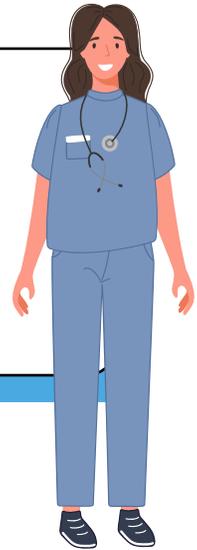


Nesta unidade, abordamos:

- Como acontece o planejamento de enfermagem;
- As principais ações que o compõem;
- O estabelecimento das prioridades para os DEs e a sua relevância;
- Como são definidos os REs;
- Como são redigidas as PEs;
- As contribuições do técnico de enfermagem para essa etapa.



**Parabéns por ter chegado até aqui!** Agora que você já conhece a terceira etapa do PE e como o técnico de enfermagem participa dela, podemos avançar! Na próxima unidade, trataremos da quarta etapa do PE: Implementação de Enfermagem. Vamos lá?



# IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

5



Nesta unidade temática, serão apresentadas a quarta etapa do PE e as seguintes especificidades:

- 1** Como se operacionaliza a prescrição de enfermagem;
- 2** Como deve ser a leitura e o registro relativos às prescrições de enfermagem;
- 3** A importância de se observar os “certos” para a prevenção de erros;
- 4** O significado desta etapa para o PE;
- 5** Como o técnico de enfermagem pode auxiliar nesta etapa;
- 6** A relevância da atuação do técnico de enfermagem para o desenvolvimento desta etapa.

Espera-se que, ao final desta unidade temática, você seja capaz de compreender os aspectos elencados acima e de aplicar esse conhecimento. Vamos lá?

A implementação de enfermagem é a quarta etapa do PE. Nela, ocorre a execução dos cuidados prescritos na fase anterior. Os cuidados são realizados por toda a equipe de enfermagem.

Na execução dos cuidados, é importante prestar bastante atenção e conhecer como a prescrição é redigida, a fim de evitar erros na sua execução. Observe a diferença entre estas duas prescrições:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Nome:	Data:	Quarto/leito:
1. Orientar sobre a mudança de decúbito, conforme protocolo assistencial, a cada 2 horas. 10 h.		
Enfermeiro.		
Assinatura e carimbo do enfermeiro		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Nome:	Data:	Quarto/leito:
1. Mudar de decúbito, conforme protocolo assistencial. 2/2 h. Técnico de enfermagem.		
Assinatura e carimbo do enfermeiro		

Diagrama de duas prescrições de enfermagem com comentários. A primeira prescrição contém o texto: "1. Orientar sobre a mudança de decúbito, conforme protocolo assistencial, a cada 2 horas. 10 h. Enfermeiro." Há um ícone de alerta amarelo (!) apontando para "10 h." e um ícone de alerta verde (!) apontando para "Enfermeiro.". A segunda prescrição contém o texto: "1. Mudar de decúbito, conforme protocolo assistencial. 2/2 h. Técnico de enfermagem." Há um ícone de alerta amarelo (!) apontando para "2/2 h." e um ícone de alerta verde (!) apontando para "Técnico de enfermagem.".

Você percebeu que o horário da execução, que vem após a descrição do cuidado, refere-se à ação, ou seja, ao verbo que inicia a frase? No primeiro exemplo, a prescrição se trata de uma orientação a ser feita às 10h, uma única vez ao dia. No segundo, a prescrição trata-se de mudar a pessoa de posição a cada duas horas, durante todo o dia.

A prescrição de enfermagem, em ambiente hospitalar, geralmente tem validade de até 24h. Nela, deve ser feito o registro da execução – ou não – dos cuidados. Em regra, é utilizado um traço e uma rubrica no horário indicado, logo à frente do cuidado prescrito, para indicar o seu cumprimento. Já para indicar que aquela ação não foi realizada, utiliza-se um círculo e uma rubrica. Esse procedimento deve ser feito pelo mesmo profissional que executou o cuidado, imediatamente após a sua realização. É necessário registrar no prontuário a justificativa para os cuidados circulados.



Veja, a seguir, o exemplo de duas prescrições de 24h. A primeira foi feita para uma senhora internada na clínica médica, e a segunda, para um senhor, internado na clínica cirúrgica, aguardando cirurgia.

Na primeira, marque de azul o verbo, ou seja, a ação que será feita; de amarelo o horário ou intervalo a ser executada a ação; e de verde o responsável por realizá-la.

Depois disso, proceda com o preenchimento do campo destinado ao registro da execução dos cuidados e assine/carimbe no local indicado, considerando que você tenha executado as prescrições e que seja o (a) técnico (a) de enfermagem responsável pelo plantão, das 7h às 19h desse dia.

Na segunda, faça o mesmo, porém considere que o senhor foi para o bloco cirúrgico às 15h e não retornou até o fim do seu plantão.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM CLÍNICA MÉDICA															
NOME: MARIANA MENDES		DATA: 20/12/2024		QUARTO/LEITO: 23/4											
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO DE EXECUÇÃO DA PRESCRIÇÃO											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
1. REGISTRAR SE HÁ OU NÃO SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO RELACIONADOS AO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM MÃO DIREITA. 6/6H. TÉCNICO DE ENFERMAGEM.															
2. REALIZAR LIMPEZA OCULAR COM SORO FISIOLÓGICO 0,9 E GAZE, EM AMBOS OS OLHOS. 4/4H. TÉCNICO DE ENFERMAGEM.															
3. DISCUTIR COM O MÉDICO SOBRE ANALGESIA. 14H. ENFERMEIRO.							mc								
4. ORIENTAR SOBRE A IMPORTÂNCIA DE USAR OS ANTI-HIPERTENSIVOS CORRETAMENTE EM DOMICÍLIO. 10H. ENFERMEIRO.					mc										
5. REFORÇAR SOBRE A NECESSIDADE DE MANTER AS PERNAS ELEVADAS 30 MINUTOS DURANTE O DIA. 16H. TÉCNICO DE ENFERMAGEM.															
Maria Campos. Coren – MG – 99999 – ENF.															
<b>ASSINATURA E CARIMBO DOS RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:</b> Maria Campos. Coren – MG – 99999 – ENF.															
<b>OBS.:</b> O cuidado 3 não foi realizado porque houve remissão espontânea da dor. Maria Campos. Coren – MG – 99999 – ENF.															

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM CLÍNICA CIRÚRGICA													
NOME: SEBASTIÃO RODRIGUES		DATA: 22/12/2024		QUARTO/LEITO: 7/1									
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO DE EXECUÇÃO DA PRESCRIÇÃO											
		08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
1. MUDAR DE DECUBITO, CONFORME PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE FERIDAS. 2/2H. TÉCNICO DE ENFERMAGEM.													
2. DAR BANHO DE LEITO, CONFORME PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO. 10H. TÉCNICO DE ENFERMAGEM.													
3. HIDRATAR A PELE COM ÓLEOS ESSENCIAIS. IMEDIATAMENTE APÓS O BANHO. TÉCNICO DE ENFERMAGEM.													
4. AUXILIAR NA HIGIENE ORAL, CONFORME PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO. APÓS AS REFEIÇÕES. TÉCNICO DE ENFERMAGEM.													
5. ORIENTAR A MANTER O JEJUM ALIMENTAR ATÉ O HORÁRIO DA CIRURGIA. 8H. TÉCNICO DE ENFERMAGEM.													
Paulo Dantas. Coren – MG – 88888 – ENF.													
ASSINATURA E CARIMBO DOS RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO:													
OBS.:													

Podemos elencar – da mesma forma que é feito para a administração de medicamentos – uma relação de “certos” indispensáveis a serem observados na execução dos cuidados prescritos, a fim de prevenir erros. Acompanhe:

#### 1. Pessoa certa

Confira o nome completo antes de realizar o cuidado e utilize, no mínimo, dois dos seguintes identificadores para confirmar a pessoa correta: nome identificado na pulseira; nome identificado no leito; nome identificado no prontuário.

#### 2. Cuidado certo

Confira se o cuidado que será executado é de fato o cuidado que está prescrito.

#### 3. Local certo

Identifique o local correto do corpo quando se tratar de cuidado localizado.

#### 4. Hora certa

Garanta que o cuidado seja feito sempre no horário prescrito, para uma adequada resposta terapêutica. A antecipação ou o atraso em relação ao horário predefinido somente deverá ocorrer após aval do enfermeiro.

#### 5. Material certo

Confira atentamente os materiais. Verifique se características como forma, estado, calibre do material correspondem ao prescrito. Certifique-se a pessoa não é alérgica a algo que será utilizado. Identifique as pessoas alérgicas de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe.

#### 6. Técnica certa

Utilize a técnica correta na realização do cuidado. Siga os manuais, protocolos e procedimentos padrões adotados pela unidade.

#### 7. Documentação certa

Registre na prescrição o horário da realização do cuidado, checando a cada execução. Registre todas as ocorrências relacionadas aos cuidados, tais como adiamentos, cancelamentos, recusa da pessoa e eventos adversos.

#### 8. Razão/orientação certa

Oriente a pessoa sobre o cuidado a ser realizado, explicando a justificativa, os efeitos esperados, garantindo que ela compreenda o que será feito e que possa esclarecer possíveis dúvidas.

#### 9. Resposta certa

Observe cuidadosamente a pessoa, a fim de identificar se o cuidado terá o efeito desejado. Registre no prontuário e informe ao enfermeiro todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o cuidado. Mantenha a comunicação clara com a pessoa e/ou cuidador, considerando seus relatos sobre os efeitos dos cuidados efetuados, incluindo respostas que sejam diferentes do padrão usual.

Nunca se esqueça de que você deve realizar os cuidados apenas após esclarecer todas as dúvidas, como aquelas relacionadas à razão do cuidado, materiais necessários, técnica correta, entre outras, junto ao enfermeiro.

A definição do responsável pela execução de cada cuidado é feita pelo enfermeiro ao prescrever, com base no seu julgamento clínico, nos aspectos operacionais e institucionais, bem como na legislação profissional, respeitando as resoluções e os pareceres do Cofen e dos Corens.

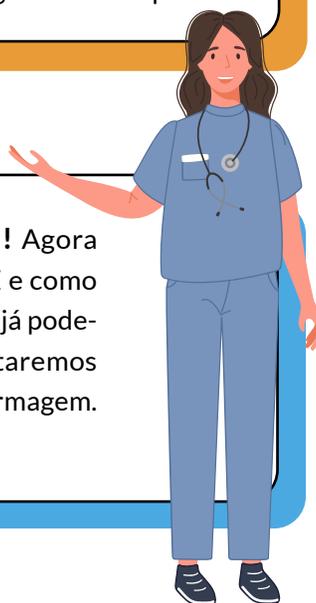


Nesta unidade, abordamos:

- Como acontece a implementação de enfermagem;
- Como compreender os aspectos relacionados à redação e à execução da prescrição;
- Como fazer os registros relativos à execução da prescrição de enfermagem;
- Os “certos” a serem seguidos para a prevenção de erros;
- Como é definido o responsável pela execução de cada cuidado prescrito;
- As contribuições do técnico de enfermagem nesta etapa.



**Parabéns por ter chegado até aqui!** Agora que você conhece a quarta etapa do PE e como o técnico de enfermagem participa dela, já podemos avançar! Na próxima unidade, trataremos da quinta etapa do PE: Evolução de Enfermagem. Vamos lá?



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

6



Nesta unidade temática, serão apresentadas a quinta etapa do PE e as seguintes especificidades:

- 1** Em que consiste a quinta etapa do processo de enfermagem;
- 2** Como ela se operacionaliza;
- 3** Aspectos relacionados à evolução, à anotação e aos registros de enfermagem;
- 4** A importância desta etapa para o PE;
- 5** Como o técnico de enfermagem pode auxiliar nesta etapa;
- 6** A relevância da atuação do técnico de enfermagem para o desenvolvimento desta etapa.

Espera-se que, ao final desta unidade temática, você seja capaz de compreender os aspectos elencados acima e de aplicar esse conhecimento. Vamos lá?

A quinta etapa do PE trata-se de um processo deliberado, sistemático e contínuo, no qual o indivíduo assistido é constantemente reavaliado por intermédio da evolução de enfermagem.

Por meio dessa etapa, é possível verificar se os resultados esperados, definidos no planejamento, foram alcançados ou não e, assim, manter, rever, modificar, acrescentar, adequar os DEs, os REs e as PEs. Logo, ela é a chave para a efetividade do cuidado.

As anotações de enfermagem contribuem sobremaneira para a evolução, visto que compreendem o registro de dados brutos e pontuais observados ou relacionados aos procedimentos e atendimentos efetuados pela equipe de enfermagem. Esses registros incluem:

Todos os cuidados oferecidos, como prescrições médicas e de enfermagem cumpridas, encaminhamentos ou transferências de setor, entre outros.

Sinais e sintomas identificados mediante a observação simples e o relato do ser alvo do cuidado.

Intercorrências ocorridas e as medidas adotadas.

Respostas da pessoa às ações desenvolvidas.

Com base no julgamento clínico, nas reavaliações, na análise das informações obtidas por meio das anotações e de outros documentos disponíveis, o enfermeiro realiza a evolução de enfermagem. Em um ambiente hospitalar, por exemplo, o enfermeiro efetua a evolução diariamente, no mínimo, uma vez a cada 24 horas.

Pelo fato de apresentar os dados sobre o indivíduo e os procedimentos feitos de forma ordenada cronologicamente ao longo dos dias, as anotações permitem a comparação das respostas diante dos cuidados prestados. Elas auxiliam o enfermeiro na realização da evolução, pois facilitam o reconhecimento de novas necessidades e o acompanhamento dos REs propostos.

As principais particularidades das evoluções e anotações podem ser resumidas do seguinte modo (Quadro 8):

**Quadro 8 – Particularidades das anotações e evoluções de enfermagem**

<b>Anotação de Enfermagem</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda a equipe de enfermagem	Elaborada pelo enfermeiro
Referente a um momento	Referente a um período de tempo
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise de dados

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base em Cofen (2016).

Vamos ver como tudo isso se articula na prática? Acompanhe o caso abaixo.

José Oliveira, 17 anos, no segundo dia após o início do seu tratamento quimioterápico, passou a apresentar muitos episódios de agitação, com aumento da pressão arterial. Ao perceber essa situação, a técnica de enfermagem do setor reportou-a imediatamente à enfermeira. Após atendê-lo, a enfermeira identificou que ele tinha muito medo de ficar em um local desconhecido, longe de seus parentes. Com isso, ela acrescentou o DE a seguir ao processo de enfermagem de José:

**00390** – Medo excessivo relacionado a situação não familiar evidenciado por agitação psicomotora, pressão arterial aumentada e apreensão

Foram definidos, ainda, o seguinte RE e as seguintes PEs:

**RE:** José apresentará diminuição progressiva dos sinais e sintomas de medo excessivo em três dias.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Nome: José Oliveira	Data: 25/10/2024	Quarto/leito:13/3
1. Solicitar avaliação psicológica. Agora. Enfermeiro.		
2. Fazer contato familiar, a fim de otimizar a presença de acompanhantes. Agora. Enfermeiro.		
3. Monitorizar os sinais e sintomas de medo (agitação, hipertensão arterial e apreensão). 3 vezes ao dia. Técnico de Enfermagem.		
Assinatura e carimbo do enfermeiro		

O primeiro e o segundo cuidados foram executados pela enfermeira imediatamente, e José passou a ser assistido pelo serviço de psicologia. Quanto ao acompanhante familiar, ficou acordado um rodízio entre os parentes para evitar que ele ficasse desacompanhado, com início a partir do dia seguinte. A última intervenção foi prescrita durante três dias.

Ao realizar a evolução do terceiro dia, já no final do seu plantão, a enfermeira encontrou os seguintes dados nas anotações de enfermagem, feitas por técnicos de enfermagem, dispostas no Quadro 9:

**Quadro 9 – Dados retirados das anotações de enfermagem de José Oliveira**

Dia	Anotações das 8h	Anotações das 14h	Anotações das 20h
1	PA 140x85mmHg; Apreensão inalterada; Presença de agitação.	PA 115x80mmHg; Apreensão inalterada; Ausência de agitação.	PA 140x90mmHg; Apreensão diminuída; Presença de agitação.
2	PA 120x80mmHg; Apreensão diminuída; Ausência de agitação.	PA 115x80mmHg; Apreensão diminuída; Ausência de agitação.	PA 125x80mmHg; Apreensão diminuída; Ausência de agitação.
3	PA 120x70mmHg; Apreensão ausente; Ausência de agitação.	PA 110x80mmHg; Apreensão ausente; Ausência de agitação.	-

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Agora, volte e releia o RE estabelecido. Você acredita que ele foi ou não alcançado? Com a ajuda dos dados presentes nas anotações de enfermagem, a enfermeira certamente concluirá que o RE proposto foi alcançado, não sendo preciso revisar o DE, o RE ou as PEs associadas a essa necessidade. Diante do exposto, provavelmente ela registrará o alcance desse RE na evolução de enfermagem do terceiro dia.



Você reparou que os sinais e sintomas evidenciados nas características definidoras do DE foram utilizados para avaliar se o RE foi ou não atingido? Em regra, isso ocorrerá para os DEs referentes a necessidades já estabelecidas, o que reforça a importância de conhecer os DEs, sua operacionalização e seu significado.

Então, permaneça atento! Nas suas anotações de enfermagem, fique atento aos sinais e sintomas que compõem as evidências desse tipo de DE, procurando sempre registrar se eles estão ausentes, presentes, inalterados, etc.



Ainda com relação ao exemplo acima, responda:

1. Em qual(is) etapa(s) do PE você percebeu a colaboração dos técnicos de enfermagem?
2. Como você avalia a participação dos técnicos de enfermagem nessa(s) etapa(s)? Comente.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veja algumas regras importantes para a elaboração das anotações de enfermagem em prontuários físicos:

- 1 Realize o registro em impresso devidamente identificado com dados da pessoa assistida (nome e sobrenome, número do quarto, leito e prontuário)
- 2 Inicie a anotação com a data e horário, exceto se houver impresso específico com estrutura pré-formatada em ordem diferente
- 3 Não deixe entrelinhas, linhas em branco ou espaços no seu texto
- 4 Ao final do registro, assine e carimbe ou assine e escreva a identificação da categoria profissional e o seu número da inscrição no Coren
- 5 Efetue a escrita de forma nítida, com letra legível e à tinta
- 6 Não faça rasuras
- 7 Se você cometer erros, utilize o método de correção adotado pela instituição, como: “digo” ou “sem efeito”
- 8 Não utilize corretivos, marca-texto ou escreva a lápis
- 9 Faça a anotação logo após o fato: cuidado prestado, orientação fornecida, informação obtida, intercorrência, etc.

**10** Faça a anotação de forma completa, clara, concisa, objetiva, pontual e cronológica

**11** Anote os fatos com precisão e veracidade

**12** Utilize os termos científicos e por extenso

**13** Use apenas as abreviaturas padronizadas e previstas em literatura

**14** Priorize a descrição de características, como: tamanho mensurado, quantidade, coloração e forma

**15** Não utilize termos que deem conotação de valor, como: bem, mal, muito, pouco, etc.

Tenha muito zelo ao realizar suas anotações. Elas fazem parte dos registros de enfermagem e, como tal, possuem diversas finalidades. Além de permitir a avaliação constante do PE, os registros podem ser utilizados para fins de pesquisa, ensino, auditoria, planejamento e têm efeito documental em relação às demandas legais, éticas e profissionais!



Nesta unidade, abordamos:

- Como ocorre esta etapa;
- A sua importância para garantir as adequações necessárias ao PE, de modo contínuo;
- Aspectos relacionados à anotação e aos registros de enfermagem;
- As contribuições do técnico de enfermagem para o desenvolvimento desta etapa.

## FINALIZANDO

Que bom que você chegou até aqui, parabéns! Agora que você conhece o significado e a relevância do PE, todas as suas etapas, como elas se operacionalizam e interagem entre si, além de compreender a participação e a importância do técnico de enfermagem nesse processo, já é possível concluir o nosso estudo!

Proponho que você reveja o seu mapa conceitual sobre o PE. Lembra dele? Observe se suas ideias mudaram e se há algo que pode ser alterado ou acrescentado. Como já foi mencionado, o mapa conceitual reflete a compreensão de quem o elabora, no momento em que é feito. Espero que novos entendimentos tenham surgido ao longo dessa jornada!

Despeço-me com o sincero desejo de que os assuntos tratados aqui, de forma geral, tenham sido úteis para o seu crescimento, enquanto ser humano, profissional ou futuro técnico de enfermagem.

Desejo que você siga em frente, refletindo sobre diferentes perspectivas de pensar o cuidado e a profissão, buscando desenvolvimento contínuo, atualizando-se e construindo conhecimentos que possam ser aplicados de maneira consciente. Assim, você contribuirá, cada vez mais, para uma realidade melhor e para um futuro promissor!

**Um forte abraço!**



## REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. *Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100007>. Acesso em: 10 maio 2023.

ANTUNES, Arnaldo; FROMER, Marcelo; BRITO, Sergio. Comida. Intérprete: Titãs. In: *Jesus não tem dentes no país dos banguelas*. Rio de Janeiro: WEA. 1987. 1 Disco. Faixa 2.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite. *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite; SANCHEZ, Cristiane Garcia; LOPES, Juliana de Lima; DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SILVA, Rita de Cassia Gengo. *Processo de enfermagem: guia para a prática*. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. 1. ed. São Paulo: COREN-SP, 2015.

BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite; SANCHEZ, Cristiane Garcia; LOPES, Juliana de Lima; DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SILVA, Rita de Cassia Gengo. *Processo de enfermagem: guia para a prática*. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. 2. ed. São Paulo: COREN-SP, 2021.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite; LUCENA, Amália de Fátima; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes. Processo de enfermagem no contexto brasileiro: reflexão sobre seu conceito e legislação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S. l.], v. 75, n. 6, p. e20210898, jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/StQhMkT39yNK4XsTjLNRbXm/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BOTTOSSO, Rosa Maria. *Processo de enfermagem nas escolas de nível técnico e superior de Mato Grosso: estudo sobre concepções e práticas educativas docentes*. 2014. 211 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013. Disponível em: [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFMT\\_0e6444078a0e18249bfaaaf88537f074](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFMT_0e6444078a0e18249bfaaaf88537f074). Acesso em: 25 jun. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Práticas seguras para prevenção de erros na administração de medicamentos*. Brasília, DF: ANVISA, 2021. 12 cartaz. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz\\_12-ggtes\\_web.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_12-ggtes_web.pdf). Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. *Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 25 de junho de 1986. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm). Acesso em: 18 jun. 2023.

BULECHEK, Joanne McCloskey; BUTCHER, Gloria M; DOCHTERMAN, Howard k. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020.

CARVALHO, Emilia Campos; DALRI, Maria Celia Barcellos; NAPOLEÃO, Anamaria Alves; RAMOS, Luciana Aparecida Ribeiro; SALVADOR, Michelle; REIS, Paula Elaine Diniz. A contribuição dos membros da equipe de enfermagem para o processo de enfermagem na visão dos enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 71-78, maio. 2008. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001696437>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CARVALHO, Emília Campos de; OLIVEIRA-KUMAKURA, Ana Raílka de Souza; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S. l.], v. 70, p. 662-668, jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dDyzC3GnxfnDrNy4rDFRCnp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2024.

CASTILHO, Nadia Cecília; RIBEIRO, Pamela Cristine; CHIRELLI, Mara Quaglio. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 280-289, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3jDYNyDqvzrfznWCBjss-5F/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; GUALDA, Dulce Maria Rosa. *Sistematização de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. 5. ed. Rio de Janeiro: Ícone, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem*. Brasília, DF: COFEN, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *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. Brasília, DF:

COFEN, 23 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CRUZ, Andréa de Mello Pereira; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Competências na formação de técnicos de enfermagem para implementar a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 921-927, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400009>. Acesso em: 12 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Enfermagem em números*. COFEN, [S. l.], 2023. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 05 fev. 2023.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; AGUILLAR, Olga Maimoni. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 25-32, abr. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Wgx3GnppMHSKf9tKVPVwRs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2023.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GELBCKE, Francine Lima. *Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador*. 2002. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/84216>. Acesso em: 20 jun. 2023.

GEORGE, Julia B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GEOVANINI, Telma; MOREIRA, Almerinda; DORNELLES, Soraia; MACHADO, Wiliam César Alves. *História da enfermagem: versões e interpretações*. 4. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter. 2018.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA I: definições e classificação 2024-2026*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 6, p. 733-737, dez. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600021>. Acesso em: 11 jun. 2023.

HORTA, Wanda Aguiar. *Processo de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.

HUBWIDE. Setembro amarelo: sobre oferecer e procurar ajuda. *HubWide*, [S. l.], 2022. Disponível em: <https://hub.widedigital.com.br/editorias/3-bem-estar/setembro-amarelo-sobre-oferecer-e-procurar-ajuda/> Acesso em: 16 maio 2023.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira; FONTES, Wilma Dias. O processo de enfermagem na matriz curricular de escolas formadoras de técnicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 438-437, nov. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8045>. Acesso em: 22 fev. 2023.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério Barros Lima; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; DIOGO, Ana Tereza Silva; LIMA, Pablo Xavier Versiani; MESQUITA, Leticia Gomes Monteiro; SOUTO, Cláudia de Andrade; BARRETO, Nair Amélia Prates. História do letramento em saúde: uma revisão narrativa. *Revista Unimontes Científica*, Montes Claros, v. 24, n. 2, p. 1-23, dez. 2022. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/5735>. Acesso em: 10 jul. 2023.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelin M. *Bases teóricas de enfermagem*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MOORHEAD, Sue. *Classificação dos Resultados de enfermagem (NOC)*. 6. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020.

OLIVEIRA, Valessa Gizele Ramos; ALMEIDA, Rosiney Rocha. A formação integral no contexto do curso técnico de enfermagem. *Revista Práxis*, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 79-87, ago. 2021. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/3952/2944>. Acesso em: 24 mar. 2023.

OLIVEIRA, Valessa Gizele Ramos; ALMEIDA, Rosiney Rocha. O estudo do processo de enfermagem no curso técnico de enfermagem. *Trabalho e Educação*, [S. l.], v. 31, n. 3, p. 182-192, dez. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/39020>. Acesso em: 24 mar. 2023.

OLIVEIRA, Valessa Gizele Ramos. *O estudo do processo de enfermagem como possibilidade de contribuição para a formação integral dos técnicos de enfermagem*. 2022. 117 f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional e Tecnológica) – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais, Montes Claros, 2022. Disponível em: <https://ifnmg.edu.br/dissertacoes-e-produtos-educacionais-profepf>. Acesso em: 27 abr. 2023.

OLIVEIRA, Valessa Gizele Ramos. *Desenvolvimento de uma tecnologia educacional sobre o processo de enfermagem: uma abordagem voltada para técnicos de enfermagem*. 2024. 238 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Montes Claros, 2024.

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pd5Cm9Mx3C5P3b3mjpyPg7C/?lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2023.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. *Educação profissional em saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

RAMOS, Luciana Aparecida Ribeiro; CARVALHO, Emília Campos; CANINI, Rita Marin da Silva. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 39-44, jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v11.46863>. Acesso em: 12 maio 2023.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira; VÍTOR, Allyne Fortes; JÚNIOR, Marcos Antonio Ferreira; FERNANDES, Maria Isabel Domingues; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; Ensinar sistematização da assistência de enfermagem em nível técnico: percepção de docentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S. l.], v. 29, n. 5, p. 525-533, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600073>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SANTOS, Celma Pereira; SILVA, Leicy Francisca; PORTO, Marcelo Duarte. *Aprendizagem significativa da doença de chagas: uma proposta para o ensino médio*. Inquietações e proposituras na formação docente. 3. ed. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

SANTOS, Ieda Maria Fonseca Santos (Org.). *SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático*. Salvador: COREN - BA, 2016. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 16 maio 2023.

SILVA, Andréa Villela Mafra. A pedagogia tecnicista e a organização do sistema de ensino brasileiro. *Revista HISTEDBR On-line*, [S. l.], v. 16, n. 70, p. 197-209, maio. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/rho.v16i70.8644737>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SOUZA, Maria de Lourdes; SARTOR, Vicente Volnei de Bona; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; PRADO, Marta Lenise. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>. Acesso em: 13 jun. 2023.

SOUZA, Mariana Fernandes. Referencial teórico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 223-234, dez. 1984. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0080-6234198401800300223>. Acesso em: 20 jun. 2023.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. *SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. *SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: Guia Prático*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

TRUPPEL, Thiago Christel; MEIER, Marineli Joaquim; CALIXTO, Riciano do Carmo; PERUZZO, Simone Aparecida; CROZETA, Karla. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 221-227, mar./abr. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200008>. Acesso em: 25 jun. 2023.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Como construir um mapa conceitual. *USP*, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1430118&forceview=1>. Acesso em: 20 jun. 2023.

YOUTUBE. *A história de Florence Nightingale*. Direção: Darly Duke. Estados Unidos da América. Paramount Classics, 1985. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bTZHB3y73nk>. Acesso em: 10 jul. 2023.

## ANEXO

### ANEXO A – 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.

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 726 de 15 de setembro de 2023;

**CONSIDERANDO** o art. 5º, Inciso XIII, e o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem e o seu Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987;

**CONSIDERANDO** a Resolução Cofen nº 429/2012, de 30 de maio de 2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico, ou a que sobrevir;

**CONSIDERANDO** a Resolução Cofen nº 727/2023, de 27 de setembro de 2023, que atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem, ou a que sobrevir;

**CONSIDERANDO** a aprovação do Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem, Resolução Cofen nº 514/2016, de 05 de maio de 2016, ou a que sobrevir;

**CONSIDERANDO** o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 564/2017, de 06 de novembro de 2017, ou a que sobrevir;

**CONSIDERANDO** a Resolução Cofen nº 689/2022, de 19 de janeiro de 2022, que normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições à distância, através de meios eletrônicos, ou outra que sobrevir;

**CONSIDERANDO** o Parecer Conjunto da Câmara Técnica nº 004/2022/ Cofen/CTLN/CTAS, de 14 de janeiro de 2021, que aponta o método SOAP como ferramenta compatível com o desenvolvimento do Processo de Enfermagem na Atenção Primária, incluindo o uso dos Sistemas de Linguagem Padronizadas de Enfermagem;

**CONSIDERANDO** 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;

**CONSIDERANDO** tudo o mais que consta nos autos do Processo Administrativo Cofen nº 0674/2021 e a deliberação do Plenário em sua 560ª Reunião Ordinária de Plenário;

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** O Processo de Enfermagem-PE, deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem.

**Art. 2º** O Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e

operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base.

**Art. 3º** Os diagnósticos, os resultados e os indicadores, as intervenções e ações/atividades de enfermagem podem ser apoiadas nos Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem, em protocolos institucionais, e com os melhores níveis de evidências científicas.

**Art. 4º** O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

**§ 1º** Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, 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;

**§ 2º** 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;

**§ 3º** 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 (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

**III** – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

**§ 4º** Implementação de Enfermagem – 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 nos seguintes padrões:

**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.

**§ 5º** Evolução de Enfermagem – 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.

**Art. 5º** A consulta de Enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as etapas do Processo de Enfermagem.

**Art. 6º** Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no processo

de enfermagem cabe-lhe privativamente o Diagnóstico de Enfermagem e a Prescrição de Enfermagem.

**Art. 7º** Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam do Processo de Enfermagem, com Anotações de Enfermagem, bem como na implementação dos cuidados prescritos e sua checagem, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

**Art. 8º** A documentação do Processo de Enfermagem deve ser realizada pelos membros da equipe formalmente no prontuário do paciente, físico ou eletrônico, cabendo ao Enfermeiro o registro de todas as suas etapas, e aos membros da equipe de enfermagem a Anotação de Enfermagem, a checagem da prescrição e a documentação de outros registros próprios da enfermagem.

**Art. 9º** Os profissionais de enfermagem bem como as instituições de saúde devem buscar os meios necessários para a capacitação/qualificação na utilização do Processo de Enfermagem.

**Art. 10º** Na Educação Permanente em Saúde e Enfermagem e na formação de profissionais em nível médio, graduação e pós-graduação devem ser contempladas temáticas que favoreçam a qualificação dos profissionais para a implementação do Processo de Enfermagem.

**Art. 11º** Os profissionais de enfermagem devem empenhar-se para a criação de políticas institucionais de incorporação de resultados de pesquisas acerca do Processo de Enfermagem e suas etapas na prática, se responsabilizando no processo de translação de conhecimento.

**Art. 12º** Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, a fiscalização do Processo de Enfermagem na prática profissional, no que se refere ao cumprimento desta Resolução.

**Art. 13º** Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

**Art. 14º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições contrárias, em especial, a Resolução Cofen nº 358/2009.

**BETÂNIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS**

Coren-PB 42.725-ENF-IR

Presidente

**SILVIA MARIA NERI PIEDADE**

Coren-RO 92.597-ENF

Primeira-Secretária

## DADOS DA AUTORA



Possui graduação em enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), tem experiência docente no nível técnico e superior de enfermagem, bem como na implantação, desenvolvimento e ensino do Processo de Enfermagem. É mestra em Educação Profissional e Tecnológica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais (IFNMG) e doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unimontes.

O Processo de Enfermagem (PE) é um método utilizado para prestar uma assistência individualizada e intencional, desenvolvido por meio de ações integradas da equipe de enfermagem, em todo o contexto socioambiental no qual ocorra o cuidado de enfermagem. Para tanto, é indispensável que o conhecimento acerca do PE seja difundido entre todas as categorias da profissão, extrapolando o ambiente das graduações. Assim, apresentamos esta versão do PE voltada para a realidade e as especificidades dos alunos e profissionais de nível médio da enfermagem, com o intuito de favorecer a inclusão consciente e qualificada do técnico de enfermagem nesse contexto.