



Emillia C. Gonçalves dos Santos

SEMIOLOGIA CLÍNICA ESSENCIAL

VOLUME 1

Pensamento Crítico, Processo de Enfermagem e
Avaliação de Dados Subjetivos em Saúde



Atena
Editora
Ano 2026

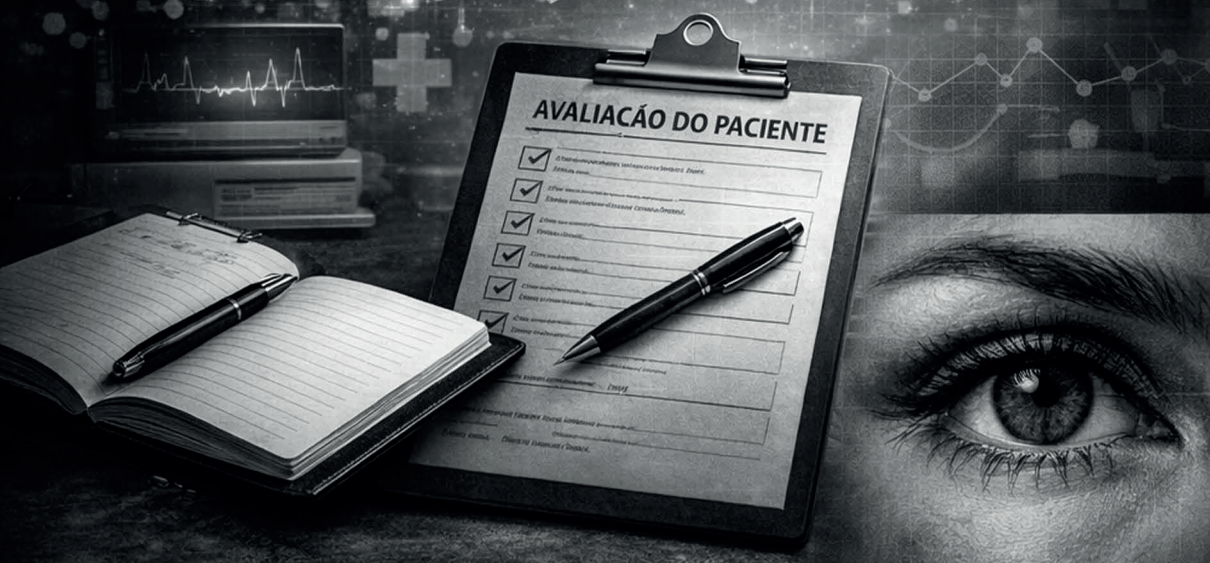


Emillia C. Gonçalves dos Santos

SEMIOLOGIA CLÍNICA ESSENCIAL

VOLUME 1

Pensamento Crítico, Processo de Enfermagem e
Avaliação de Dados Subjetivos em Saúde



Atena
Editora
Ano 2026

2025 by Atena Editora

Copyright © 2025 Atena Editora

Copyright do texto © 2025, o autor

Copyright da edição © 2025, Atena Editora

Os direitos desta edição foram cedidos à Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena Editora

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira Scheffer

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Yago Raphael Massuqueto Rocha



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora tem um compromisso sério com a transparência e a qualidade em todo o processo de publicação. Trabalhamos para garantir que tudo seja feito de forma ética, evitando problemas como plágio, manipulação de informações ou qualquer interferência externa que possa comprometer o trabalho.

Se surgir qualquer suspeita de irregularidade, ela será analisada com atenção e tratada com responsabilidade.

O conteúdo do livro, textos, dados e informações, é de responsabilidade total do autor e não representa necessariamente a opinião da Atena Editora. A obra pode ser baixada, compartilhada, adaptada ou reutilizada livremente, desde que o autor e a editora sejam mencionados, conforme a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Cada trabalho recebeu a atenção de especialistas antes da publicação. A equipe editorial da Atena avaliou as produções nacionais, e revisores externos analisaram os materiais de autores internacionais.

Todos os textos foram aprovados com base em critérios de imparcialidade e responsabilidade.

Semiologia Clínica Essencial – Volume I: Pensamento Crítico, Processo de Enfermagem e Avaliação de Dados Subjetivos em Saúde

| Autora:

Profa. Dra. Emillia C. Gonçalves dos Santos

| Revisão:

Prof. Dr. Allan Peixoto de Assis

Profa. Dra. Emillia C. Gonçalves dos Santos

| Diagramação:

Jeniffer Paula dos Santos

| Capa:

Yago Raphael Massuqueto Rocha

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237 Santos, Emillia Conceição Gonçalves dos
Semiologia clínica essencial – volume I: pensamento
crítico, processo de enfermagem e avaliação de
dados subjetivos em saúde / Emillia Conceição
Gonçalves dos Santos. – Ponta Grossa - PR: Atena,
2026.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-4074-1

DOI <https://doi.org/10.22533/at.ed.741260602>

1. Semiologia clínica. 2. Enfermagem. 3. Saúde. I.
Santos, Emillia Conceição Gonçalves dos. II. Título.
CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

+55 (42) 3323-5493

+55 (42) 99955-2866

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

CONSELHO EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Ariadna Faria Vieira – Universidade Estadual do Piauí
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Glécilla Colombelli de Souza Nunes – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidade de Pernambuco
Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

Dedico este livro ao DEUS que me sustenta, mas especialmente à minha mãe, Silvína Gonçalves dos Santos, que aos 81 anos continua sendo exemplo de dedicação e amor.

A senhora lutou incansavelmente para que eu tivesse acesso à educação, esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis, quando o mundo parecia me abandonar e eu precisava recomeçar.

Nos dias de sombra, a senhora foi luz.

Nos ventos fortes, meu abrigo aquecido.

Sua fé em mim nunca vacilou, seu amor nunca mediu esforços, e seu incentivo me deu forças para reconstruir minha vida.

Este livro é para a senhora, minha inspiração, minha força e meu porto seguro.

Eu te amo.



Figura 1 –Dedicação.

Fonte: elaboração da autora com auxílio de ferramenta de inteligência artificial, 2026.

PREFÁCIO

PREFÁCIO

A semiologia clínica em Enfermagem ocupa um lugar privilegiado no processo de formação e atuação profissional, pois constitui o momento inaugural do encontro terapêutico entre o enfermeiro e a pessoa em situação de saúde-doença. Tradicionalmente subordinada ao paradigma biomédico, a semiologia foi ensinada e praticada como uma técnica de coleta de sinais e sintomas direcionada quase exclusivamente ao diagnóstico médico, relegando o enfermeiro ao papel de auxiliar na identificação de alterações orgânicas mensuráveis e objetivas.

Este livro propõe uma ruptura epistemológica necessária e urgente. Ao recolocar o pensamento crítico no centro da prática semiológica, buscamos ressignificar os movimentos relacionados ao exame clínico como atos cognitivos complexos, dialógico e profundamente ético, capaz de revelar não apenas desvios fisiológicos, mas as respostas humanas únicas frente aos processos de saúde e doença.

Partimos do entendimento de que o objeto de trabalho da Enfermagem não é a doença em si, mas a experiência vivida pela pessoa, família e coletividade em seus contextos socioculturais, históricos e existenciais.

Nessa dinâmica, o processo de Enfermagem deixa de ser um conjunto mecânico de etapas protocolares para tornar-se uma metodologia científica crítica que orienta a construção do conhecimento específico da disciplina. A semiologia clínica aqui apresentada está intrinsecamente articulada às etapas do processo – levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação –, funcionando como o alicerce sensível e reflexivo que permite identificar, descrever e validar fenômenos de domínio da Enfermagem.

Recuperamos, portanto, referenciais teóricos que sustentam a autonomia do saber enfermeiro: as teorias de Enfermagem de médio alcance, os Padrões Funcionais de Saúde de Marjory Gordon, as taxonomias diagnósticas da NANDA-I, da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e das Taxonomias de Intervenções e Resultados NIC/NOC, bem como aportes de fenomenologia, da hermenêutica e da teoria crítica em saúde. Esses marcos nos permitem transcender a visão fragmentada do corpo-máquina e reconhecer a pessoa como um ser integral, dotado de história, cultura, valores e projetos de vida.

PREFÁCIO

PREFÁCIO

Ao longo dos capítulos, o leitor encontrará uma abordagem didática que conjuga rigor científico e sensibilidade clínica de forma que os Fundamentos de Enfermagem e da Semiologia são revisitados à luz do pensamento crítico; sinais e sintomas são interpretados como expressões de respostas humanas; e o raciocínio diagnóstico de Enfermagem é exercitado por meio da articulação entre dados objetivos e subjetivos, evidências científicas e narrativas singulares.

Este não é apenas um livro de semiologia que compõe o volume I da autora. É um convite à construção de uma prática de Enfermagem autônoma, reflexiva e comprometida com o cuidado humano em sua máxima potência. Que ele possa contribuir para a formação de profissionais capazes de enxergar além dos sinais visíveis, ouvir o que não foi dito e cuidar daquilo que realmente importa: a dignidade da experiência humana diante da vulnerabilidade.

Que estas páginas sejam um instrumento de emancipação do saber enfermeiro e de fortalecimento do cuidado centrado na pessoa.

Com respeito e esperança,

Prof. Dr. Allan Peixoto de Assis

Enfermeiro Intensivista Adulto – ABENTI

Mestre em Enfermagem Fundamental – UFRJ

Doutor em Ciências – UNIRIO

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A experiência profissional acumulada ao longo de mais de duas décadas, entre a docência e a assistência direta, materializa-se nestas páginas. A semiologia constitui elemento essencial da prática cuidativa do enfermeiro, atuando como fio condutor do pensamento crítico e como fundamento para a execução de um Processo de Enfermagem clinicamente consistente. Tradicionalmente situada no início do tronco profissional da graduação em Enfermagem, essa unidade curricular foi incorporada ao currículo na década de 1990, momento a partir do qual se ampliou significativamente o escopo analítico do estudante. Embora muito se tenha avançado desde então, permanece vasto o campo para novas discussões e aprofundamentos, especialmente no contexto de uma Enfermagem avançada.

Esta obra organiza-se de forma progressiva. Os dois primeiros capítulos abordam conceitos essenciais relacionados ao pensamento crítico e discutem como esse constructo deve orientar a condução efetiva e eficaz do Processo de Enfermagem, mesmo diante dos desafios impostos pela contemporaneidade.

O Capítulo 3 apresenta uma análise do Processo de Enfermagem, contemplando sua evolução histórica, fundamentos conceituais, definições, etapas e reflexões que sustentam sua aplicabilidade.

No Capítulo 4, discute-se o modelo tradicional de avaliação de dados subjetivos — a anamnese biomédica — destacando-se suas particularidades quando realizada pelo enfermeiro. O texto oferece, ainda, considerações relevantes para estudantes que iniciam sua formação em contextos clínicos, especialmente no que se refere à compreensão de determinados aspectos do processo saúde-doença.

O Capítulo 5 explora a avaliação de dados subjetivos orientada pelos Padrões Funcionais de Saúde propostos pela Dra. Marjorie Gordon, modelo que se alinha de maneira mais específica às necessidades do cuidado de Enfermagem.

Por fim, o Capítulo 6 aborda a avaliação baseada nas Necessidades Humanas Básicas, ampliando a discussão ao revisar a contribuição histórica e o significado do Processo de Enfermagem idealizado pela Dra. Wanda de Aguiar Horta, enfatizando sua relevância para a como marco conceitual na construção do pensamento e da identidade profissional da Enfermagem.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Espero que este material — originado de textos didáticos elaborados ao longo dos anos para disciplinas ministradas em instituições de ensino públicas e privadas — gradualmente ampliados e aprofundados, possa servir como instrumento esclarecedor e como porta de acesso a novos conhecimentos para os estudantes que, de fato, escolheram **Ser Enfermeiro** e **Ser Enfermeira** com excelência. Profissionais da permanência, e não da mera visita; profissionais que compreendem a fisiopatologia da doença, mas que, sobretudo, cuidam de pessoas, pois o cuidado é o objeto de trabalho da Enfermagem e a pessoa é o sujeito a receber esse cuidado.

Afinal, a Enfermagem — esta valorosa Ciência — acompanha o ser humano em toda a sua trajetória: desde antes do nascimento até depois da morte, quando o corpo silencia e já não pulsa, mas o cuidado ainda se faz necessário e permanece como expressão última da dignidade humana.

Prof^a. Dr^a. Emillia C. Gonçalves dos Santos

Enfermeira Clínica e Cirúrgica – UNIRIO

Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde – UFF

Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde – UFF

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	1
FUNDAMENTOS DO PENSAMENTO CRÍTICO EM ENFERMAGEM	
Emillia Conceição Gonçalves dos Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7412606021	
CAPÍTULO 2	7
PENSAMENTO CRÍTICO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM: UMA RELEITURA	
Emillia Conceição Gonçalves dos Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7412606022	
CAPÍTULO 3	17
PROCESSO DE ENFERMAGEM: BASES ESSENCIAIS	
Emillia Conceição Gonçalves dos Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7412606023	
CAPÍTULO 4	36
ANAMNESE TRADICIONAL BIOMÉDICA	
Emillia Conceição Gonçalves dos Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7412606024	
CAPÍTULO 5	55
OS PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE	
Emillia Conceição Gonçalves dos Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7412606025	
CAPÍTULO 6	74
PROCESSO DE ENFERMAGEM PROPOSTO POR WANDA DE AGUIAR HORTA: UMA RETOMADA CONCEITUAL À LUZ DA HISTÓRIA	
Emillia Conceição Gonçalves dos Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7412606026	
POST SCRIPTUM – NOTA CRÍTICA SOBRE O APAGAMENTO DAS TEÓRICAS BRASILEIRAS NA SEARA DE ENFERMAGEM.....	
	91
SOBRE A AUTORA	94
ÍNDICE REMISSIVO.....	95



C A P Í T U L O 1

FUNDAMENTOS DO PENSAMENTO CRÍTICO EM ENFERMAGEM

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

¹ Utilizo *Enfermagem* com inicial maiúscula ao longo do texto por reconhecê-la como designação da profissão, entendimento alinhado ao discutido por Sanna em editorial da *Revista Paulista de Enfermagem* (Sana, 1995).

INTRODUÇÃO

Alfaro-Lefevre (2024) afirma que o pensamento crítico (PC) pode ser compreendido como um “pensamento altamente desenvolvido”. Trata-se de uma competência essencial para a execução adequada do Processo de Enfermagem (PE). Ler este texto com propósito, portanto, constitui uma estratégia fundamental para ativar processos mentais que possibilitam compreender, relacionar e aplicar o conteúdo apresentado.

O pensamento crítico é a chave para a resolução de problemas; desta forma, enfermeiras que não o exercitam acabam, muitas vezes, tornando-se parte do problema e não de sua solução. Isso ocorre porque a prática profissional exige tomada de decisões contínuas, adaptação a diferentes cenários assistenciais e atualização permanente de conhecimentos e habilidades — demandas que só podem ser atendidas por meio do PC.

O PC é uma atividade essencialmente ativa. Como destaca Lunney (2008), não é possível exercê-lo de maneira passiva, apenas lendo ou ouvindo palavras. Ele requer interpretar informações, compreender seu significado, avaliar a utilidade de determinados conhecimentos e reconhecer as implicações de cada tema estudado.

Assim, o pensamento crítico é, e continuará sendo, uma competência necessária em qualquer disciplina e em todas as situações que envolvam análise, julgamento e tomada de decisão.

ESTILOS DE PENSAMENTO

Alfaro-Lefevre (2019) enfatiza que, além da necessidade de envolver-se ativamente com o objeto de leitura — avaliando como as informações se aplicam à própria prática e à vida cotidiana —, é fundamental desenvolver consciência sobre como pensamos. Cada indivíduo possui um estilo de pensamento predominante, o qual orienta sua forma habitual de compreender fenômenos, analisar situações e tomar decisões.

O pensamento, assim como qualquer habilidade, requer treinamento contínuo. O cérebro funciona de maneira semelhante a um músculo: quanto mais exercitado, mais rápido, preciso e eficiente se torna.

A seguir, apresentam-se alguns estilos de pensamento descritos pela autora:

a) Extrovertido: processa ideias em voz alta e tende a pensar melhor quando está acompanhado, obtendo energia da interação social.

b) Sensato: percebe o mundo de forma cuidadosa e concreta, com foco em fatos, detalhes e observações diretas.

c) Pensador: utiliza dados objetivos como base para suas análises e busca decisões fundamentadas na lógica.

d) Julgador: prefere ordem, planejamento e estrutura; sente-se mais confortável quando o ambiente e as etapas do processo estão organizados.

e) Introverso: processa informações internamente, necessitando de quietude para refletir e extrair energia.

f) Intuitivo: compreende o mundo como um todo, buscando padrões, significados e possibilidades futuras.

g) Sentimental: fundamenta decisões em aspectos subjetivos, considerando valores, pessoas e dimensões emocionais.

h) Perceptivo: mantém-se aberto, flexível e espontâneo; adapta-se facilmente ao que surge, preferindo não se limitar a planos rígidos.

PENSAMENTO E PENSAMENTO CRÍTICO

O pensamento ocorre de maneira contínua, com ideias e imagens que atravessam a mente a todo instante. Contudo, na maior parte do tempo, tais pensamentos apresentam-se de forma dispersa, sem propósito definido e com caráter predominantemente passivo. Para que o pensamento assuma um caráter

produtivo, faz-se necessário um esforço ativo direcionado à resolução das questões que se apresentam.

Pensamentos negativos ou desorganizados não conduzem ao resultado desejado. É preciso desenvolver um pensamento intencional, calculado e focado. Mesmo diante de múltiplas demandas, torna-se fundamental assumir o controle, organizar-se e definir etapas que permitam utilizar ao máximo a capacidade cognitiva. Esse movimento deliberado de orientar o próprio raciocínio é, justamente, o ponto de partida para pensar criticamente (Alfaro-Lefevre, 2019).

CONCEITOS

O pensamento crítico pode ser compreendido como um tipo de raciocínio. Trata-se de uma atividade altamente individualizada e complexa, que envolve a articulação de ideias, emoções, percepções e interpretações. Uma definição amplamente utilizada descreve o pensamento crítico como um **“pensamento com propósito e dirigido a um objetivo”** (Alfaro-Lefevre, 2019, grifo nosso). Outra formulação, também proposta pela autora, caracteriza-o como **“uma investigação cujo propósito é explorar uma situação, fenômeno, questão ou problema, a fim de chegar a uma hipótese ou conclusão que integre todas as informações disponíveis e que possa ser justificada”** (Alfaro-Lefevre, 2019, grifo nosso).

No âmbito da Enfermagem, Alfaro-Lefevre (2024) oferece uma definição ainda mais específica:

Pensamento crítico é propositalmente o alvo direto do pensamento que aponta para realizar julgamentos baseados em evidências (fatos), ao contrário da suposição (trabalhar por conjecturas). Fundamentado no método científico, com atitude questionadora e abordagem organizada para a descoberta, o pensamento crítico requer desenvolvimento estratégico que maximize o potencial humano.

Dessa forma, o pensamento crítico em Enfermagem:

- Orienta-se por um alvo específico — aquilo que se pretende compreender, decidir ou solucionar;
- Conduz a julgamentos baseados em fatos — e não em suposições ou impressões;
- Apoia-se nos princípios da ciência — observando e classificando dados, conduzindo experimentações, elaborando conclusões lógicas e testando hipóteses.

CARACTERÍSTICAS E ATITUDES DE PENSADORES CRÍTICOS

Segundo Alfaro-Lefevre (2024), pensadores críticos apresentam um conjunto de atitudes e comportamentos que favorecem análises mais precisas, decisões fundamentadas e práticas profissionais mais seguras. Entre essas características, destacam-se:

- Ação reflexiva: são pensadores ativos, com postura questionadora, crítica e respeitosa.
- Consciência de limites: reconhecem seus preceitos, limitações e lacunas de conhecimento, demonstrando humildade intelectual.
- Imparcialidade: compreendem que valores e crenças pessoais podem influenciar a interpretação de eventos, razão pela qual consideram múltiplos pontos de vista.
- Comunicação eficaz: possuem habilidade para expressar ideias de forma clara e objetiva.
- Empatia: demonstram capacidade de compreender o outro colocando-se em sua perspectiva.
- Abertura mental: analisam alternativas e suspendem julgamentos até que evidências adequadas sejam reunidas.
- Independência de pensamento: formulam suas próprias conclusões, evitando influências externas aceitas de modo acrítico.
- Curiosidade e perspicácia: buscam aprofundamento, investigam e percebem nuances.
- Organização e sistematicidade: estruturam seus processos de análise e tomada de decisão.
- Flexibilidade cognitiva: consideram diferentes caminhos e imaginam possibilidades variadas.
- Realismo: reconhecem que a melhor resposta nem sempre é perfeita, mas a mais adequada ao contexto.
- Cooperação: trabalham de forma colaborativa, orientados para objetivos coletivos.
- Compromisso com a excelência: reavaliam continuamente suas práticas e buscam aprimoramento constante.

Há, atualmente, uma tendência de substituir a expressão “resolver problemas” por “pensamento crítico”. Entretanto, o PC envolve mais do que a simples solução de problemas: na Enfermagem, ele inclui também a prevenção de problemas e a maximização de potenciais, ampliando substancialmente o escopo da análise e da intervenção profissional.

O pensamento crítico pode — e deve — ser ensinado e aprendido. O exercício contínuo das habilidades cognitivas fortalece a capacidade de pensar, pois o cérebro funciona como se fosse um músculo: quanto mais utilizado, mais eficiente se torna. Identificar novas formas de interagir com a informação — seja por meio da leitura ativa, de anotações significativas, de discussões em grupo ou de revisão reflexiva — acelera o aprendizado, uma vez que o PC é, por natureza, ativo e não passivo.

Por meio do pensamento crítico, reconhece-se que há diversas maneiras de realizar um mesmo procedimento sem contrariar princípios científicos fundamentais, bem como múltiplas respostas adequadas para um mesmo problema. Identifica-se, ainda, que os erros podem ser úteis, constituindo parte necessária do processo de aperfeiçoamento profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para alcançar êxito diante das rápidas transformações do mundo contemporâneo e da crescente complexidade e competitividade no campo da Enfermagem, é imprescindível desenvolver habilidades de pensamento crítico (PC) que favoreçam a adaptação a novas demandas e a tomada de decisões competentes no cuidado em saúde. O PC constitui-se como elemento central na resolução de problemas clínicos e organizacionais; profissionais que não o exercitam tendem a tornar-se parte das dificuldades do processo de trabalho, em vez de agentes efetivos de solução. Assim como qualquer competência cognitiva, o PC requer prática deliberada e contínua para seu aperfeiçoamento. Ressalta-se, ainda, que cada indivíduo possui um modo particular de pensar, o qual necessita ser exercitado de maneira consciente e intencional.

O pensamento, em sua forma mais ampla, corresponde a qualquer atividade mental, frequentemente espontânea, difusa ou desprovida de direção clara. Em contraste, o pensamento crítico é orientado, sistemático e com finalidade específica, voltado à obtenção de respostas fundamentadas e coerentes; por isso, pode ser compreendido como uma forma elaborada de raciocínio. Trata-se de um processo complexo, de natureza individualizada, que envolve a articulação lógica de múltiplas ideias. Exige, necessariamente, racionalidade, reflexão e a capacidade de examinar informações de modo criterioso, o que o torna essencial para o exercício profissional responsável e embasado na Enfermagem contemporânea.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach**. New York: Elsevier, 2019.

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

LUNNEY, Margaret. **Critical Thinking and Nursing Diagnosis: Case Studies and Analyses**. Philadelphia: NANDA International, 2008.

SANNA, M. C. Enfermagem se escreve com inicial maiúscula. [Editorial]. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 2, 1995.



C A P Í T U L O 2

PENSAMENTO CRÍTICO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM: UMA RELEITURA

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, abordam-se estratégias para o desenvolvimento do pensamento crítico (PC). Apresentam-se os fatores que influenciam esse processo, bem como técnicas de comunicação e outras estratégias relevantes — considerando que, no capítulo anterior, foram discutidos o conceito de PC e sua importância para a Enfermagem. Torna-se, portanto, essencial ampliar a consciência sobre o próprio modo de pensar, a fim de identificar caminhos para o aperfeiçoamento contínuo desse processo.

FATORES QUE INFLUENCIAM A HABILIDADE DE PENSAR CRITICAMENTE

Segundo Alfaro-Lefevre (2024), a capacidade de pensar criticamente varia conforme fatores pessoais e situacionais, isto é, elementos internos ao indivíduo e circunstâncias externas presentes no momento da análise. Há, portanto, condições específicas que exercem influência significativa sobre o desempenho do pensamento crítico.

Diante disso, recomenda-se uma leitura atenta e criteriosa do quadro 1, a fim de identificar aspectos que podem ser aprimorados para fortalecer seu próprio processo de pensamento.

Fatores que acentuam o PC	FATORES QUE IMPEDEM O PC
Fatores pessoais	Fatores pessoais
Imparcialidade	Preconceitos e tendências
Autoconfiança	Falta de autoconfiança
Conhecimento	Conhecimento limitado
Comunicação eficiente e habilidades interpessoais	Poucas habilidades de comunicação
Capacidade de expressar-se por escrito	Poucas habilidades de escrita
Capacidade de leitura e interpretação de textos	Poucas habilidades de leitura e interpretação
Experiências prévias	Experiência limitada
Fatores situacionais	Fatores situacionais
Consciência dos recursos disponíveis	Falta de consciência dos recursos
Presença de motivação	Falta de motivação, estresse, fadiga
Concentração na atividade	Distrações ambientais

Quadro 1 – Fatores que influenciam a habilidade de pensar criticamente

Fonte: Elaboração própria (2025).

HÁBITOS QUE REPRESENTAM BARREIRAS AO PENSAMENTO CRÍTICO

Alguns hábitos cognitivos e comportamentais podem limitar significativamente a expressão do pensamento crítico. Entre os mais comuns, destacam-se:

a) Hábito do “o meu é melhor”: consiste na tendência de considerar as próprias ideias, valores e perspectivas como superiores às dos demais. Essa postura reduz oportunidades de aprendizagem, restringe a compreensão de alternativas válidas e limita o acesso a diferentes formas eficazes de alcançar um objetivo ou executar um procedimento.

b) Hábito de escolher apenas uma opção: quando duas alternativas são apresentadas em uma situação clínica, frequentemente seleciona-se apenas uma, sem considerar que podem existir outras opções mais adequadas. Também se negligencia a possibilidade de combinar soluções ou, ainda, de reconhecer que nenhuma das alternativas inicialmente propostas é satisfatória.

c) Resistência à mudança: novas ideias, métodos ou abordagens são, por vezes, rejeitados sem análise aprofundada. Isso não implica aceitar tudo de forma acrítica,

mas sim suspender julgamentos precipitados e proceder a uma avaliação cuidadosa baseada em informações confiáveis.

d) Obediência nociva: refere-se ao hábito de adotar pensamentos ou práticas apenas porque são compartilhados pelo grupo de pertencimento, motivado pelo receio de parecer “diferente”. Tal postura enfraquece o julgamento independente e compromete a tomada de decisões fundamentadas.

e) Auto decepção: diz respeito ao esquecimento intencional ou à negação de aspectos pessoais que causam desconforto. Para manter uma aparência de competência, o indivíduo finge dominar conteúdo ou habilidades que, na realidade, não conhece, em vez de reconhecer a necessidade de aprender mais.

Estar consciente desses hábitos e dos fatores que influenciam o pensamento crítico permite identificar estratégias efetivas para aprimorá-lo. Tais barreiras podem ser superadas por meio da atenção deliberada aos próprios processos mentais e do esforço contínuo para substituir padrões antigos por formas mais ajustadas e reflexivas de responder às situações.

HÁBITOS QUE REPRESENTAM EFICIÊNCIA NO PENSAMENTO CRÍTICO (PC)

Para desenvolver um Pensamento Crítico eficaz, é fundamental cultivar hábitos cognitivos e comportamentais que favoreçam a tomada de decisão consciente, reflexiva e orientada por evidências. Entre os principais hábitos que potencializam o PC, destacam-se:

- **Proatividade:** refere-se à capacidade de agir de forma antecipada e responsável, preparando-se para situações antes que elas ocorram. Envolve disposição para intervir, buscar informações e assumir compromissos, evitando posturas reativas ou dependentes.
- **Iniciar objetivando:** consiste em definir metas claras e expectativas bem delineadas antes de iniciar qualquer processo de raciocínio ou tomada de decisão. Ter clareza sobre o que se deseja alcançar direciona o foco, evita dispersões e qualifica o julgamento clínico.
- **Decidir prioridades:** implica determinar, previamente, o que é mais relevante ou urgente dentro de um conjunto de demandas. Ao organizar prioridades, o profissional otimiza tempo, energia e recursos, tomando decisões mais criteriosas e compatíveis com as necessidades reais da situação.

Tais hábitos fortalecem o processo de PC e contribuem para uma prática de Enfermagem mais segura, eficiente e fundamentada.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO QUE ACENTUAM O PENSAMENTO CRÍTICO (PC)

Segundo Alfaro-Lefevre (2024), o desenvolvimento do Pensamento Crítico é fortemente influenciado pela qualidade da comunicação interpessoal, pois o PC depende da troca mútua de ideias e da capacidade de interpretar adequadamente as informações obtidas. Na prática clínica, tais estratégias são especialmente relevantes durante a coleta de dados subjetivos, independentemente do modelo utilizado — anamnese, Padrões Funcionais de Saúde (Marjory Gordon) ou Necessidades Humanas Básicas (Abraham Maslow).

Com base nisso, algumas estratégias favorecem a comunicação efetiva e ampliam o potencial do PC:

a) Procurar primeiramente entender, depois ser entendido: priorizar a escuta qualificada antes de expor a própria interpretação.

b) Declarar que a intenção não é julgar, mas compreender: transmitir segurança e empatia, facilitando que o interlocutor se expresse de maneira autêntica.

c) Visibilizar outros pontos de vista por meio da escuta ativa: considerar diferentes perspectivas e demonstrar atenção às mensagens verbais e não verbais.

d) Utilizar perguntas abertas: perguntas que exigem respostas mais amplas e descritivas. Exemplo: “Como você se sente em relação ao início do seu estágio de clínica amanhã?”

e) Evitar perguntas fechadas: aquelas que induzem respostas breves, geralmente limitadas a “sim” ou “não”. Exemplo: “Seu estágio começa amanhã, não é?”

f) Usar a escrita e os registros de forma eficiente: documentar com precisão promove clareza, continuidade do cuidado e base para decisões críticas.

g) Evitar questões sugestivas: perguntas que conduzem o paciente a uma resposta específica, comprometendo a veracidade das informações.

h) Reconhecer erros e pedir desculpas quando necessário: tal atitude fortalece a confiança, aprimora o vínculo terapêutico e demonstra maturidade profissional.

Essas estratégias aprimoram o diálogo, a coleta de informações e a tomada de decisão, contribuindo diretamente para a prática crítica e reflexiva na Enfermagem.

ESTRATÉGIAS DE PENSAMENTO CRÍTICO (PC)

Alfaro-Lefevre (2019) discute a influência de fatores pessoais, situacionais, hábitos e aspectos comunicacionais sobre o Pensamento Crítico. A partir dessas bases, é possível incorporar questões-chave que orientam a aplicação eficiente do PC na prática clínica. Essas questões funcionam como guias para estruturar o raciocínio e conduzir decisões mais seguras e fundamentadas.

- **Objetivo do pensamento – qual é?**

A clareza do objetivo direciona o foco e melhora a concentração. Há grande diferença entre “tirar dez em um teste de Enfermagem cardiológica” e “realmente saber cuidar de um paciente cardiopata”. Embora ambos exijam conhecimento, cada situação demanda abordagens mentais distintas.

- **Circunstâncias – quais são?**

O PC varia conforme o contexto. Um estudante pode responder corretamente a uma pergunta sobre cirrose em sala de aula, mas isso não significa estar apto a conduzir sozinho o cuidado desse paciente no ambiente clínico. Situações distintas exigem níveis diferentes de autonomia e responsabilidade.

- **Tipo de conhecimento – qual está sendo solicitado?**

O PC depende de domínio conceitual adequado. Por exemplo, não é possível pensar criticamente sobre o cuidado no infarto agudo do miocárdio sem compreender suas causas, fisiopatologia e tratamento. Assim, o estudo prévio torna-se requisito essencial para elaborar julgamentos clínicos sólidos.

- **Tempo disponível – quanto há?**

Quando há tempo suficiente, é possível desenvolver pensamento independente, consultando livros-texto e demais referências. Em situações urgentes, no entanto, pode ser necessário encaminhar o problema imediatamente ao profissional competente. A inteligência artificial pode oferecer respostas rápidas, mas não substitui o aprendizado profundo necessário para a atuação clínica segura.

- **Recursos – quais podem auxiliar?**

Identificar e acessar rapidamente recursos como livros, protocolos técnicos, artigos científicos, registros institucionais e informações confiáveis na internet é fundamental para esclarecer dúvidas e sustentar o PC.

- **Influências – o que está interferindo no raciocínio?**

É necessário reconhecer elementos que afetam a clareza do pensamento, como crenças pessoais, preconceitos, experiências negativas anteriores, fadiga ou

tendências emocionais. Ao identificar tais influências, torna-se possível compensá-las ou neutralizá-las, preservando a objetividade.

Além dessas questões, outras estratégias contribuem para o aprimoramento do PC, como o uso adequado da lógica, da intuição e da abordagem tentativa-erro, cada uma empregada de forma oportuna e contextualizada. Igualmente relevante é alternar a análise entre o “todo” e as “partes” da situação, integrando a visão global ao detalhamento necessário para uma avaliação abrangente.

HABILIDADES DE PENSAMENTO CRÍTICO (PC)

Diversas habilidades precisam ser desenvolvidas para que o Pensamento Crítico seja aplicado de maneira consistente na prática de Enfermagem. A seguir, apresentam-se essas habilidades e a forma como se manifestam em situações clínicas, conforme Alfaro-Lefevre (2024).

- **Identificar suposições**

Consiste em reconhecer quando algo está sendo tomado como fato sem evidências.

Exemplo: o técnico de Enfermagem afirma: “O paciente da laparotomia está com dor”. A enfermeira questiona: “Como é essa dor?”. O técnico responde: “Não perguntei, mas deve ser da incisão”. Trata-se de uma suposição — a dor pode ser incisional, mas também pode indicar cefaleia, infarto ou outros problemas.

- **Utilizar uma abordagem organizada de pesquisa**

Ser sistemático melhora a capacidade de coletar dados relevantes.

Há diferentes modos de coletar dados:

➤ **Subjetivos:** anamnese, padrões funcionais de saúde (M. Gordon), necessidades humanas básicas.

➤ **Objetivos:** abordagem céfalo-caudal ou por sistemas.

- **Verificar a exatidão dos fatos**

Toda informação inesperada deve ser conferida.

Exemplo: se um paciente apresenta glicemia capilar de **20 mg/dL** e está deambulando normalmente, o valor precisa ser reavaliado imediatamente.

- **Distinguir o relevante do irrelevante**

Trata-se de selecionar dados significativos para a situação clínica.

Exemplo: paciente idoso, deficiente visual, com múltiplos hematomas e equimoses.

O sexo masculino é irrelevante.

A deficiência visual, as quedas frequentes e os hematomas são altamente relevantes e exigem investigação adicional para identificação de padrões.

- **Reconhecer inconsistências**

Significa perceber contradições nos dados.

Exemplo: um hematoma periorbitário extenso ser explicado como “queda da própria altura” pode não ser compatível com a etiologia referida.

- **Diferenciar o normal do anormal**

Requer conhecimento prévio.

Exemplos:

Diferenciar sibilos de murmúrios broncovesiculares;

Reconhecer quando um asmático apresenta sibilância agravada, indicando piora clínica.

- **Reunir informações afins**

É o agrupamento lógico de dados relacionados, permitindo formar um modelo global da situação.

Exemplos:

➤ Paciente A (sibilante): associar frequência respiratória acelerada à presença de sibilos → Padrão de Percepção e de Manutenção da Saúde (modelo de Gordon).

➤ Paciente B (inapetência + dificuldade de preparar alimentos): agrupamento de dados indica alteração no Padrão Nutricional–Metabólico (modelo de Gordon).

Esses agrupamentos também ocorrem quando se utiliza o modelo das Necessidades Humanas Básicas (NHB), reunindo dados referentes à oxigenação, eliminação, segurança etc.

- **Formular perguntas relevantes sobre os padrões envolvidos**

Exemplos:

➤ Paciente B (nutrição): perguntar sobre perda ponderal.

➤ Paciente A (respiração): questionar histórico de alergias ou doenças respiratórias prévias.

- **Extrair conclusões válidas**

Consiste em elaborar conclusões fundamentadas em evidências e raciocínio lógico.

Exemplo de diagnóstico de Enfermagem (paciente B): Ingestão nutricional inadequada, relacionada à tristeza e inapetência, evidenciada por perda ponderal de 5 kg e hipocoramento.

Importante: avaliar se outras possibilidades foram excluídas — por exemplo, poderia a perda de peso estar associada a um câncer? Um CA não é DE, mas faz parte do escopo clínico que uma enfermeira deve reconhecer.

- **Identificar a causa fundamental e estabelecer prioridades**

É distinguir o que exige intervenção imediata do que pode ser manejado posteriormente.

➤ Paciente B: investigar se a tristeza é indicativa de depressão que leve à perda de peso; avaliar a partir de instrumentos específicos de estratificação de risco em saúde mental.

➤ Paciente A: sibilos aumentados exigem intervenção imediata por representarem risco respiratório.

Pergunta-chave para o final do texto:

Se A e B estivessem na mesma enfermaria, qual problema deveria ser priorizado primeiro?

A ventilação comprometida (paciente A) ou

A possível depressão e desnutrição (paciente B)?

Raciocine e responda ao final.

- **Desenvolver um plano de cuidados abrangente e realista**

Inclui estabelecer metas claras, mensuráveis e temporais.

Exemplos:

➤ Paciente B: “ganhar 1 kg em duas semanas”.

➤ Paciente A: “apresentar melhoria do padrão respiratório 15 minutos após inalação com fenoterol + ipratrópio”.

O plano também deve prever riscos e alternativas.

Exemplo: Se o paciente B continuar a não se alimentar, pode ser necessária a presença diária de um acompanhante para auxiliar e monitorar refeições.

Alfaro-Lefevre (2024) ressalta que muitas dessas habilidades já ocorrem de forma automática, sem que o profissional se dê conta. O essencial é compreender que o PC é contextual, isto é, depende das circunstâncias, do propósito e do nível de conhecimento disponível. Quando o conhecimento é limitado — como ocorre com estudantes — é necessário recorrer a recursos adicionais, como livros, protocolos e profissionais experientes, para aplicar o PC de forma segura e embasada.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do pensamento crítico (PC) constitui competência essencial e estruturante para a prática de Enfermagem contemporânea. Diante da complexidade crescente dos cenários clínicos, dos avanços tecnológicos e da necessidade permanente de decisões fundamentadas, pensar criticamente deixa de ser uma habilidade acessória e assume o papel de elemento nuclear da atuação profissional. A análise dos fatores pessoais e situacionais que influenciam o raciocínio, bem como a identificação de hábitos que favorecem ou dificultam o PC, mostra que a capacidade de julgar, decidir e agir de modo seguro é resultado de um processo intencional, contínuo e dependente de autorreflexão.

A superação das barreiras cognitivas e comportamentais — como preconceitos, respostas automáticas, obediência nociva ou resistência a mudanças — exige consciência metacognitiva e disposição para revisar pressupostos. Da mesma forma, o aprimoramento das estratégias de comunicação, especialmente na coleta e interpretação de dados subjetivos, potencializa a capacidade diagnóstica do enfermeiro, ampliando a clareza das informações e fornecendo base sólida para o raciocínio clínico.

As estratégias de PC apresentadas, incluindo a definição clara de objetivos, a análise da situação, o uso adequado de recursos, o reconhecimento das influências internas e externas e a mobilização de distintos tipos de conhecimento, evidenciam que pensar criticamente é um processo sistemático, contextual e orientado a finalidades assistenciais. As habilidades configuram-se como fundamentos indispensáveis para o estabelecimento de diagnósticos acurados e para a construção de planos de cuidados realistas, seguros e individualizados.

Assim, o PC não se limita a uma habilidade abstrata, mas manifesta-se concretamente na tomada de decisões, na priorização de problemas, na formulação de julgamentos clínicos e na implementação de cuidados baseados em evidências. Desenvolvê-lo exige prática deliberada, estudo sistemático, abertura para novas perspectivas e engajamento responsável frente às demandas dos pacientes. Em

síntese, o pensamento crítico é o instrumento pelo qual o enfermeiro transforma dados em conhecimento significativo, conhecimento em decisões prudentes e decisões em intervenções eficazes, assegurando uma assistência ética, racional e de alta qualidade.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: a practical approach**. 6. ed. St. Louis: Elsevier, 2019.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Alfaro's clinical judgment in nursing: a how-to practice approach**. 8. ed. St. Louis: Elsevier, 2024.



C A P Í T U L O 3

PROCESSO DE ENFERMAGEM: BASES ESSENCIAIS

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

CONCEITOS E DEFINIÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A AVALIAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A formulação dos diagnósticos será discutida mais à frente.

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

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

Os eixos são:

Eixo 1 – Foco

Eixo 2 – Sujeito do cuidado

Eixo 3 – Julgamento

Eixo 4 – Local anatômico

Eixo 5 – Idade

Eixo 6 – Curso clínico

Eixo 7 – Categoria do diagnóstico

Eixo 8 – Restrição situacional

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

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

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

PLANEJAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IMPLEMENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EVOLUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Categorias Diagnósticas Ou Título

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

b) Fatores relacionados

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

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

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

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

c) Características Definidoras

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

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

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

d) Problemas colaborativos

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

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

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CAPÍTULO 4

ANAMNESE TRADICIONAL BIOMÉDICA

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

O termo *anamnese*, de origem latina, remete semanticamente à ideia de “recordar o passado”, referindo-se, nesse contexto, ao histórico de saúde e doença do paciente (Porto, 2025).

De acordo com Barros (2021), a anamnese constitui uma etapa essencial da coleta de dados no Processo de Enfermagem. Trata-se de um procedimento sistematizado destinado à obtenção de informações subjetivas que permitam compreender a condição de saúde do indivíduo, fornecendo subsídios para o raciocínio clínico e para a formulação dos diagnósticos de Enfermagem. Nessa perspectiva, a anamnese não se limita à simples obtenção de relatos, mas integra a construção estruturada de um banco de dados clínicos que fundamenta todas as etapas subsequentes do cuidado profissional.

A maioria das enfermeiras não possui o hábito de realizar a história clínica focada para os cuidados de Enfermagem, o que compromete a qualidade do processo de cuidar, bem como a visibilidade da ação da enfermeira e a identidade profissional. De modo geral, observa-se que a própria política institucional tende a desvalorizar o Processo de Enfermagem (PE), transformando-o num modelo impresso ou digital, muitas vezes copiado e colado pelo excesso de atividades do enfermeiro, desconectado do raciocínio clínico e crítico. Apesar da existência de legislação específica sobre o PE, a enfermeira é frequentemente direcionada para atividades voltadas à operacionalização das ações de outros profissionais e gestão da unidade, em detrimento da execução plena e clínica do PE.

A anamnese é um modelo tradicionalmente associado ao paradigma biomédico, voltado predominantemente para a investigação de aspectos patológicos. Por essa razão, constitui o formato de coleta de dados mais frequentemente registrado nos prontuários, uma vez que é o procedimento rotineiramente realizado pelos médicos

durante a admissão do paciente hospitalar. Consequentemente, a anamnese não abrange todos os aspectos necessários para o adequado delineamento dos cuidados de Enfermagem, uma vez que o objeto de trabalho da Enfermagem é o cuidado — e não exclusivamente a doença. Nessa perspectiva, a enfermeira atua no manejo das respostas humanas aos problemas de saúde, expressas por meio dos diagnósticos de Enfermagem, ampliando o olhar para além da condição patológica em si.

A anamnese pode ser empregada em emergências, no acolhimento, na triagem, momentos em que a enfermeira necessita realizar um diagnóstico sintomático. Nesses cenários, pode não ser adequado ou viável coletar dados segundo o modelo das Necessidades Humanas Básicas — adaptado para a Enfermagem por Wanda de Aguiar Horta — ou pelos Padrões Funcionais de Saúde, desenvolvidos por Marjorie Gordon. Esses referenciais são aprofundados nos capítulos seguintes. Todavia, cada uma dessas estruturas de coleta de dados subjetivos pode ser adotada conforme a preferência profissional considerando-se a área de atuação.

Dessa forma, a anamnese permanece sendo um método voltado principalmente à investigação da patologia, razão pela qual é mais frequentemente utilizada por médicos. Entretanto, pode ser aplicada por enfermeiros, desde que estes mantenham claramente em mente suas especificidades e limitações.

As etapas da anamnese são:

- I. Identificação
- II. Queixa Principal (QP)
- III. História da Doença Atual (HDA)
- IV. História Patológica Progressiva (HPP)
- V. História Fisiológica (HFis)
- VI. História Familiar / História Familiar (HFam / HFal)
- VII. História Social (HSoc)

I. Identificação

A identificação constitui a primeira etapa da coleta de dados. Nela, a enfermeira deve registrar informações que permitem situar o paciente em seu contexto biológico, social, ocupacional e epidemiológico. Bevilacqua et al. (2003) afirmam que devem ser coletados os seguintes dados:

Nome – corresponde à identificação básica do paciente.

Sexo – a prevalência de diversas doenças varia conforme o sexo, havendo enfermidades mais frequentes em homens ou em mulheres.

Idade – Porto (2025) destaca que muitas doenças apresentam distribuição distinta entre as diferentes faixas etárias. Em crianças, eram mais frequentes enfermidades como sarampo, rubéola, parotidite, varicela e coqueluche. Já entre adultos e idosos, predominam condições como infarto agudo do miocárdio (IAM), angina, hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC), enfisema, bronquite, pneumonia, infecção urinária, osteoporose e diabetes mellitus (DM).

Estado civil – pode influenciar o perfil epidemiológico. Por exemplo, a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) costuma ser maior entre pessoas solteiras, devido à maior rotatividade de parceiros.

Naturalidade e nacionalidade – permitem identificar exposições relacionadas à região de origem. Exemplo: Manaus concentra doenças tropicais; nos rios do Amazonas não existe o caramujo transmissor da esquistossomose. Em São Paulo, predominam enfermidades de caráter respiratório, no mediterrâneo há maior incidência de talassemias e outros distúrbios hematológicos.

Profissão – fornece indícios de riscos ocupacionais que podem estar relacionados ao adoecimento, como exposição química, atividades repetitivas, longas jornadas, excesso de esforço físico ou permanência em pé por longos períodos. Exemplo: professores e enfermeiros podem desenvolver insuficiência venosa devido à ortostatismo prolongado.

Residência atual – importante para identificar exposição a áreas endêmicas.

Residências anteriores – auxilia na detecção de exposições epidemiológicas prévias, especialmente em regiões com endemias específicas.

II. Queixa Principal

A Queixa Principal corresponde ao relato espontâneo do paciente, registrado exatamente conforme suas próprias palavras. Por exemplo, se o paciente afirma estar com “dor de barriga”, a enfermeira deve registrar dor de barriga como QP. É importante evitar construções como “o paciente falou”, pois não fazem parte da redação técnica. Recomenda-se utilizar a forma verbal como **relata**, **refere** ou **informa**, que expressam de maneira mais precisa e profissional o relato do paciente.

Após o registro da QP, a enfermeira dá continuidade ao processo de coleta de dados por meio da História da Doença Atual (HDA), na qual investiga de forma

sistematizada as características, evolução e fatores relacionados ao processo mórbido em desenvolvimento.

III. História da Doença Atual

A HDA constitui uma etapa fundamental da avaliação, pois permite compreender a evolução do quadro clínico e, a partir dela, estabelecer o diagnóstico médico ou, no âmbito da Enfermagem, identificar problemas de saúde, respostas humanas e necessidades que demandem intervenções do enfermeiro.

Bickley *et al.* (2023) descrevem que a HDA deve ser redigida utilizando linguagem técnica, de forma minuciosa, específica e detalhada, contemplando todos os aspectos relevantes do processo patológico.

Nesse sentido, é necessário salientar que habilidade técnica de registro e documentação só se adquire e desenvolve com muita leitura acadêmica e atividades redigidas a mão. É absolutamente fundamental desenvolver um vernáculo compatível com o nível de formação e com as responsabilidades inerentes ao profissional de curso superior que é o enfermeiro. O domínio da linguagem técnico-científica e de uma comunicação formal, precisa e coerente constitui não apenas um requisito acadêmico, mas também um elemento essencial para o exercício qualificado da prática profissional, para a produção e a difusão do conhecimento científico e para a atuação ética e responsável nos diferentes contextos de cuidado em saúde.

A competência linguística adequada permite ao enfermeiro expressar raciocínios clínicos de forma clara, registrar informações de maneira fidedigna, elaborar relatórios, pareceres e documentos oficiais, bem como dialogar de modo eficaz com equipes multiprofissionais, gestores, pesquisadores e instâncias institucionais. Além disso, o uso apropriado do vernáculo contribui para a valorização social da profissão, reforça sua identidade científica e fortalece sua legitimidade no campo acadêmico e assistencial.

Nesse sentido, a formação em Enfermagem deve contemplar, de maneira sistemática, o desenvolvimento da comunicação escrita e oral em nível formal, incentivando a leitura crítica, a produção textual acadêmica e o uso rigoroso da terminologia própria da área. Tal investimento repercute diretamente na qualidade do cuidado prestado, na segurança do paciente e na consolidação da Enfermagem como uma ciência e uma profissão fundamentada em evidências, reflexão crítica e excelência técnica.

Na HDA, o enfermeiro explora os sinais e sintomas descritos na QP, bem como sintomas associados, investigando características, progressão e condições que influenciam o quadro. Entre as informações que devem ser investigadas e registradas, incluem-se:

- Tempo de evolução: há quanto tempo o paciente está doente.
- Início do quadro: quando os sintomas começaram registrando-se o ano e, sempre que possível, o mês de início.
- Forma de início: como surgiram os primeiros sinais e sintomas.
- Evolução: descrição da progressão do quadro até o momento da avaliação.
- Estado atual: o que o paciente sente no presente momento.
- Tratamentos prévios: terapias realizadas anteriormente, incluindo internações e respectivas datas.
- Fatores modificadores: elementos que agravam ou aliviam o quadro (ex.: posição, medicamentos, esforço, alimentação, repouso).

É uma etapa importante porque por meio dela é fechado o diagnóstico da doença. No caso da Enfermagem, por esta etapa serão levantados problemas de saúde os quais podem necessitar de intervenções da Enfermeira.

QP “Dor de barriga”

(Registrar sempre entre aspas, exatamente como o paciente expressou.)

A dor constitui um sinal semiológico fundamental e, por isso, deve ser investigada de forma minuciosa. É imprescindível explorar todos os seus aspectos, buscando obter o máximo de detalhes possíveis, a fim de caracterizá-la e especificá-la adequadamente (Porto, 2025).

Para uma avaliação completa, o enfermeiro deve abordar questões essenciais, tais como:

- Quando começou a dor?
- Há quanto tempo está com dor?
- Qual é o tipo da dor? (pontada, aperto, queimação, cólica...)
- O que desencadeou essa dor?
- Como evoluiu essa dor ao longo do tempo?
- A dor é acompanhada de outros sinais ou sintomas? Como diarreia, cefaleia, icterícia, dispneia, náuseas, febre ou outros.
- Qual o vocabulário utilizado pelo paciente? É importante adaptar a comunicação, utilizando linguagem clara, adequada ao nível de compreensão da pessoa assistida.
- Onde a dor está localizada?

- Há irradiação da dor? (se permanece em um ponto ou se se estende a outras regiões).
- A dor é contínua ou intermitente? (se permanece todo o tempo ou se vai e volta).

Esses elementos permitem ao enfermeiro uma avaliação detalhada que contribui para o raciocínio clínico e para a formulação de diagnósticos de Enfermagem mais precisos, além da gestão eficiente de sinais e sintomas.

Exemplo de redação técnica:

HDA Paciente relata dor abdominal há aproximadamente ____ dias. Início súbito/insidioso (especificar). Refere localização em _____, com irradiação para _____. Caracteriza a dor como _____ (ex.: em cólica, em queimação, pressão). Evolução _____ dias/semanas/meses. Atualmente, apresenta _____. Nega/Refere sintomas associados, como náuseas, vômitos, diarreia, febre, constipação, inapetência(especificar). Já realizou/Não realizou tratamento prévio. Refere que a dor melhora com _____ e piora com _____.

Suponha-se que o paciente relate “dor de barriga, falta de ar e inchaço nos pés”. Essas informações constituem a Queixa Principal (QP), que sempre deve ser registrada com as palavras exatas do paciente. É importante lembrar que alguns indivíduos são considerados “*poli-queixosos*”, ou seja, apresentam muitas queixas simultaneamente. Nessas situações, o enfermeiro deve priorizar até três queixas, selecionando aquelas que o paciente identifica como mais incômodas ou relevantes. Se o paciente mencionar dez queixas, por exemplo, cabe ao profissional perguntar quais são as que mais o afligem.

Após essa etapa, o enfermeiro converte as queixas para a HDA, utilizando linguagem técnica, mais específica e detalhada. Assim, a transcrição adequada seria:

- **QP** “Dor de barriga, falta de ar e inchaço nos pés”.
- **HDA** Dor abdominal acompanhada de dispneia e edema nos pés.

Portanto, enquanto a **QP** deve refletir fielmente o modo como o paciente verbaliza sua condição, a **HDA** deve ser registrada em linguagem técnica, clara e descritiva, acrescentando precisão clínica ao dado obtido na entrevista.

Segundo Junqueira e Martinez (2020), ao redigir essas informações na anamnese, é fundamental atentar para os comentários que auxiliam na correta compreensão dos dados. A primeira informação que deve ser investigada na HDA é como e quando a dor ou o sintoma inicial começou.

Exemplo de registro técnico:

Início do quadro clínico há seis meses, com dispneia aos esforços, especialmente ao subir escadas. **(A)**

Em outras palavras, o paciente não apresentava dispneia em repouso; contudo, ao realizar esforço físico — como caminhar rápido, subir escadas ou levantar-se da cama — manifestava dispneia.

É imprescindível caracterizar detalhadamente o tipo de dispneia, investigando em quais situações ela ocorre:

- Apenas com esforços leves?
- Ao caminhar?
- Ao subir escadas?
- Ao deitar-se?
- Em repouso?

Quanto mais específica e contextualizada for a descrição, maior será a precisão clínica do registro e melhor será o raciocínio diagnóstico subsequente.

- Dois meses após, passou a apresentar dispneia de repouso sem expectoração¹ ou hemoptise². **(B)**
- Foi medicado com diuréticos e digitálicos³ melhorando acentuadamente e permanecendo assintomático por dois meses. **(B)**
- Há 15 dias, após uma semana sem a medicação, voltou a apresentar dispnéia em repouso, bem como oligúria e edema dos membros inferiores até os joelhos. **(C)**
- Então, o paciente ficou uma semana sem a medicação, voltou a apresentar dispneia, e além da dispneia, apresentou oligúria⁴, ou seja, começou a reter líquido, começou a ter redução da diurese, e em consequência da retenção de líquido apareceu o edema⁵. Nota-se que o paciente piorou
- Ao lado disso, surgiu dor no hipocôndrio⁶ direito e expectorações sanguíneas (hemoptises) eventuais. **(C)**
- Atualmente, suas queixas são as mesmas de 15 dias atrás. **(D)**

1. **Expectoração**: escarro, secreção oriunda do trato respiratório inferior.

2. **Hemoptise**: escarro com sangue.

3. Os **digitálicos** constituem uma classe de fármacos que atuam no músculo cardíaco aumentando a força de contração — efeito inotrópico positivo — e, simultaneamente, reduzindo a frequência cardíaca, caracterizando um efeito cronotrópico negativo. Já os diuréticos são medicamentos destinados a promover a eliminação de líquidos do organismo, principalmente por meio do aumento da excreção urinária.

4. **Oligúria**: diminuição do volume de urina, comumente relacionado a retenção hídrica.

5. **Edema**: inchaço.

6. **Hipocôndrio**: localiza-se no abdome logo abaixo do peito direito (hemitórax direito), na posição atribuída ao fígado.

As informações devem ser redigidas seguindo a ordem recomendada (Camargo, 2019):

(A) Época e início do quadro clínico — descrição do surgimento da doença, sinais e sintomas iniciais.

(B) Modo de evolução e tratamentos realizados — mudanças no curso clínico, respostas terapêuticas e intervenções realizadas.

(C) Intercorrências e outros achados relevantes — eventos associados, complicações ou novos sintomas.

(D) Queixas atuais — manifestações clínicas presentes no momento da avaliação.

Concluída essa etapa, o próximo passo consiste em coletar dados referentes aos antecedentes mórbidos do paciente.

IV. História Patológica Progressiva (HPP) – Passado do Paciente

a) Doenças Comuns da Infância (DCI): incluem sarampo, coqueluche, varicela, parotidite, difteria, febre tifóide⁷, febre reumática⁸ e amigdalites de repetição⁹. Existe importante relação entre amigdalite de repetição e febre reumática.

b) Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): incluir investigação sobre sífilis¹⁰, gonorreia (blenorragia)¹¹, clamidíase¹², cancro mole¹³, linfogranuloma venéreo¹⁴ e leucorreias¹⁵ (corrimentos). Esses dados são especialmente relevantes quando a enfermeira realiza abordagem sindrômica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

7. Agente etiológico da **febre tifóide**: *Salmonella enterica* subsp. *enterica* sorovar Typhi – um dos sinais é a diarreia.

8. A **Febre Reumática** é uma complicação tardia e não supurativa, de caráter autoimune, desencadeada de uma a três semanas após episódio de faringoamigdalite atribuída ao *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A de Lancefield, em hospedeiro geneticamente suscetível com tendência a recorrência. Afeta frequentemente as articulações, embora as complicações graves mais frequentes sejam cardíacas (cardite) e, em menor frequência, neurológicas (coreia) e dermatológicas (eritema marginado e nódulos subcutâneos) (Benjamin; Jameson; Loscalzo, 2016).

9. A cavidade orofaríngea na qual se incluem as amígdalas não é estéril, é colonizada por muitos microrganismos, bactérias que fazem parte do ambiente (flora) normal. Por exemplo, a fadiga, as mudanças bruscas de temperatura ou o uso inapropriado de antibióticos pode levar à proliferação de qualquer um dos microrganismos existentes na orofaringe, ou a invasão de vírus e bactérias do meio exterior, pode levar a um desequilíbrio da flora local e desencadear uma infecção. A maioria dos casos de amigdalite são provocados por vírus, sendo os restantes de origem bacteriana, especialmente *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A, o qual é responsável por cerca de 15% dos casos (Benjamin; Jameson; Loscalzo, 2016).

10. **Sífilis**: IST causada pela bactéria *Treponema pallidum*, espiroqueta Gram-negativa, transmitida predominantemente por contato sexual e, verticalmente, da gestante para o feto (Veronesi; Focaccia, 2020).

11. **Gonorreia**: IST causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, um diplococo Gram-negativo, transmitido principalmente por contato sexual desprotegido e, eventualmente, por transmissão vertical durante o parto, é uma das IST mais frequentes (Veronesi; Focaccia, 2020).

12. A **clamidíase** ou **clamidiose** (sorotipos D a K da bactéria *Chlamydia trachomatis*, constitui uma infecção sexualmente transmissível frequentemente assintomática, associada a uretrite, cervicite e doença inflamatória pélvica.) IST de alta prevalência e apresenta manifestações semelhantes às da gonorreia (Veronesi; Focaccia, 2020).

13. **Cancro mole**: IST, agente etiológico é o cocobacilo *Haemophilus ducrey* (Veronesi; Focaccia, 2020).

14. O **linfogranuloma venéreo** (LGV) é causado por *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3) (Veronesi; Focaccia, 2020).

15. **Leucorreias** não são obrigatoriamente associadas a ISTs. A vaginose bacteriana (ou vaginite não específica) é, na verdade, a causa mais comum de corrimento vaginal. Ela resulta de uma alteração da flora vaginal, marcada pela redução dos lactobacilos — bactérias protetoras — e pelo predomínio de micror-

c) Doenças Alérgicas (Atopias): explorar antecedentes de asma, rinite alérgica e dermatites.

d) Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Doenças Crônico-Degenerativas) considerar histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e aterosclerose.

e) Procedimentos e Condições Patológicas Anteriores: investigar cirurgias prévias, traumatismos, hemotransfusões, história de câncer (CA), tumores (TU), acidentes e helmintíases (verminoses).

Em continuidade, a enfermeira deve também investigar a história fisiológica, o que é particularmente relevante na prática de enfermeiros pediatras e obstetras.

V. História Fisiológica (HFis)

A avaliação das condições de nascimento inclui informações fundamentais acerca do tipo de parto, como a ocorrência de parto transvaginal¹⁶ ou cesáreo, bem como a presença de dificuldades durante o processo, caracterizadas como distócias¹⁷. Também deve ser registrada a idade gestacional no momento do nascimento, de modo a determinar caso tenha se tratado de um parto a termo¹⁸ — aquele que ocorre entre 37 e 41 semanas — ou se houve antecipação ou prolongamento do período gestacional. É relevante identificar se o parto ocorreu em ambiente hospitalar ou domiciliar, pois esse dado pode influenciar o risco perinatal e o acompanhamento subsequente.

No que se refere às condições de desenvolvimento, investigam-se aspectos do desenvolvimento psicomotor¹⁹ (DPM), amamentação, aquisição da marcha, desenvolvimento da fala e cronologia da dentição.

ganismos como a *Gardnerella vaginali*, **não é classificada como IST**, embora esteja associada a fatores comportamentais e sexuais (Veronesi; Focaccia, 2020).

16. **Parto transvaginal** é aquele em que o nascimento ocorre pela vagina, termo que se refere exclusivamente à via de parto. Assim, qualquer parto que utilize o canal vaginal, independentemente de como evolua, é transvaginal. Isso inclui desde o parto normal espontâneo até partos em que há intervenções, como o uso de fórceps. O **parto eutócico** é um conceito que descreve como o parto se desenvolve, e não a via utilizada. Um parto é considerado eutócico quando evolui de maneira natural, fisiológica e sem complicações, com início espontâneo do trabalho de parto, progressão adequada e ausência de intervenções instrumentais. Nesse tipo de parto, o bebê nasce pela via vaginal, com boa vitalidade, e a mãe não apresenta distócias ou necessidade de recursos cirúrgicos ou mecânicos. Assim, o parto eutócico é sempre um parto transvaginal, pois ocorre pela via vaginal; contudo, nem todo parto transvaginal é eutócico, já que alguns podem necessitar de intervenções ou apresentar complicações que descaracterizam sua evolução fisiológica (Zugaib, 2023).

17. **Distócia** é o termo obstétrico que define qualquer dificuldade, anormalidade ou impedimento no processo de parto que dificulta a progressão natural do nascimento, podendo comprometer a mãe, o feto ou ambos (Zugaib, 2023).

18. **Parto a termo** significa que o nascimento ocorreu dentro da idade gestacional considerada ideal, ou seja, entre 37 semanas completas e 41 semanas e 6 dias de gestação. Se refere ao período em que o bebê está biologicamente pronto para nascer, com menor risco de complicações associadas à prematuridade ou ao pós-termo. Pré-termo: < 37 semanas. Pós-termo: ≥ 42 semanas (Neme, 2006).

19. **DPM:** Os marcos globais do desenvolvimento infantil podem ser sintetizados de forma progressiva ao longo dos primeiros dois anos de vida. Por volta dos **três meses**, a criança passa a sustentar a cabeça, demonstrando maior controle cervical. Aos **seis meses**, é esperado que consiga sentar-se com apoio e

Para adolescentes do sexo feminino, inclui-se ainda a idade da adrenarca²⁰, drenarca²¹ e menarca²², bem como a caracterização dos ciclos menstruais seguintes, considerando duração, intervalo entre períodos catameniais posteriores e regularidade. A descrição dos ciclos costuma seguir um padrão como “28/3”, indicando que a menstruação ocorre a cada 28 dias, com duração de três dias. Também deve ser avaliada a intensidade do fluxo menstrual, classificada como pequeno, médio ou intenso.

A avaliação da saúde do adolescente ou adulto envolve, adicionalmente, a investigação das etapas do desenvolvimento puberal, incluindo telarca²³, pubarca²⁴, axilarca²⁵ e sexarca²⁶. A história sexual deve contemplar informações sobre uso de métodos contraceptivos, utilização de preservativo, número de parceiros e possíveis exposições de risco. Entre adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, registra-se também o histórico obstétrico, representado por G, P e A²⁷ (gestações, partos e abortos), além de complicações e tempo gestacional em cada evento.

Enfermeiros especialistas em saúde da família, enfermeiros pediatras e enfermeiros obstetras atuam diretamente nos cuidados à criança e ao adolescente, utilizando esses dados clínicos para planejar e implementar o processo de cuidado. Essas informações subsidiam consultas de puericultura, atendimentos de saúde do adolescente (Brasil, 2009), acompanhamento pré-natal (Brasil, 2012) e consultas ginecológicas (Brasil, 2013), permitindo uma abordagem integral, contínua e baseada em parâmetros clínicos consolidados.

transferir objetos entre as mãos, indicando avanço na motricidade grossa e fina. Aos **nove meses**, geralmente inicia o engatinhar e responde ao próprio nome, evidenciando evolução motora e cognitiva. Próximo aos **doze meses**, a criança costuma dar os primeiros passos e produzir de uma a três palavras com significado, marcando importantes conquistas na marcha e na linguagem inicial. Por volta dos **dezoito meses**, já é capaz de correr, empilhar alguns cubos e utilizar cerca de dez palavras, demonstrando maior coordenação e expansão do vocabulário. Finalmente, aos **vinte e quatro meses**, costuma formar frases simples de duas palavras e subir escadas, consolidando avanços significativos no desenvolvimento motor, cognitivo e linguístico (Lima, 2010).

20. **Adrenarca** é o início da produção aumentada de andrógenos pelas glândulas adrenais, marcando o aparecimento de pelos e odor corporal na puberdade (Lima, 2010).

21. **Drenarca** é o termo que se refere ao início da produção e secreção de secreções vaginais (fluido vaginal) durante a puberdade feminina.

22. **Menarca** é a primeira menstruação, indicando que o eixo hormonal reprodutivo se tornou funcional e que o organismo alcançou uma etapa importante da puberdade. **Catamênios posteriores** (períodos catameniais posteriores) são as menstruações seguintes à menarca, avaliadas quanto à regularidade, duração e quantidade do fluxo, pois refletem a maturidade e o equilíbrio do ciclo menstrual ao longo do tempo (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025).

23. **Telarca** é o início do desenvolvimento das mamas, sendo o primeiro sinal clínico da puberdade na maioria das meninas (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025).

24. **Pubarca** é o início do crescimento dos pelos pubianos, representando um dos marcos do desenvolvimento puberal (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025).

25. **Axilarca** é o aparecimento dos pelos nas axilas, marcando uma etapa do desenvolvimento puberal (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025).

26. **Sexarca** é o termo utilizado para indicar o início da vida sexual, ou seja, a primeira relação sexual de uma pessoa (Bastos, 1998).

27. Exemplo: histórico obstétrico de G3 P2 A1 significa três gestações, dois partos a termo e um aborto espontâneo. Histórico G2 P0 A2, duas gestações anteriores, ambas evoluindo para abortamento, sem partos prévios.

VI. História Familiar / História Familiar (HFam.)

Embora na prática clínica contemporânea os termos História Familiar e História Familiar sejam empregados como sinônimos, alguns autores clássicos da semiologia brasileira e europeia estabeleciam distinções conceituais entre ambos. Em compêndios tradicionais influenciados pela literatura franco-alemã — como as edições antigas de *Semiologia Médica* de Pappenheim; (1982) — e também em obras clássicas amplamente utilizadas no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, como *Semiologia Médica* de José Vieira Romeiro (1980) e o *Manual do Exame Clínico* de Bevilacqua e colaboradores (2003), o termo “história familiar” era empregado em sentido estrito, limitado às condições de saúde presentes entre parentes consanguíneos (pai, mãe, avós, irmãos, filhos), especialmente aquelas de padrão hereditário ou agregação familiar. Já “história familiar” apresentava um escopo mais abrangente, incluindo fatores ambientais, culturais, comportamentais (por ex., marido e esposa) e socioeconômicos que caracterizam o contexto de vida da família e influenciam o processo saúde-doença. Apesar dessa distinção histórica, os principais autores contemporâneos de semiologia e propedêutica — como Porto & Porto (2025), Rezende (2015), Bates (2021) e DeGowin (2014) — não mantêm tal diferenciação, adotando preferencialmente o uso unificado do termo História Familiar.

Com esses aspectos epistemológicos esclarecidos, deve-se proceder a investigação dos antecedentes familiares, que inclui o levantamento sistemático das condições de saúde de pais, mães, avós, irmãos (colaterais), cônjuge e descendentes, bem como a identificação de doenças hereditárias ou de agregação familiar.

Devem ser registradas as condições de saúde e as causas de morte dos parentes diretos — por exemplo: “De que faleceram o pai, a mãe e os avós?” ou, caso estejam vivos, “Como está o estado de saúde atual?”. Essa investigação é fundamental porque determinadas doenças apresentam componente genético relevante. Assim, se o pai possui diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica, existe maior probabilidade de o filho desenvolver essas condições ao longo da vida.

VII. História Social (HSoc.)

A investigação da História Social contempla aspectos da vida ocupacional, hábitos cotidianos e condições de moradia, pois esses elementos interferem diretamente no processo saúde-doença.

a) Profissão: inclui-se a descrição do tipo de trabalho desempenhado, considerando exposição a estressores, permanência prolongada em posição sentada ou em ortostatismo, riscos ocupacionais diversos, contato com poeira (associada ao desenvolvimento de pneumoconioses²⁸), gases, metais, possibilidade de acidentes, carga horária e utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPI).

28. **Pneumoconioses:** grupo de doenças pulmonares não neoplásicas causadas pela inalação e deposição de poeiras no local de trabalho (Kumar; Abbas; Aster, 2025).

b) Hábitos: abrange a avaliação do padrão alimentar (verificando se é qualitativamente adequado e se contempla proteínas, lipídeos, carboidratos, vitaminas, minerais, fibras e ingestão hídrica), rotina de repouso (horas de sono, lazer e férias), prática de exercícios, etilismo (uso de álcool e frequência do consumo), tabagismo, uso de medicamentos — sobretudo aqueles com potencial de dependência, como barbitúricos — e utilização de drogas ilícitas (como maconha, cocaína, crack, heroína).

c) Condições domésticas: compreendem a análise da situação econômica, das condições de habitação (aspectos higiênico-sanitários, disponibilidade de água encanada, rede de esgoto e saneamento básico) e da coabitação com doentes ou animais. A convivência com animais é particularmente relevante, uma vez que podem ser vetores de zoonoses, como no caso do gato na transmissão da toxoplasmose²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem é uma ciência dinâmica e, por isso, encontra-se em constante expansão quanto à sua amplitude de atuação. Embora o modelo em questão apresente fundamentos de natureza biomédica, nem todos os profissionais conseguem reconhecê-los de forma explícita. Ademais, trata-se de um modelo amplamente difundido, ensinado e aplicado, uma vez que o Processo de Enfermagem pode ser operacionalizado por meio de diferentes abordagens, desde que o enfermeiro mantenha postura crítica e reflexiva diante das limitações desse e de outros modelos descritos na literatura e observados na prática clínica. Para selecionar o modelo de coleta de dados mais adequado às necessidades do cuidado, é fundamental que acadêmicos de Enfermagem e enfermeiros estejam familiarizados com as distintas propostas teóricas e suas estruturas específicas, de modo a realizar uma escolha consciente e satisfatória, alinhada à sua realidade assistencial.

O Processo de Enfermagem é complexo, e sua execução deve ser, ao mesmo tempo, significativa e gratificante tanto para o profissional quanto para a pessoa que recebe o cuidado. Para que esse objetivo seja alcançado, diretrizes podem ser oferecidas, mas cabe a cada enfermeiro conduzir seus próprios passos no desenvolvimento de sua prática.

29. **Toxoplasmose** é uma infecção causada pelo protozoário intracelular obrigatório *Toxoplasma gondii*, caracterizada por invasão tecidual amplamente disseminada, formação de cistos teciduais com bradizóitos e resposta inflamatória variável, dependendo do estado imune do hospedeiro (Kumar; Abbas; Aster, 2025).

O *Post Scriptum – Correlações Clínicas* tem por objetivo ilustrar como dados colhidos na anamnese, quando adequadamente interpretados, permitem estabelecer nexos fisiopatológicos e diagnósticos fundamentais para a condução clínica. A abordagem sintética de algumas condições — como infecções de orofaringe, doenças reumáticas e infecções sexualmente transmissíveis — evidencia que sintomas aparentemente comuns, quando inseridos em um raciocínio clínico estruturado, podem antecipar complicações e definir condutas oportunas.

Assim, este complemento tem por finalidade apresentar e contextualizar alguns agravos sistêmicos que, em geral, ainda não fazem parte da vivência do acadêmico de Enfermagem nas disciplinas iniciais de Semiologia, Semiotécnica ou Fundamentos de Enfermagem. A intenção é favorecer a integração entre teoria e prática, ampliando gradualmente o repertório clínico que será aprofundado ao longo do curso, especialmente nas áreas de Enfermagem Clínica ou Enfermagem em Saúde do Adulto, de acordo com a matriz curricular. Desse modo, reforça-se a relevância da anamnese como eixo estruturante do processo diagnóstico — tanto sob a perspectiva nosológica quanto no âmbito do Processo de Enfermagem —, considerando a coleta subjetiva de dados como elemento central para a identificação precoce de agravos sistêmicos.

Nessa esteira de pensamento, Benjamin, Jameson e Loscalzo (2016) descrevem que a **Febre Reumática** é uma complicação tardia e não supurativa, de caráter autoimune, desencadeada de uma a três semanas após episódio de faringoamigdalite atribuída ao *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A de *Lancefield*, em hospedeiro geneticamente suscetível com tendência a recorrência. Afeta frequentemente as articulações, daí sua inclusão para estudo entre as doenças reumáticas, embora as complicações graves mais frequentes sejam cardíacas (cardite) e, em menor frequência, neurológicas (coréia) e dermatológicas (eritema marginado e nódulos subcutâneos).

A doença cardíaca de origem reumática refere-se, genericamente, às alterações funcionais e estruturais das válvulas cardíacas e miocárdio nos doentes por Febre Reumática, sendo que as lesões cardíacas são a única causa de morte ou de sequelas permanentes nestes pacientes, medindo-se a severidade da doença pela extensão do comprometimento cardíaco e frequência dos surtos recorrentes. A pancardite de origem reumática pode acometer endocárdio, manifestando-se em surtos agudos como insuficiência de válvula mitral e aórtica e, ao longo da evolução da doença durante anos, em estenose. Os sinais clínicos são taquicardia, presença de sopros, e disfunções funcionais mesmo discretas podem ser evidenciadas ao

ecodopplercardiograma. A insuficiência cardíaca grave, geralmente associada a extensão da lesão para o músculo cardíaco, manifesta por cardiomegalia, congestão pulmonar, e que pode ser de instalação aguda ou insidiosa, geralmente ocorre em crianças pequenas ou naquelas em que recidivas da doença sobrepõe-se a lesões prévias significativas (Benjamin; Jameson; Loscalzo, 2016).

Amigdalites de repetição. A cavidade orofaríngea na qual se incluem as amígdalas não é estéril, é colonizada por muitos microrganismos, bactérias que fazem parte do ambiente (flora) normal. Benjamin, Jameson e Loscalzo (2016) evidenciam que a fadiga, as mudanças bruscas de temperatura ou o uso inapropriado de antibióticos pode levar à proliferação de qualquer um dos microrganismos existentes na orofaringe, ou a invasão de vírus e bactérias do meio exterior, pode levar a um desequilíbrio da flora local e desencadear uma infecção. A maioria dos casos de amigdalite são provocados por vírus, sendo os restantes de origem bacteriana, especialmente estreptococos beta-hemolítico do grupo A, o qual é responsável por cerca de 15% dos casos. Outras doenças podem manifestar-se com uma infecção das amígdalas: a mononucleose infecciosa, uma doença causada pelo vírus Epstein Barr, que habitualmente se manifesta por uma amigdalite. A amigdalite aguda manifesta-se por garganta inflamada - hiperemia e edema, associada quase sempre a faringite, disfagia. Pode queixar-se de otite (dor refletida da orofaringe), halitose e febre. Se a amigdalite for de causa viral, pode ocorrer rinorreia (corrimento pelo nariz) tosse e espirros; e as amígdalas apresentam-se hipertrofiadas e avermelhadas. As amigdalites bacterianas são caracterizadas pelo início súbito de dor de garganta, linfadenomegalia submentoniana dolorosa, cefaleia e febre (acima de 38°C). Nas crianças as amigdalites de causa bacteriana podem manifestar-se por dor abdominal, náuseas e vômitos. A origem bacteriana, é sugestiva quando se observa amígdalas hipertrofiadas, de cor avermelhada viva, que podem estar cobertas por uma secreção amarelada ou branca-acinzentada (exsudado purulento). O abscesso periamigdalino e a febre reumática são as complicações mais frequentes das amigdalites. Outras complicações menos frequentes são a glomerulonefrite aguda e os abscessos intra-amigdalino, para-faríngeo e retro-faríngeo (Benjamin; Jameson; Loscalzo, 2016).

Sífilis — IST causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Após o contágio, ocorre um período de incubação que varia de 10 a 90 dias (média de 21 dias), durante o qual não há manifestações clínicas. A infecção evolui em fases, alternando períodos de atividade e latência — este último caracteriza-se pela ausência de sinais e sintomas, embora o indivíduo permaneça infectado. No que se refere a sífilis primária, a primeira manifestação é o cancro, uma lesão ulcerada, única, de bordas elevadas, vermelho-viva e indolor, localizada no ponto de entrada da bactéria (geralmente região genital, mas também pode surgir em boca, ânus ou outras áreas). Por ser indolor, pode passar despercebido. O cancro cicatriza espontaneamente entre 4 e

8 semanas, mesmo sem tratamento. Já a sífilis secundária caso não haja tratamento adequado, entre 3 semanas e 3 meses após a fase primária surgem manifestações sistêmicas. A característica mais comum são manchas vermelhas disseminadas pelo corpo, frequentemente associadas a sintomas semelhantes aos da gripe. As lesões podem ser discretas, descamativas ou acastanhadas, afetando qualquer região, mas são particularmente comuns em palmas das mãos e plantas dos pés. Podem ocorrer ainda queda de cabelo em tufos, placas mucosas e *condiloma latum* — lesões papulosas, úmidas e acinzentadas em áreas intertriginosas (são regiões de pregas cutâneas: região inguinal, região inguino-crural, axilas, região inframamária). Nesta fase, também é possível comprometimento de órgãos internos: fígado, rins, sistema nervoso central, articulações e olhos. Pode haver progressão para sífilis terciária quando não tratada, surgir anos após a infecção inicial. Caracteriza-se por grave comprometimento sistêmico, envolvendo coração, sistema nervoso, ossos e pele. São típicas as gomas - lesões granulomatosas que podem ocorrer na pele, mucosas, ossos longos e órgãos internos. As lesões ósseas causam dor intensa, pior à noite. Já a condição designada como neurosífilis pode se manifestar com cefaleia, vertigem, alterações visuais, distúrbios cognitivos, paralisias e demência. O comprometimento da medula espinhal pode causar dificuldade de marcha, incontinência ou retenção urinária, impotência, perda progressiva da sensibilidade e lesões articulares graves, como as artropatias de Charcot (Veronesi; Focaccia, 2020). A sífilis congênita é prevenível quando a gestante recebe tratamento adequado, o qual deve ser finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, conforme estabelecem as políticas de saúde vigentes (Brasil, 2024). A Nota Técnica n.º 14/2023 – DATHI/SVSA/MS, ainda em vigor, recomenda que o tratamento seja preferencialmente iniciado até a 28ª semana de gestação; contudo, seu foco principal é a atualização do intervalo entre as doses de penicilina, não a alteração do critério referente ao limite gestacional para início do tratamento. Pode ocorrer abortamento espontâneo ou natimorto.

Nos recém-nascidos, especialmente nas primeiras semanas de vida, as manifestações lembram as da sífilis secundária: bolhas, eritema, descamação, placas mucosas e *condiloma latum* (altamente contagioso). São comuns secreção nasal espessa, inflamação óssea, hepatomegalia, linfadenopatia, anemia, trombocitopenia e leucocitose.

Sinais clássicos tardios incluem dentes malformados, fácies típica e tibia em sabre (Veronesi; Focaccia, 2020).

A **gonorreia**, causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, é uma das IST mais frequentes. Veronesi e Focaccia (2020) destacam que recebe denominações populares como blenorragia, pingadeira ou esquentamento.

Nas mulheres, a infecção acomete principalmente o colo do útero. Entre 2 e 8 dias após uma relação sexual desprotegida, surgem sintomas como disúria e estrangúria. Observa-se um corrimento amarelado ou esverdeado, por vezes sanguinolento, que se exterioriza pelo canal uretral nos homens e pela vagina nas mulheres.

A clamidíase (sorotipos D a K) é outra IST de alta prevalência e apresenta manifestações semelhantes às da gonorreia e Veronesi e Focaccia (2020) mencionam disúria, dor pélvica e corrimento mucoso, de aspecto semelhante ao de clara de ovo, no canal uretra. Incubação de 7 a 30 dias. Muitas mulheres infectadas por *Chlamydia trachomatis* permanecem assintomáticas; contudo, a bactéria pode ascender ao útero e às trompas, causando infecções graves. Nessas situações, podem ocorrer dor durante a relação sexual (dispareunia), gravidez ectópica, parto prematuro e até infertilidade.

Veronesi e Focaccia (2020) apresentam **o cancro mole** como cancro venéreo, conhecido popularmente como “cavalo”, manifesta-se por feridas dolorosas de base mole. O agente etiológico é o cocobacilo *Haemophilus ducreyi*. Os primeiros sintomas surgem entre dois e cinco dias após a relação sexual desprotegida com pessoa infectada, podendo o período de incubação estender-se até duas semanas. Inicialmente, aparecem uma ou mais lesões pequenas com pus. Com o passar do tempo, formam-se feridas úmidas, bastante dolorosas, que se expandem, aprofundam e aumentam de tamanho. Outras lesões podem surgir ao redor das primeiras. Cerca de duas semanas após o início do quadro, pode haver linfadenomegalia inguinal dolorosa e avermelhada, que causa dificuldade para caminhar. O abscesso pode romper-se e liberar pus espesso, esverdeado e, por vezes, sanguinolento. Nos homens, as feridas costumam localizar-se na glande; nas mulheres, predominam na vulva e no ânus, aparecendo mais raramente na vagina — quando internas, podem não ser visíveis, mas causam dispareunia e tenesmo. Podem ocorrer ainda cefaleia, febre e adinamia.

O linfogranuloma venéreo (LGV), segundo Veronesi e Focaccia (2020) é causado por *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3) e caracteriza-se inicialmente pelo aparecimento de uma lesão genital transitória, que dura de três a cinco dias. Essa lesão pode se apresentar como uma pequena ferida ou como uma discreta elevação da pele. Por ser pouco dolorosa e de curta duração, muitas vezes passa despercebida pelo paciente. Após a cicatrização espontânea da lesão primária — geralmente entre duas a seis semanas — ocorre aumento dos linfonodos inguinais, quadro conhecido como bubão. Se não tratado adequadamente, esse edema pode evoluir para rompimento espontâneo, levando à formação de úlceras purulentas.

Leucorreias não são obrigatoriamente associadas a ISTs.

A **vaginose bacteriana** (ou vaginite não específica) é, na verdade, a causa mais comum de corrimento vaginal, conforme destacam Veronesi e Focaccia (2020). Ela resulta de uma alteração da flora vaginal, marcada pela redução dos lactobacilos — bactérias protetoras — e pelo predomínio de microrganismos como a *Gardnerella vaginalis*. Por ter causa orgânica e relacionar-se ao desequilíbrio da microbiota, não é considerada uma IST. Clinicamente, manifesta-se com corrimento branco, amarelo ou acinzentado; odor desagradável, frequentemente descrito como “cheiro de peixe”, especialmente após a relação sexual ou durante a menstruação; possível disúria e/ou prurido vulvar, embora muitas mulheres possam ser assintomáticas. A vaginose ocorre quando há uma mudança no ambiente vaginal que favorece a proliferação de bactérias prejudiciais e reduz as bactérias protetoras.

Segundo Kumar, Abbas e Aster (2025), as **pneumoconioses** são definidas como um grupo de doenças pulmonares não neoplásicas causadas pela inalação e deposição de poeiras no local de trabalho. O texto explica que o termo originalmente se referia a poeiras minerais, mas hoje abrange também partículas orgânicas, fumos e vapores químicos que induzem reações inflamatórias ou fibrogênicas no pulmão. O desenvolvimento das pneumoconioses depende de vários fatores, incluindo a quantidade de poeira retida nos pulmões, o tamanho, a forma e a reatividade físico-química das partículas, a solubilidade dessas partículas e a presença de outros irritantes, como o tabagismo.

A **toxoplasmose** é uma infecção causada pelo protozoário intracelular obrigatório *Toxoplasma gondii*, um parasita capaz de infectar praticamente todos os tecidos nucleados do hospedeiro. Segundo Kumar, Abbas e Aster (2025), após a infecção inicial, os taquizoítos disseminam-se pela corrente sanguínea e linfática, invadindo múltiplos órgãos. Com o controle imunológico, ocorre a formação de cistos teciduais contendo bradizoítos, que podem permanecer viáveis por toda a vida. A resposta inflamatória e o dano tecidual variam de acordo com o estado imunológico do hospedeiro. Em indivíduos imunocompetentes, a infecção costuma ser assintomática ou apresentar quadro leve, semelhante ao de uma mononucleose. Em contrapartida, pacientes imunossuprimidos podem evoluir com reativação dos cistos e desenvolver **lesões necrosantes**, sobretudo no sistema nervoso central, quadro denominado **neurotoxoplasmose**, caracterizado por múltiplas áreas de necrose, inflamação e gliose (Kumar; Abbas; Aster, 2025).

Os autores descrevem a **toxoplasmose congênita**, que ocorre quando a mãe adquire a infecção primária durante a gestação. Nesses casos, o parasita atravessa a placenta, podendo causar aborto, natimortalidade ou graves sequelas fetais, como coriorretinite, calcificações cerebrais e hidrocefalia. Os autores reforçam que

a toxoplasmose é uma doença cujo impacto patológico depende fortemente da interação entre o parasita e o sistema imune do hospedeiro, podendo variar de uma condição benigna a quadros graves e disseminados (Kumar; Abbas; Aster, 2025).

REFERÊNCIAS

BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite de (org.). **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de Enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BASTOS, Álvaro da Cunha. **Ginecologia**. São Paulo: Atheneu, 1998.

BENJAMIN, Ivor; JAMESON, J. Larry; LOSCALZO, Joseph. **Andreoli e Carpenter: princípios de medicina interna**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BEVILACQUA, Fernando; BENSOUSSAN, Eddy; JANSEN, José Manoel; SPÍNOLA E CASTRO, José; ARAÚJO, Denizar Vianna. **Manual do exame clínico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003. 475 p. ISBN 978-8570062925.

BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G.; HOFFMAN, Richard M.; SORIANO, Rainier P. **Bates' Guide to Physical Examination and History Taking**. 13. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2023. ISBN 978-1-9752-1053-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. ISBN 978-85-334-1970-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMARGO, José de Jesus. **Semiologia médica**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

CANGUILHEM, Georges. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

FILHO, José Luiz *et al.* **Semiologia clínica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2017.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchôa; MARTINEZ, José Carlos Prata. **Semiologia clínica**. 6. ed. Barueri: Manole, 2020.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease**. 11. ed. Philadelphia: Elsevier, 2025.

POLANCZYK, Jacques *et al.* **Semiologia médica**: bases para o exame clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025. ISBN 978-8527740685.

ROMEIRO, José Vieira. **Semiologia médica**. 12. ed. Atualizada por Affonso Berardinelli Tarantino. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980. 2 v.

SÁ, Luiz Carlos de *et al.* **Propedêutica médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para a saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: SBP, 2025.

SWARTZ, Mark H. **Semiologia médica**: a arte e a ciência da avaliação clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto (org.). **Tratado de infectologia**. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 2020. 2 v.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2023.



CAPÍTULO 5

OS PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

I CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 1 – PFS Gordon

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

Fonte: Elaboração própria (2025).

1. Padrão de Percepção de Controle de Saúde

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

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

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

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

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

A avaliação deve contemplar:

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

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

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

2. Padrão Nutricional e Metabólico

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Padrão de Eliminação

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

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

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

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

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

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

4. Padrão de Atividade e Exercício

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

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

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

5. Padrão de Sono e Repouso

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

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

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

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

6. Padrão Cognitivo-Perceptivo

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

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

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

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

7. Padrão de Autopercepção e Autoconceito

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

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

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

8. Padrão de Papel e Relacionamento

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

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

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

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

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

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

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

9. Padrão de Sexualidade e Reprodução

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

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

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

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

10. Padrão de Adaptação e Tolerância ao Estresse

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

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

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

11. Padrão de Valores e Crenças

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

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

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

III CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



C A P Í T U L O 6

PROCESSO DE ENFERMAGEM PROPOSTO POR WANDA DE AGUIAR HORTA: UMA RETOMADA CONCEITUAL À LUZ DA HISTÓRIA

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

1 INTRODUÇÃO

Para exercer suas funções com eficiência (bom desempenho) e eficácia (efetividade), a enfermeira deve dominar um amplo conjunto de técnicas e instrumentos de avaliação clínica, uma vez que tais competências constituem a base para uma prática segura, sistematizada e fundamentada em evidências. Essa necessidade se torna ainda mais evidente no âmbito da avaliação do paciente, etapa inicial e estruturante do Processo de Enfermagem (PE).

Neste cenário, o objetivo deste capítulo não se limita a descrever uma técnica de coleta de dados subjetivos organizada a partir das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Busca-se, de forma mais abrangente, explicitar como essa estrutura está inserida no Processo de Enfermagem proposto por Wanda de Aguiar Horta, cuja contribuição sempre será paradigmática para a Enfermagem brasileira.

Embora existam publicações mais recentes sobre o Processo de Enfermagem, entende-se que os fundamentos conceituais essenciais em solo brasileiro foram estabelecidos por essa autora.

É pertinente destacar que, em capítulos anteriores, foram explorados a anamnese tradicional e o modelo dos Padrões Funcionais de Saúde (PFS) de Marjory Gordon; por conseguinte, apresenta-se agora uma alternativa metodológica adicional para a coleta de dados subjetivos: o histórico organizado segundo as Necessidades Humanas Básicas, reconhecido como um modelo teórico próprio da Enfermagem. Salienta-se que, entretanto, de acordo com a Resolução COFEN n.º 736, de 17 de janeiro de 2024, o “histórico” adquiriu a denominação de “avaliação”.

As Necessidades Humanas Básicas, como categoria conceitual, derivam originalmente da teoria de Abraham Harold Maslow (1908-1970). Ele foi um psicólogo norte-americano, conhecido como um dos principais fundadores da Psicologia

Humanista e que formulou a Teoria da Motivação Humana, amplamente difundida nas ciências humanas e sociais.

Japiassú e Marcondes (2021) afirmam que no século XX, o **humanismo** consolidou-se como uma corrente de pensamento que coloca o ser humano no centro da reflexão, valorizando sua dignidade, liberdade, autonomia, potencial de crescimento e responsabilidade ética. Em áreas como psicologia, educação e saúde, o humanismo defendeu uma compreensão integral da pessoa, rejeitando visões reducionistas que a explicassem apenas por fatores biológicos ou mecanicistas.

O **existencialismo**, por sua vez, enfatizou a experiência concreta da existência, destacando temas como sentido da vida, escolha, liberdade, responsabilidade, angústia e autenticidade. No século XX, influenciou fortemente a filosofia, a psicologia e as ciências humanas ao compreender o indivíduo como um ser que constrói significado a partir de suas vivências, mesmo diante do sofrimento e da finitude (Japiassú; Marcondes, 2021).

Essas duas correntes se complementaram ao influenciar diversas áreas do conhecimento, sendo fundamentais para a construção de teorias que priorizam uma compreensão integral da pessoa. Nas Ciências de Enfermagem, a articulação entre humanismo e existencialismo contribuiu para a formulação de modelos de cuidado que consideram não apenas as necessidades biológicas, mas também as dimensões psicológicas e espirituais do indivíduo. Foi a partir dessa base que Wanda de Aguiar Horta desenvolveu sua proposta de Processo de Enfermagem na década de 1970.

Wanda de Aguiar Horta, nascida em Belém, Pará, em 11 de agosto de 1926, e finada em 15 de junho de 1981, por complicações de esclerose múltipla, deixou significativa contribuição para a Enfermagem brasileira. Graduiu-se pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP) em 1948, onde posteriormente atuou como professora. Em 1968, obteve os títulos de doutora e de livre-docente pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEN/UFRJ), defendendo a tese intitulada “A observação sistematizada na identificação dos problemas de Enfermagem em seus aspectos físicos”. A partir de sua formação e trajetória acadêmica, reinterpretou e adaptou a Teoria da Motivação Humana, de Maslow, ao contexto clínico-assistencial, edificando um dos primeiros modelos teóricos da Enfermagem no Brasil. Tornou-se, assim, referência fundacional na implantação e consolidação do Processo de Enfermagem no país, contribuindo decisivamente para sua institucionalização e relevância histórica.

A adoção de um modelo de entrevista fundamentado nas Necessidades Humanas Básicas apresenta como vantagem central o fato de constituir um marco conceitual intrínseco à Enfermagem, orientado diretamente para a formulação do diagnóstico de Enfermagem. Entretanto, sua operacionalização enquanto Processo

de Enfermagem mostra diferenças significativas quando comparada ao modelo diagnóstico da *NANDA International* (NANDA-I) e à sua respectiva taxonomia. Além disso, sua lógica de organização não se ancora em um modelo céfalo-caudal tradicionalmente empregado na prática biomédica, tampouco reproduz a abordagem predominantemente anatomofisiológica dos sistemas corporais adotada em muitos serviços de saúde. Em vez disso, estrutura-se a partir de necessidades humanas, o que confere ao processo avaliativo um caráter integrativo, subjetivo e centrado na pessoa, refletindo uma perspectiva holística e humanística própria da Enfermagem.

2 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PROPOSTO PELA DRA. WANDA DE AGUIAR HORTA

O Processo de Enfermagem (PE), conforme definido por Horta (1979), constitui “uma dinâmica organizada de ações deliberadas, sistematizadas e inter-relacionadas, cujo propósito é orientar e qualificar a assistência ao ser humano em suas múltiplas dimensões”. A autora estabelece articulação direta entre o PE e a Teoria da Motivação Humana, de Abraham Maslow, adotando o conceito de Necessidades Humanas Básicas como eixo estruturante do modelo de cuidado (Santos, 2019).

Em termos conceituais, Atkinson e Murray (1989) definem necessidade como a ausência de algo desejável ou essencial. Abraham Maslow (1968) afirma que, uma necessidade básica é aquela cuja falta acarreta adoecimento, ao passo que sua satisfação contribui para a manutenção da saúde e do equilíbrio biopsicossocial. Em consonância com esse referencial, Horta (1979) conceitua as necessidades humanas básicas afetadas como estados de tensão — conscientes ou inconscientes — que emergem de desequilíbrios nos processos vitais e que demandam intervenções de Enfermagem.

A teoria de Maslow, amplamente conhecida como **Teoria da Motivação Humana**, apresenta-se como um referencial particularmente útil à Enfermagem, uma vez que pode ser integrada a diferentes modelos teóricos da disciplina sem conflitos epistemológicos (Atkinson, 1989). Essa teoria organiza as necessidades humanas em uma hierarquia que reflete sua prioridade adaptativa. Na base da pirâmide encontram-se as necessidades fisiológicas essenciais à sobrevivência, como oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, regulação térmica, repouso e ausência de dor. Em nível subsequente, figuram as necessidades de segurança, abrangendo proteção física, emocional e estabilidade. Posteriormente, aparecem as necessidades de amor e pertencimento (gregária), relacionadas à integração familiar, vínculos afetivos e relações sociais significativas. Em seguida, destacam-se as necessidades de autoestima, que envolvem percepção de valor pessoal, confiança e autoimagem

positiva. No topo da hierarquia situam-se as necessidades de autorrealização, relacionadas ao desenvolvimento do potencial humano, à autonomia, ao crescimento pessoal e à realização de metas (Gonçalves dos Santos *et al.*, 2019).

Segundo a própria Teoria da Motivação Humana, a satisfação das necessidades não é definitiva nem permanente; ao contrário, a dinâmica motivacional se sustenta justamente na impossibilidade de satisfação absoluta, o que impulsiona o indivíduo à busca contínua de equilíbrio e bem-estar (Atkinson, 1989).

Embora fundamentada em Maslow, Horta (1979) incorpora contribuições de autores humanistas, como João Mohana, no aprofundamento da dimensão existencial e espiritual do cuidado. Mohana não criou esses domínios, nem os sistematizou como categorias técnicas, mas suas obras dialogam diretamente com essa visão tripartite do ser humano.

João Miguel Mohana, médico, sacerdote e autor brasileiro, nasceu em 15 de junho de 1925 em Bacabal (MA) e faleceu em 12 de agosto de 1995 em São Luís (MA). Formado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, Mohana publicou mais de quarenta obras abordando temas como espiritualidade, psicologia e cultura. Atuou como professor universitário e conferencista, tendo sua produção intelectual fortemente influenciada pelas correntes **humanista** e **existencialista**, desenvolvendo reflexões acerca do sentido da vida, do autoconhecimento, da liberdade e da responsabilidade humanas, bem como da formação integral da pessoa. Sua escrita, marcada pela clareza e pelo caráter didático, tornou-se amplamente utilizada em contextos educacionais, psicológicos e na área da saúde. Em diálogo com V. Frankl, A. Maslow e C. Rogers, construiu uma abordagem humanista própria, voltada à compreensão integral do ser humano (Mohana, 1966).

João Mohana elaborou reflexões sobre formação humana, valores e sentido da existência, conforme exposto em obras como “O desafio de ser pessoa” e “Valores humanos” (Mohana, 1966). A compreensão do ser humano como unidade biopsicossocial e espiritual encontra respaldo em perspectivas humanistas, como a do autor supramencionado, que enfatiza a pessoa em sua integralidade, articulando corpo, relações e sentido da existência.

Embora não haja registro de interlocução direta entre Wanda de Aguiar Horta e João Mohana, observa-se convergência conceitual entre suas produções, especialmente no que se refere à compreensão do ser humano como unidade integral, articulando dimensões biológicas, psicossociais e espirituais, em consonância com o humanismo difundido no contexto intelectual das décadas de 1960 e 1970.

Assim, nesse horizonte conceitual, Horta, para aplicação no campo da Enfermagem, agrupa as necessidades humanas básicas em três grandes domínios:

psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Essa categorização facilita o raciocínio clínico, a elaboração de diagnósticos de Enfermagem e a estruturação de intervenções que contemplem a integralidade do ser humano.

Outro conceito fundamental no modelo teórico de Horta é o de Problema de Enfermagem, entendido como qualquer situação ou condição decorrente do desequilíbrio das necessidades humanas básicas que demanda atenção profissional. Os Problemas de Enfermagem constituem a base para o planejamento das ações, uma vez que traduzem a resposta humana alterada, disfuncional ou vulnerável. Exemplos incluem:

- **Necessidade de oxigenação:** dispneia, cianose, alterações no padrão respiratório.
- **Necessidade de amor e pertencimento:** manifestações de tristeza, choro frequente, apatia, isolamento.

Assim, o modelo de Wanda de Aguiar Horta, ao integrar a teoria motivacional de Maslow à prática de Enfermagem, fornece um arcabouço sistemático, holístico e centrado na pessoa, que orienta tanto a coleta de dados quanto a formulação dos diagnósticos e a implementação de cuidados. Trata-se de um marco teórico fundamental para a consolidação do Processo de Enfermagem no Brasil e para o desenvolvimento de práticas assistenciais qualificadas e humanizadas.

3 RESPALDO LEGAL

É oportuno destacar como fundamento jurídico essencial, o Decreto nº 94.906, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, conhecida como Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Tal marco jurídico estabelece, de forma inequívoca, as competências privativas e as atribuições específicas dos profissionais da categoria e assegura a legitimidade das ações que compõem o Processo de Enfermagem. No âmbito do Decreto, merecem ênfase:

- **Artigo 3º**, que estabelece a prescrição como ato integrante da assistência de Enfermagem;
- **Artigo 8º**, que determina que tanto a consulta de Enfermagem quanto a prescrição de Enfermagem são atividades privativas do enfermeiro.

Esses dispositivos abrangem todas as formas de implementação do Processo de Enfermagem, no sentido do modelo teórico empregado, assegurando respaldo legal para sua operacionalização em qualquer cenário assistencial.

Entretanto, a normatização do Processo de Enfermagem foi atualizada pela Resolução COFEN nº 736/2024, a qual estabelece diretrizes contemporâneas para sua

execução, redefinindo suas etapas, padronizando sua documentação e reforçando seu caráter obrigatório e indissociável da prática profissional do enfermeiro.

4 ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PROPOSTO POR WANDA DE AGUIAR HORTA

De acordo com a análise de Santos et al. (2019), o Processo de Enfermagem (PE) delineado por Wanda de Aguiar Horta constitui um **marco teórico e metodológico** na Enfermagem brasileira, estruturando-se em seis etapas interdependentes: **Histórico** de Enfermagem, **Diagnóstico** de Enfermagem, **Plano Assistencial**, **Plano de Cuidados** (ou Prescrição de Enfermagem), **Evolução** de Enfermagem e **Prognóstico**. Essas fases organizam a prática profissional de modo sistemático, contínuo e deliberado, orientando a assistência de forma científica e integral.

4.1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Segundo Horta (1979), o Histórico de Enfermagem é um roteiro sistematizado destinado à coleta de dados relevantes para a prática profissional. Essa etapa envolve a identificação de informações subjetivas e objetivas relativas às necessidades humanas básicas, permitindo ao enfermeiro conhecer o indivíduo em sua totalidade biopsicossocial-espiritual. O histórico constitui, portanto, a base para todas as demais fases do Processo de Enfermagem, uma vez que a qualidade dos dados coletados determina a precisão diagnóstica e a coerência das intervenções subsequentes.

As características fundamentais de uma história clínica de Enfermagem incluem a concisão, entendida como a apresentação clara, objetiva e precisa das informações; a informatividade, que permite ao enfermeiro identificar necessidades imediatas de cuidado e estabelecer prioridades; e a individualização, garantindo que o levantamento de dados seja realizado de acordo com as particularidades e singularidades de cada paciente.

O Histórico de Enfermagem, segundo Horta (1979), pode ser realizado tanto no momento da admissão quanto por meio de uma entrevista informal, desde que conduzido de forma ética, sistematizada e orientada para a identificação das necessidades humanas básicas. Para isso, enfatiza a importância do treinamento e da prática clínica, ressaltando que esse procedimento pode — e deve — ser padronizado pelas instituições de saúde, de modo a garantir qualidade, uniformidade e segurança na coleta de dados.

De acordo com Horta (1979), diversos elementos devem ser sistematicamente investigados e registrados na etapa do Histórico de Enfermagem, dentre os quais se destacam:

a) Identificação

Inclui nome, idade, sexo, endereço, escolaridade e outros dados pessoais relevantes, em conformidade com o que é tradicionalmente coletado na anamnese ou nos Padrões Funcionais de Saúde.

b) Hábitos e rotinas relacionados às necessidades básicas

Esses dados permitem compreender o estilo de vida do paciente, sua rede de apoio e fatores ambientais ou comportamentais que influenciam a saúde. Devem ser registradas informações sobre:

- Meio ambiente no que tange as condições de moradia, abastecimento de água, saneamento e esgotamento sanitário.

- Cuidado corporal, relativamente aos hábitos de higiene como banho, higiene oral e cuidado com cabelos.

- Eliminações, acerca das características da diurese e evacuação.

- Alimentação: qualidade, quantidade e padrão alimentar habitual.

- Sono e repouso: número de horas de sono, eficiência e reparação do sono e repouso.

- Exercícios: prática de atividades físicas, frequência e intensidade, ou não.

- Atividade sexual: parceiros, uso de preservativos e métodos contraceptivos.

- Recreação: atividades de lazer e momentos de descanso.

- Participação no que se refere ao envolvimento na vida familiar, comunitária, profissional e religiosa.

- Manutenção da saúde quanto ao histórico de imunizações, cuidados odontológicos e práticas preventivas.

c) Exame Físico

Horta (1979) descreve um exame físico muito simples, com enfoque na abordagem céfalo-caudal, utilizando principalmente técnicas de inspeção e palpação de estruturas vasculares e musculares. A simplicidade do método refletia a ausência de conhecimento formal em semiologia e semiotécnica, disciplinas que só foram incorporadas aos currículos de graduação em Enfermagem na década de 1990. Dessa forma, as propostas de Horta podem ser consideradas pioneiras e inovadoras para a época. Antes de iniciar o procedimento, o enfermeiro deve realizar higiene das

mãos e assegurar que o paciente não seja exposto desnecessariamente, princípios que permanecem válidos para qualquer método de coleta de dados.

O exame físico incluía:

- Estado geral: avaliação de sinais vitais, face e coloração cutaneomucosa.
- Dados antropométricos e postura: peso, estatura, índice corporal e atitude.
- Higiene: condições gerais de asseio corporal.
- Condições venosas e musculares: tônus, edema ou alterações tróficas e circulatórias.

d) Queixa do paciente

Corresponde ao relato espontâneo do indivíduo sobre sinais, sintomas, desconfortos ou alterações percebidas. A queixa deve ser registrada fielmente, preservando a expressão do paciente e servindo de ponto de partida para o raciocínio clínico.

4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Para Horta (1979), o Diagnóstico de Enfermagem corresponde à identificação das necessidades humanas afetadas e à determinação do grau de dependência do paciente em relação à assistência de Enfermagem. Nessa perspectiva, o diagnóstico consiste na análise da resposta humana comprometida, entendida como a expressão da necessidade humana básica que se encontra alterada, articulada com avaliação do paciente quanto à dependência de cuidados de Enfermagem.

É neste ponto que se evidencia uma distinção fundamental entre o modelo de Horta e a taxonomia diagnóstica da *NANDA International* (NANDA-I). Enquanto a NANDA-I estrutura diagnósticos como enunciados clínicos padronizados, baseados em características definidoras e fatores relacionados, Horta (1979) adota uma lógica própria, centrada na avaliação da dependência do paciente, que pode ser categorizada em cinco níveis:

- **Execução**
- **Ajuda**
- **Supervisão**
- **Orientação**
- **Encaminhamento**

Esses níveis expressam o grau de assistência requerido, refletindo não apenas o problema identificado, mas a intensidade do apoio necessário para restabelecer o equilíbrio das necessidades.

Na perspectiva de Horta (1979) Uma vez que tenham sido analisados os dados colhidos no histórico, são identificados os problemas de Enfermagem. Estes, por sua vez, levam à identificação das necessidades humanas básicas afetadas e do grau de dependência do paciente com relação à Enfermagem.

Sendo assim, a definição proposta por Horta para *Diagnóstico de Enfermagem* corresponde ao processo de identificação das necessidades humanas básicas que demandam atendimento profissional, bem como à determinação do grau de dependência do indivíduo em relação à assistência de Enfermagem. Essa concepção evidencia uma perspectiva própria da sistematização elaborada pela autora, centrada na necessidade humana e no nível de autonomia do paciente. Observa-se, portanto, uma diferença substancial em relação ao modelo classificatório adotado pela NANDA *International*, previamente analisado, que se estrutura em diagnósticos padronizados, taxonomias e definições conceituais distintas.

Grau de Dependência segundo Dra. Wanda de Aguiar Horta

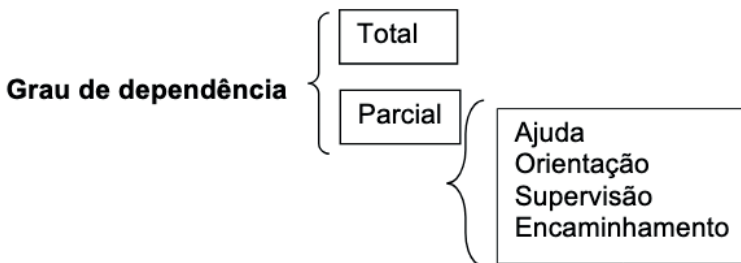
a) Dependência Total

Ocorre quando o paciente não possui condições de realizar sozinho as ações necessárias ao atendimento de suas necessidades humanas básicas. A Enfermagem executa integralmente todas as ações

b) Dependência Parcial

O paciente necessita de algum nível de apoio da Enfermagem, que pode ocorrer por meio de:

- **Ajuda** – auxílio direto na execução das atividades.
- **Orientação** – fornecimento de informações e instruções para que o paciente realize a ação.
- **Supervisão** – acompanhamento crítico e vigilante da atividade realizada pelo paciente.
- **Encaminhamento** – direcionamento do paciente a outros profissionais ou serviços necessários.



4.3 PLANO ASSISTENCIAL

O Plano Assistencial consiste na formulação global da assistência de Enfermagem a ser prestada, fundamentada nos diagnósticos identificados (Horta, 1979). Trata-se de um planejamento amplo que define metas, prioridades e diretrizes de cuidado, abrangendo ações que envolvem tanto a dimensão terapêutica quanto a educativa e a preventiva. O Plano Assistencial tem caráter estratégico, orientando a prática de forma longitudinal.

Horta concebeu que o Plano Assistencial corresponde à determinação abrangente e sistematizada da assistência de Enfermagem que deve ser oferecida ao paciente, à luz do diagnóstico de Enfermagem previamente estabelecido. E desta forma, trata-se de uma etapa síntese, na qual a enfermeira organiza, de maneira ampla, integrada e coerente, todas as intervenções necessárias para atender às necessidades humanas básicas afetadas e ao grau de dependência identificado.

A elaboração do plano assistencial decorre de um processo analítico que envolve:

1. Análise dos problemas identificados;
2. Determinação das necessidades humanas básicas comprometidas;
3. Classificação do grau de dependência, seja total ou parcial.

Do ponto de vista redacional e metodológico, Horta orienta algumas diretrizes essenciais. Por ser um plano sistêmico, ele não deve descrever ações técnicas detalhadas, mas sim diretrizes gerais de cuidado, que posteriormente serão especificadas no Plano de Cuidados (Prescrição de Enfermagem).

No desenvolvimento do plano, recomenda-se:

- Priorizar cuidados relacionados às necessidades de dependência total, pois representam maior demanda assistencial.

- Empregar títulos gerais que reflitam a responsabilidade da Enfermagem, como fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar.
- Formular cada cuidado de maneira objetiva, clara e concisa, mantendo caráter global e não procedimental.
- Exemplos de redação adequada para o Plano Assistencial:
- Lavar cabelos.
- Registrar temperatura, pulso, respiração (TPR) e pressão arterial (PA).
- Banhar no leito.
- Realizar tratamento da ferida.

As especificações técnicas, detalhamento de métodos, horários, frequência e materiais a serem utilizados não pertencem ao plano assistencial, mas sim ao Plano de Cuidados, etapa subsequente do Processo de Enfermagem, na qual cada intervenção será prescrita de maneira precisa e operacionalizável.

4.4 PLANO DE CUIDADOS OU PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

O Plano de Cuidados, também denominado Prescrição de Enfermagem, representa a operacionalização do Plano Assistencial (etapa precedente). É o desdobramento operativo, concretização. Assim, configura uma fase voltada à implementação das ações prescritas, correspondendo à dimensão aplicada do Processo de Enfermagem.

Nessa etapa, o enfermeiro seleciona, descreve e sistematiza as intervenções específicas a serem implementadas, definindo frequência, intensidade, responsáveis e recursos necessários. A prescrição deve ser diariamente avaliada e ajustada, de modo a acompanhar as respostas do paciente e a evolução do quadro clínico.

Com base nesse entendimento, a prescrição de Enfermagem, também denominada Plano de Cuidados, constitui o roteiro diário, organizado e aprazado, que orienta e coordena a atuação da equipe de Enfermagem na execução dos cuidados necessários ao paciente (Horta, 1979). Representa o momento em que as intervenções são efetivamente executadas, na qual os cuidados são registrados de forma sistematizada, precisa e temporalmente definida.

De acordo com Alfaro-Lefevre (2014), na elaboração da prescrição, devem-se considerar alguns princípios fundamentais:

1. **Enumeração dos cuidados prioritários**, de modo a garantir a segurança, o conforto e a continuidade terapêutica do paciente.
2. **Objetividade operacional**, assegurada pela descrição clara e específica da ação a ser executada.
3. **Emprego de verbos no infinitivo**, indicando diretamente a ação prescrita e tornando o cuidado inequívoco e mensurável.

Assim, cada item da prescrição deve especificar o que fazer, como fazer, com que recursos, em que frequência e quando.

Exemplos de prescrição para paciente em dependência total

- **Banhar no leito**, uma vez ao dia, utilizando água morna e sabonete líquido, assegurando conforto térmico e manutenção da integridade cutânea.
- **Realizar tratamento da ferida** com cobertura úmida e oclusiva contendo ácidos graxos essenciais, após irrigação com solução fisiológica 0,9% morna, utilizando seringa de 20 mL acoplada a agulha 40x12, conforme técnica asséptica.

A partir dessa lógica, pode-se constatar que o plano de cuidados (prescrição de Enfermagem) integra o componente procedimental da assistência, expressando claramente como essa etapa é destinada à materialização das ações planejadas.

4.5 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A Evolução de Enfermagem constitui o registro diário, sistemático e analítico das modificações apresentadas pelo paciente ao longo do período em que permanece sob assistência profissional. Representa uma etapa essencial do Processo de Enfermagem, pois permite monitorar, de forma contínua, as respostas do indivíduo às intervenções implementadas e avaliar, em perspectiva global, a efetividade do plano assistencial.

Salienta-se que, mais do que uma descrição linear do estado clínico, a evolução configura um processo avaliativo complexo, no qual a enfermeira analisa, no âmbito do PE proposto por Horta (1979), a dinâmica das necessidades humanas básicas afetadas, identificando progressos, retrocessos, persistências ou resoluções. Dessa forma, a evolução viabiliza a identificação precoce de mudanças que demandem reavaliação diagnóstica ou reestruturação das ações planejadas, evitando descontinuidades e fortalecendo a tomada de decisão clínica.

Nesta etapa, independente do modelo teórico adotado, devem ser registrados de maneira clara e detalhada tanto os dados subjetivos, provenientes das percepções, queixas e relatos do paciente, quanto os dados objetivos, derivados de achados

mensuráveis, observações sistemáticas, alterações comportamentais e parâmetros clínicos oriundos do exame físico, objeto de estudo do volume II proposto para continuação da presente obra. A precisão, coerência e completude desses registros são fundamentais para assegurar a continuidade da assistência, fornecer subsídios para a análise dos resultados e garantir segurança terapêutica.

É relevante destacar que a evolução de Enfermagem não se limita à constatação de fatos ou à descrição da evolução clínica no sentido médico. Trata-se de um instrumento orientado para a resolução de problemas, permitindo identificar a necessidade de ajustes no plano assistencial, reformulação dos diagnósticos de Enfermagem e reavaliação do grau de dependência. Assim, mudanças no status dos problemas — seja sua melhora, agravamento ou estabilização — emergem diretamente da análise evolutiva.

Dessa maneira, a evolução de Enfermagem desempenha papel integrador dentro do Processo de Enfermagem proposto pela autora, articulando observação, registro, avaliação e replanejamento terapêutico. Ao possibilitar monitoramento contínuo, avaliação crítica e ajustes sucessivos, garante a pertinência, a segurança e a qualidade da assistência prestada, reafirmando sua centralidade na prática profissional sistematizada.

4.6 PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O Prognóstico de Enfermagem, conforme definido por Horta (1979), corresponde à estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades humanas básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados obtidos na evolução. Trata-se, portanto, de uma previsão sustentada pelo julgamento clínico do enfermeiro — ainda que Horta na década de 1979 não utilizasse explicitamente essa nomenclatura — e que considera não apenas os resultados esperados das intervenções, mas também os recursos físicos, emocionais, cognitivos e sociais que o indivíduo mobiliza para recuperar, manter ou adaptar sua funcionalidade.

Diferentemente do prognóstico biomédico — centrado na trajetória provável da doença — o prognóstico em Enfermagem se orienta pela análise das possibilidades de restabelecimento, manutenção ou adaptação funcional frente às necessidades humanas afetadas. É uma análise prospectiva construída a partir da observação contínua das respostas do paciente, permitindo antecipar resultados e estabelecer metas realistas de cuidado, inclusive no que se refere ao grau de autonomia ou dependência - seja da equipe de Enfermagem, de um familiar prestador de cuidados ou de um cuidador formal.

Nessa perspectiva, o prognóstico desempenha papel estratégico na avaliação da efetividade do plano assistencial. Ao analisar se as respostas do paciente demonstram

progressão, estabilidade ou agravamento, o enfermeiro obtém indicadores essenciais para reorientar o cuidado, seja mantendo, ajustando, intensificando ou substituindo intervenções.

Além disso, essa etapa fortalece ações educativas, preventivas, de reabilitação e de autocuidado, pois identifica tanto as potencialidades quanto os limites do paciente para atingir maior autonomia. Isso permite planejar a alta e o seguimento terapêutico com maior precisão. Perguntas como “Em que condições o paciente alcançará a alta?” — seja independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente de cuidados — tornam-se centrais na formulação do prognóstico. Um prognóstico favorável corresponde ao encaminhamento do indivíduo para o restabelecimento do autocuidado; um prognóstico reservado ou sombrio refere-se à evolução para dependência crescente ou total.

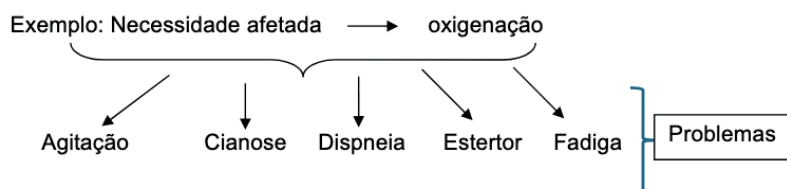
Dessa forma, o prognóstico de Enfermagem integra avaliação, previsão e direcionamento terapêutico, configurando-se como etapa conclusiva das fases do Processo de Enfermagem desenvolvido por Wanda de Aguiar Horta. Ele sintetiza o julgamento clínico do enfermeiro, orienta o replanejamento e garante a continuidade segura e qualificada da assistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 LIMITAÇÕES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM POR HORTA

Entre as principais limitações, destaca-se o elevado número de desdobramentos decorrentes das seis etapas propostas por Horta para o Processo de Enfermagem, algumas das quais apresentam características relativamente repetitivas, como o plano assistencial e o plano de cuidados.

Além disso, é relevante considerar a fragilidade da etapa diagnóstica, uma vez que a categoria diagnóstica adotada (Necessidades Humanas Básicas) não constitui um elemento suficientemente específico para orientar a assistência de Enfermagem de forma acurada e diferenciada. Ou seja, o elemento selecionado como categoria diagnóstica (NHB) não representa um elemento especificador da assistência de Enfermagem.



Entretanto, cada problema identificado pode demandar uma ação distinta, de modo que as categorias baseadas em Necessidades Humanas Básicas não funcionam como elementos especificadores da prática. Em contraste, a taxonomia diagnóstica da NANDA-I oferece diagnósticos clínicos que orientam de imediato a tomada de decisão do enfermeiro. Por exemplo, diante do diagnóstico “Desobstrução ineficaz das vias aéreas”, a conduta é prontamente direcionada para intervenções como a aspiração de vias aéreas. De forma semelhante, frente ao diagnóstico “Integridade da pele prejudicada”, a enfermeira rapidamente define medidas como a mudança de decúbito. Esses diagnósticos, portanto, funcionam como gatilhos decisórios claros, algo que não se verifica nas categorias amplas das NHB.

5.2 MÉRITOS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM POR W. HORTA

Entre as principais contribuições, destaca-se o pioneirismo de Horta ao introduzir a “Sistematização da Assistência de Enfermagem” (termo proscrito) e propor um modelo estruturado de Processo de Enfermagem, tornando o Brasil atento e sensível a essa temática. A autora apresentou um modelo de planejamento da ação de Enfermagem que, para a década de 1970, representou um avanço significativo, conferindo cientificidade à prática profissional e promovendo cessação da experimentação por tentativa-erro (*trial-and-error*), marcando o fim de uma abordagem predominantemente empírica.

Adicionalmente, seu modelo afasta-se do enfoque médico-patológico, ao buscar a individualização do cuidado e ao incorporar o prognóstico como etapa fundamental, possibilitando o fechamento e a conclusão lógica do processo. Sob essa perspectiva, as contribuições de dra. Horta representaram importante marco para o desenvolvimento e a consolidação da Enfermagem brasileira.

5.3 À GUIA DE CONCLUSÃO

A relevância do Processo de Enfermagem (PE) transcende o modelo teórico ou a metodologia específica adotada pela enfermeira, constituindo-se em um instrumento estruturante e indispensável para a prática profissional. Independentemente do referencial escolhido, o PE representa o eixo organizador da assistência, conferindo método, racionalidade e cientificidade ao cuidado.

Sua importância manifesta-se em múltiplas dimensões:

- **Define as ações do enfermeiro, assegurando identidade profissional e social.**

Ao sistematizar as etapas do cuidado, o PE explicita o campo de atuação da Enfermagem e diferencia suas práticas das demais áreas da saúde. Dessa forma,

fortalece o reconhecimento técnico, ético e social da profissão, bem como sua autonomia na tomada de decisões clínicas.

- **Estimula a pesquisa e a produção de conhecimento específico da Ciência da Enfermagem.**

O Processo de Enfermagem, ao exigir avaliação contínua, análise crítica e fundamentação teórica, impulsiona a investigação científica, incentivando o desenvolvimento de tecnologias de cuidado, classificações, modelos conceituais e práticas baseadas em evidências. Assim, contribui diretamente para a consolidação do corpo epistemológico próprio da Enfermagem e para o aprimoramento de seu escopo de atuação.

- **Qualifica o profissional e a assistência prestada.**

A utilização sistemática do PE promove organização, coerência, integralidade e segurança no cuidado, resultando em práticas mais resolutivas e alinhadas às necessidades reais do paciente, da família e da comunidade. Ao orientar o raciocínio clínico e a tomada de decisões, favorece intervenções mais precisas, humanizadas e eficazes, qualificando tanto o desempenho do enfermeiro quanto os resultados assistenciais.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de Enfermagem**: uma ferramenta para o raciocínio clínico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem**: introdução ao processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 300 p.

BRASIL. **Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

GONÇALVES DOS SANTOS, Emília Conceição; SABA DE ALMEIDA, Yasmin; LEITE HIPÓLITO, Rodrigo; OLIVEIRA, Patrícia Veras Neves de; GRUPO ESTUDIO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA. **Proceso de Enfermería de Wanda Horta – Retrato de la obra y reflexiones. Temperamentvm**, Granada, v. 15, e12520, 2019.

HORTA, W. A. **O processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979. 50 p.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 24. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2021.

MOHANA, João. **O desafio de ser pessoa**. Petrópolis: Vozes, 1966.

MOHANA, João. **O mundo e eu**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1964.

MASLOW, Abraham. **Motivation and personality**. 2. ed. New York: Harper & Row, 1970.

POST SCRIPTUM – NOTA CRÍTICA SOBRE O APAGAMENTO DAS TEÓRICAS BRASILEIRAS NA SEARA DE ENFERMAGEM

Embora nas Ciências de Enfermagem do Brasil haja uma produção intelectual vasta, consistente e original, apenas um número restrito de autoras foi reconhecido institucionalmente como “teóricas”. O campo da Enfermagem brasileira apresenta um paradoxo persistente: na maior parte dos currículos e materiais didáticos, na História da Enfermagem e nas Teorias, o contexto é frequentemente reduzido a uma figura central — Wanda de Aguiar Horta — como se a reflexão teórica nacional se limitasse a esse marco.

Tal redução não decorre da ausência de outras formulações relevantes, mas de um processo histórico de apagamento epistemológico, no qual contribuições brasileiras foram classificadas como “aplicadas”, “metodológicas” ou “temáticas”, em contraste com o status concedido às teorias estrangeiras. Esse apagamento se manifesta, sobretudo, na distinção artificial entre “teoria” e “produção conceitual”.

Rosalda Cruz Nogueira Paim foi igualmente uma teórica brasileira da Enfermagem que contribuiu de modo singular para o desenvolvimento do pensamento científico da área ao propor a Teoria Sistêmica Ecológica Cibernética de Enfermagem. Sua produção teórica rompeu com abordagens reducionistas ao compreender o ser humano como um sistema aberto, em interação dinâmica com o ambiente físico, social e cultural, incorporando princípios do sistemismo, da ecologia e da cibernética. Paim ampliou o horizonte da Enfermagem ao articular cuidado, contexto e autorregulação dos sistemas humanos, oferecendo um referencial que favorece a compreensão da complexidade do processo saúde–doença. Sua contribuição, embora menos difundida nos currículos contemporâneos, representa um avanço conceitual relevante ao fortalecer a Enfermagem como ciência, com identidade teórica própria e sensível às dimensões ambientais e relacionais do cuidado.

Autoras como **Haydée Guanais Dourado** (UFBA, UFRJ), por exemplo, desempenharam papel fundamental na construção do pensamento pedagógico, ético e filosófico da Enfermagem brasileira, contribuindo para a consolidação da identidade profissional e da formação crítica. As experiências de Haydée no exterior prepararam-na para atuar como líder na área da educação em Enfermagem em um momento em que a prioridade era a criação de novas Escolas de Enfermagem. No entanto, por não terem sistematizado suas contribuições sob a forma de “teorias”, suas reflexões foram incorporadas como fundamentos educacionais, e não reconhecidas como produção teórica em sentido pleno.

Situação semelhante ocorre com **Maria Júlia Paes da Silva (USP)**, cuja obra sobre comunicação terapêutica, cuidado emocional e relações interpessoais constitui um corpo conceitual consistente, amplamente utilizado na prática e no ensino. Apesar disso, suas contribuições são frequentemente enquadradas como “habilidades relacionais” ou “dimensão subjetiva do cuidado”, e não como formulação teórica, o que revela um viés tecnicista que desvaloriza dimensões não procedimentais da Enfermagem.

No campo do cuidado ampliado, de ênfase ética e estética e interfaces com o ambiente, destaca-se **Zuleica Maria Patrício Karnopp (UFRGS, UFSC)**, cujas formulações sobre o cuidado transpessoal, ecossistêmico e contextualizado dialogam diretamente com paradigmas contemporâneos da saúde coletiva. Ainda assim, tais contribuições permanecem à margem do cânone teórico, muitas vezes classificadas como abordagens “alternativas” ou “complementares”, reforçando a hegemonia de modelos biomédicos e importados.

Também merece destaque a produção de **Vera Regina Waldow (UFRGS)**, cuja reflexão aprofundada sobre o cuidado humano, a ética e a humanização constituem um referencial teórico robusto, articulado e amplamente citado. Paradoxalmente, sua obra é frequentemente apresentada como “discussão ética” ou “fundamentação humanística”, e não como teoria de Enfermagem, o que evidencia a dificuldade histórica da área em reconhecer o cuidado como categoria teórica central.

No âmbito da análise do trabalho em Enfermagem, **Denise Elvira Pires de Pires (UFRGS)** desenvolveu uma produção teórica decisiva sobre processos de trabalho, divisão técnica, precarização e organização do cuidado. Suas contribuições ampliam a compreensão da Enfermagem para além do ato assistencial, situando-a como prática social e política. Ainda assim, tais formulações são usualmente tratadas como sociologia do trabalho aplicada à Enfermagem, e não como teoria de cuidado social produzidas a partir da práxis profissional.

Além dessas pesquisadoras, outras enfermeiras brasileiras podem ter produzido modelos conceituais, referenciais críticos e marcos analíticos relevantes, mas enfrentam reconhecimento ainda não oficializado e validação institucional ausente como teóricas. Esse cenário revela não apenas um problema de nomenclatura, mas um padrão de validação epistemológica, no qual teorias estrangeiras (de H. Peplau, D. Orem, A. Meleis) são legitimadas como universais, enquanto produções nacionais são vistas como locais, contextuais ou subsidiárias.

Assim, o reconhecimento restrito de Horta e por vezes, a citação de Paim como únicas teóricas brasileiras não reflete a realidade da produção intelectual da Enfermagem no país, mas sim uma construção histórica marcada por colonialidade do saber, hierarquização do conhecimento e desvalorização de abordagens críticas,

humanísticas e sociais. Superar esse apagamento implica revisar matrizes curriculares e projetos políticos-pedagógico, reconhecendo que a Enfermagem brasileira não apenas aplicou teorias, mas produziu pensamento teórico próprio, plural e profundamente conectado à realidade social do país.

OBRAS CONSULTADAS

CURSINO, Emília Gallindo. *Rosalda Paim: o significado da concessão do título de professor emérito outorgado pela Universidade Federal Fluminense*. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 15, n. 2, p. 109-113, jun. 2016. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5600>. Acesso em: 15 dez. 2025

FERREIRA, Luiz Otávio; BATISTA, Ricardo dos Santos. Do sertão da Bahia a Toronto: a trajetória profissional da enfermeira diplomada Haydée Guanais Dourado (1931-1942). **Revista de História**, São Paulo, n. 183, p. 1-29, 2024.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a Enfermagem**: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de et al. (org.). **O fio das Moiras**: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde. 1. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 1995.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SOBRE A AUTORA



Emillia Conceição Gonçalves dos Santos foi graduada no rigor acadêmico da primeira Faculdade de Enfermagem do Brasil, a qual fora fundada em 1890, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO).

Após o bacharelado, cursou dois anos de pós-graduação *latu sensu* em modelo de Residência na área de Clínica Médica e Cirúrgica, com carga horária total de aproximadamente 5.800h de especialização, sendo o primeiro ano (R1) no Instituto Nacional de Cardiologia, em Laranjeiras e o R2 no Hospital Geral de Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro.

Ao longo de sua carreira, atuou universidades públicas e faculdades privadas nas áreas de Ciências Básicas, Enfermagem Fundamental e Clínico - Cirúrgica, mantendo experiência na ponta da assistência, sempre em unidade públicas de saúde, nas áreas médico cirúrgicas e de cuidados intensivos, em diversos estados da federação. Mais recentemente, tem atuado na saúde mental e psiquiatria.

Possui Licenciatura pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), de Portugal, onde viveu 4 anos.

A formação *strictu sensu* é oriunda da Universidade Federal Fluminense UFF; Niterói - RJ), onde obteve o Mestrado e o Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde

Apaixonada pelo ensino, pesquisa e extensão desde estudante de graduação, pretende dar seguimento ao volume II desta obra.

Link do currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2860651496886616>

Contato: Emilliagsantos@gmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Abcesso periamigdaliano 49
- abdominal 41, 49
- Abertura mental 4
- Abordagem organizada de pesquisa 12
- Abordagem sindrômica 43
- Aborto espontâneo 45
- Ação reflexiva 4
- Acolhimento 37, 69
- Adaptação e tolerância ao estresse 60, 70
- Adinamia 51
- Adrenarca 45
- Afetadas 76, 81, 82, 83, 85, 86
- Alfaro-lefevre 1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 16, 55, 66, 72, 84, 89
- Alimentação 19, 40, 65, 80
- Amamentação 44
- Amigdalite aguda 49
- Amigdalite de repetição 43
- Análise 1, 4, 5, 7, 8, 12, 15, 24, 28, 35, 47, 55, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 79, 81, 83, 86, 89, 92
- Anamnese 10, 12, 21, 33, 36, 37, 41, 48, 53, 58, 61, 74, 80
- Ansiedade 67, 68, 71
- Antecedentes mórbidos 43

Aspectos clínicos 61

Assistencial 24, 26, 27, 39, 47, 64, 66, 75, 78, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 92

Atividade sexual 60, 80

Atopias 44

Ausculata 21, 29

Autoconfiança 8

Auto decepção 9

Autoestima 59, 68, 69, 70, 76

Autoimagem 59, 68, 70, 76

Autonomia do paciente 82

Autonomia profissional 20

Autopercepção e autoconceito 59, 60, 67

B

Banco de dados clínicos 36

Barreiras ao pensamento crítico 8

Baseada em evidências 64

Base científica 19

Biomédica 36, 47, 76

Blenorragia 43, 50

Bubão 51

C

Cancro mole 43, 51

Cancro venéreo 51

Capacidade de leitura e interpretação 8

Cardiomegalia 49

Categorias diagnósticas 30
 Cérebro 2, 5
 Ciclo reprodutivo 70
 Ciência 3, 17, 20, 39, 47, 54, 89, 91
 Circunstâncias 7, 11, 15, 21
 Clínica 8, 10, 11, 12, 13, 19, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 36, 41, 42, 46, 47, 48, 53, 54, 56, 58, 61, 63, 64, 65, 67, 70, 71, 74, 79, 85, 86, 94
 Clínico 9, 11, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 36, 39, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 69, 75, 78, 81, 84, 85, 86, 87, 89, 94
 Coleta de dados 10, 19, 20, 21, 36, 37, 38, 47, 55, 56, 58, 61, 64, 66, 67, 74, 78, 79, 81
 Coleta de dados subjetivos 10, 20, 21, 37, 74
 Com foco no problema 29
 Complicações potenciais 32
 Comportamento 55, 67, 69
 Compromisso com a excelência 4
 Comunicação 4, 7, 8, 10, 15, 23, 25, 27, 28, 39, 40, 61, 68, 92, 93
 Comunicação eficaz 4
 Comunicação eficiente 8
 Conceito 7, 29, 44, 76, 78
 Condições venosas e musculares 81
 Conforto 30, 65, 85
 Confusão 26, 67
 Conhecimento 4, 8, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 24, 30, 39, 75, 80, 89, 92
 Consciência de limites 4
 Consciência metacognitiva 15

Contextualizado 92

Cooperação 4

Coping 60, 69, 71

Crenças pessoais 4, 11

Crítico 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 26, 34, 36, 82

Cuidado ampliado 92

Cuidado transpessoal 92

Curiosidade e perspicácia 4

D

Dados antropométricos e postura 81

Dados objetivos 2, 21, 85

Dados subjetivos 10, 15, 20, 21, 37, 74, 85

Decidir prioridades 9

Decisão clínica 85

De informações 3, 10, 20, 21, 36, 67, 79, 82

Denise Elvira Pires de Pires 92

Dependência do paciente 81, 82

De promoção da saúde 30, 59

De risco 14, 21, 29, 30, 45, 63, 71

De síndrome 29, 30

De situações 70

Despertares 59, 66

Diagnóstico de enfermagem 21, 25, 28, 29, 34, 35, 79, 81, 82

Diagnóstico sindrômico 37

Diagnósticos padronizados 82

Diarreia 40, 41, 43, 62, 64

Dinâmica familiar 69

Diretrizes gerais 83

Disartria 67

Disfunções adaptativas 70

Disfunções orgânicas 64

Dislalia 67

Distrações ambientais 8

Disúria 51, 52, 64

Divisão técnica 92

Doenças alérgicas 44

Domínio conceitual 11

Dor 12, 31, 38, 40, 41, 42, 49, 50, 51, 59, 61, 70, 76

Duração 45, 51, 61, 66

E

Ecossistêmico 92

Edema 41, 42, 49, 51, 81

Em enfermagem 1

Empatia 4, 10

Encaminhamento 81, 82, 87

Enfermagem 1, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 47, 48, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94

Entrevista 20, 21, 41, 58, 63, 65, 66, 73, 75, 79

Escuta ativa 10

Estado geral 81

Estilos de pensamento 2

Estratégias de enfrentamento 55, 68, 71

Estratégias de pensamento crítico 11

Estudo prévio 11

Etapas 2, 3, 18, 19, 20, 26, 27, 32, 33, 36, 37, 45, 79, 87, 88

Ético 89, 91

Etiologia 13, 29

Eventos estressores 68, 71

Evidências 3, 4, 9, 12, 14, 15, 25, 39, 58, 64, 66, 74, 89

Evolução temporal 61

Exame céfalo-caudal 21

Exame clínico 46, 53, 54

Exame físico 19, 20, 21, 28, 33, 34, 53, 80, 81, 86

Execução 1, 27, 32, 36, 47, 79, 81, 82, 84

Exercício profissional 5, 78

Experiências prévias 8, 71

Experimentação 88

F

Família 18, 19, 20, 21, 24, 26, 28, 30, 45, 46, 60, 69, 89

Familiar 37, 46, 60, 69, 76, 80, 86

Fatores ambientais 46, 66, 80

Fatores desencadeantes 61

Fatores pessoais 7, 8, 11, 15

Fatores relacionados 23, 29, 30, 31, 39, 81

Fatores situacionais 8

Fisiológica 37, 44, 66, 85

Flora vaginal 43, 52

Fluxo menstrual 45

Formação crítica 91

Frequência de evacuações 62

Função sexual 70

G

Gardnerella vaginalis 52

Gestação 44, 50, 52

Glomerulonefrite aguda 49

Gonorreia 43, 50, 51

H

Habilidades de pensamento crítico 5, 12

Hábito do “o meu é melhor” 8

Hábitos alimentares 62

Hábitos cognitivos 8, 9

Hábitos de sono 66

Hábitos de vida 62

Hematúria 64

hidratação 63, 76

Higiene 19, 65, 80, 81

Histórico organizado 74

Humanismo 75, 77

I

Identidade profissional 17, 24, 32, 33, 36, 88, 91

Identidade profissional e social 33, 88

Identificação 13, 15, 18, 21, 24, 37, 46, 48, 56, 58, 61, 62, 64, 65, 67, 71, 75, 79, 80, 81, 82, 85

Identificação de necessidades 56

Imagem corporal 68

Imparcialidade 3, 4, 8

Independência de pensamento 4

Independência funcional 65

Individualização do cuidado 88

Iniciar objetivando 9

Inspeção 21, 80

Instrumentos de avaliação clínica 74

Instrumentos estruturados 56

Interpessoal 10

Intervenções 16, 21, 25, 26, 27, 28, 39, 40, 43, 44, 56, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 76, 78, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

Intuição 12

Irritabilidade 71

J

Julgamento 1, 9, 18, 20, 21, 24, 26, 28, 30, 55, 56, 58, 59, 86, 87

Julgamento clínico 9, 18, 20, 21, 24, 26, 28, 30, 55, 56, 86, 87

Julgamento e tomada de decisão 1

L

Leitura acadêmica 39

Leitura ativa 5

Linfadenomegalia 49, 51

Livros-texto 11

Localização 23, 41, 62

Lógica 2, 5, 12, 55, 56, 58, 72, 76, 81, 85, 88

Lucidez 67

M

Marjory Gordon 10, 22, 55, 56, 57, 59, 63, 66, 68, 70, 71, 73, 74

Maximização de potenciais 5

Memória 21, 59

Metabolismo 63

Método científico 3, 18

Metodologia 88

Métodos 8, 17, 21, 45, 80, 84

Mobilidade 59, 65

Modelo bifocal de prática clínica 28

Modelo biomédico 21

Modelo de entrevista 58, 75

Motilidade gastrointestinal 64

Motivação 8, 30, 68, 75, 76, 77

N

NANDA-I 22, 23, 27, 28, 30, 31, 32, 35, 56, 58, 76, 81, 88

Necessidades de amor e pertencimento 76

Necessidades de autoestima 76

Necessidades de autorrealização 77

Necessidades de cuidado 61, 62

Necessidades de segurança 76

Necessidades fisiológicas 76

Necessidades humanas básicas 10, 12, 13, 21, 37, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 83, 85, 86, 87, 88

Neurossífilis 50

Neurotoxoplasmose 52

NIC 7, 25, 26, 27, 35, 56, 72

NOC 7, 25, 26, 27, 35, 56, 73

Nursing interventions classification 25, 27, 35

Nursing outcomes classification 25, 27, 35

Nutrição 13, 22, 30, 55, 76

O

Obediência nociva 9, 15

Objetividade 12, 64, 85

Observação 75, 86

Observação sistematizada 75

Oligúria 42

Organização do cuidado 92

Organização e sistematicidade 4

Orientação 54, 67, 81, 82

Orofaringe 43, 48, 49

P

Padrão de 13, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 92

Padrão de aparecimento 62

Padrões funcionais 10, 12, 21, 22, 37, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 66, 72, 73, 74, 80

Palpação 21, 80

Pancardite 48

Papel e relacionamento 60, 68, 69

Parcial 65, 82, 83

Patologia 20, 37

Pensamento crítico em enfermagem 1

Percepção de saúde 22, 55, 59, 60

Percussão 21

Perguntas abertas 10

Perguntas fechadas 10

Pesadelos 66

Planejamento 2, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 56, 60, 64, 65, 78, 83, 88

Planejamento assistencial 27

Planejamento familiar 60

Plano de cuidados 14, 26, 27, 28, 69, 79, 83, 84, 85, 87

Possível 1, 11, 12, 14, 26, 29, 40, 50, 52, 61, 71

Prática profissional 1, 25, 26, 39, 63, 72, 79, 86, 88

Práxis profissional 92

Precisão, coerência e completude 86

Preconceitos 8, 11, 15

Prescrição 19, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 78, 79, 83, 84, 85

Prescrição de enfermagem 79, 83, 84

Prevenção 5, 17, 59, 65

Prevenção de problemas 5

Prioridades 9, 14, 25, 79, 83

Priorização 15, 25

Priorização de problemas 15

Proatividade 9

Problema de enfermagem 78

Problemas 3, 1, 5, 12, 15, 18, 21, 24, 25, 28, 32, 37, 39, 40, 55, 59, 71, 75, 78, 82, 83, 86

Problemas colaborativos 28, 32

Processo de enfermagem 1, 17, 18, 19, 20, 27, 28, 32, 36, 47, 48, 55, 56, 57, 58, 63, 69, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 88, 89

Processos de trabalho 92

Produção teórica 91, 92

Profissionais experientes 15

Prognóstico de enfermagem 86

Prontuário 27

Protocolos 11, 15, 20, 25, 27, 56

Psicobiológico 78

Psicoespiritual 78

Psicossocial 78

Q

Qualidade das relações interpessoais 60

Queixa do paciente 81

Queixa principal 37, 38, 41, 60, 61, 62

Questões sugestivas 10

R

Raciocínio clínico 15, 23, 26, 29, 36, 41, 48, 56, 57, 58, 62, 78, 81, 89

Raciocínio lógico 14

Racionalidade e cientificidade 88

Realismo 4

Reconhecimento restrito 92

Recursos 8, 9, 11, 15, 44, 60, 69, 71, 84, 85, 86

Recursos disponíveis 8

Recursos internos e externos 71

Rede de apoio 68, 80

Referenciais críticos 92

Reflexão crítica 39

Reflexão teórica 91

Registros clínicos 21

Registro técnico 41

Regularidade dos horários 66

Relações interpessoais 60, 92, 93

Relato espontâneo 38, 81

Resiliência 71, 72

Resistência à mudança 8

Resolução 1, 3, 5, 18, 19, 27, 28, 31, 33, 74, 78, 86

Resolução COFEN nº 736/2024 78

Resolução de problemas 1, 5, 18, 86

Respostas humanas 17, 20, 22, 29, 37, 39, 55, 56

Restrições alimentares 62

Retenção urinária 50, 64

S

Sarampo 38, 43

Saúde 5, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 43, 45, 46, 48, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 88, 91, 92, 93, 94

Sexual 43, 45, 51, 52, 53, 60, 70, 80

Sexualidade e reprodução 60, 70

Sinais clínicos 48

Sinais de esgotamento 71

Sinais e sintomas 29, 31, 32, 39, 40, 41, 43, 49, 61, 67

Sintomas associados 39, 41, 62

Sistema nervoso central 50, 52

Sistematização 23, 65, 82, 88

Sistematização da assistência 88

Social 2, 19, 32, 33, 37, 39, 46, 60, 67, 69, 71, 88, 89, 91, 92, 93

Sono 22, 47, 55, 59, 60, 66, 71, 80

Supervisão 81, 82

Suplementos vitamínicos e minerais 62

Suposições 3, 12

T

Tabagismo 47, 52, 60, 62

Taquicardia 48

Tempo disponível 11

Tendências emocionais 12

Tenesmo 31, 51

Terapêutica 25, 69, 83, 85, 86, 92

Termos técnicos 58

Tipo ou qualidade 61

Título diagnóstico 32

Tolerância ao esforço 65

Tomada de decisão 1, 4, 9, 10, 25, 85, 88

Tomada de decisão clínica 85

Tomada de decisão terapêutica 25

Total 3, 20, 66, 82, 83, 85, 87, 94

Transições de papel 68

Transpessoal 92

Triagem 37

U

UFBA 91

UFRGS 92

UFRJ 75, 91

UFSC 92, 93

Uso de prótese dentária 63

USP 92

V

Vaginose bacteriana 43, 52

Validade 17, 58

Valores e crenças 4, 60, 71

Z

Zoonoses 47

Zuleica Maria Patrício Karnopp 92



SEMIOLOGIA CLÍNICA ESSENCIAL

VOLUME 1

Pensamento Crítico, Processo de Enfermagem e
Avaliação de Dados Subjetivos em Saúde



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2026



SEMIOLOGIA CLÍNICA ESSENCIAL

VOLUME 1

Pensamento Crítico, Processo de Enfermagem e
Avaliação de Dados Subjetivos em Saúde



🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2026