

Proceso de Enfermería: la didáctica del instrumento tecnológico de la enfermera

Emília Conceição Gonçalves dos Santos; Yasmin Saba de Almeida; Rodrigo Leite Hipólito; Gabryella Vencionek Barbosa Rodrigues; Rafael dos Santos Costa; Patrícia Veras Neves de Oliveira; Aldenora Santana de Oliveira.

Resumen

Objetivo: Aclarar y difundir las características estructurales y de desarrollo del Proceso de Enfermería, teniendo como base el modelo norteamericano originario de la *American Nurses Association (ANA)*.

Metodología: Se trata de un estudio exploratorio del tipo bibliográfico, en el que se realizó una investigación literaria, abarcando la lectura, interpretación y síntesis de publicaciones de la última década.

Resultados: Se analizaron los pasos del Proceso de Enfermería, el Modelo Bifocal de la Práctica Clínica, las categorías diagnósticas, los factores relacionados, las características definidoras y los problemas colaborativos.

Conclusiones: La realización de esta actividad requiere conciencia política de lo que es realmente una actividad específica de la enfermera y para ello se vuelve urgente el rescate del contexto histórico-social en que la Enfermería se desarrolló y como la misma fue disciplinada a través de los periodos históricos, permaneciendo aún hoy dócil ante las dialécticas en el sistema sanitario.

Palabras clave: proceso de enfermería, atención de enfermería, nivel de atención.

Recibido: 14-05-2019

Aceptado: 15-07-2019

Cómo citar este artículo:

Emília Conceição Gonçalves dos Santos; Yasmin Saba de Almeida; Rodrigo Leite Hipólito; Gabryella Vencionek Barbosa Rodrigues; Rafael dos Santos Costa; Patrícia Veras Neves de Oliveira; Aldenora Santana de Oliveira. Proceso de Enfermería: la didáctica del instrumento tecnológico de la enfermera. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2019; 16(2): 53-65

Correo: emilliagsantos@gmail.com

Processo de Enfermagem: a didática do instrumento tecnológico da enfermeira.

Emília Conceição Gonçalves dos Santos; Yasmin Saba de Almeida; Rodrigo Leite Hipólito; Gabryella Vencionek Barbosa Rodrigues; Rafael dos Santos Costa; Patrícia Veras Neves de Oliveira; Aldenora Santana de Oliveira.

Resumo

Objetivo: Clarificar e divulgar o desenvolvimento e as características estruturais do Processo de Enfermagem, tendo por base o modelo norte-americano oriundo da *American Nurses Association (ANA)*.

Metodologia: Tratase de um estudo exploratório do tipo bibliográfico, no qual se realizou pesquisa literária, abrangendo leitura, interpretação e síntese de publicações da última década.

Resultados: foram elencadas e analisadas as etapas do Processo de Enfermagem, o Modelo Bifocal de Prática Clínica, as categorias diagnósticas, os fatores relacionados, as características definidoras e os problemas colaborativos.

Conclusão: A realização dessa atividade requer consciência política do que é realmente atividade específica da enfermeira e para isso torna-se premente o resgate do contexto histórico-social em que a Enfermagem se desenvolveu e como a mesma foi disciplinada através dos períodos históricos, permanecendo ainda hoje dócil frente às dialéticas no sistema de saúde.

Palavras-chave: processo de Enfermagem; cuidados de Enfermagem; padrão de cuidado.

Nursing Process: the didactics of the nurse's technological tool

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos; Yasmin Saba de Almeida; Rodrigo Leite Hipólito; Gabryella Vencionek Barbosa Rodrigues; Rafael dos Santos Costa; Patrícia Veras Neves de Oliveira; Aldenora Santana de Oliveira.

Abstract

Objective: To clarify and disseminate the development and structural characteristics of the Nursing Process, based on the American model from the *American Nurses Association (ANA)*.

Methods: It is an exploratory study of the bibliographic type, in which literary research was carried out, covering reading, interpretation and synthesis of publications of the last decade.

Results: The stages of the Nursing Process, the Clinical Practice's Bifocal Model, the diagnostic categories, the related factors, the defining characteristics and the collaborative problems were listed and analyzed.

Conclusions: The realization of this activity requires political awareness of what is actually specific activity of the nurse and for this it becomes urgent to rescue the historical-social context in which Nursing developed and how it was disciplined through historical periods, remaining today submissive against the dialectics in the health system.

Keywords: Nursing process, Nursing care, care pattern.

Introdução

Na literatura internacional, Processo de Enfermagem (PE) é considerado como a forma mais usual de organizar a assistência de Enfermagem. No Brasil, recebe diferentes denominações: Sistematização da Assistência, Metodologia da Assistência, Planejamento da Assistência, Processo de Cuidar, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistência, Consulta de Enfermagem, Processo de Atenção em Enfermagem e Processo de Enfermagem.(1)

A sistematização da assistência de Enfermagem (SAE), realizada por meio do PE é uma atividade privativa do enfermeiro, estabelecida pela resolução do COFEN 358/2009 e deve ser ocorrer em todas as instituições de saúde pública ou privada, tendo por base fundamental a Lei 7.498/1986, do Exercício profissional de Enfermagem, regulamentada pelo Decreto 94.406/1987. (2,3,4)

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* , diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação - e deve por em ação a prática de Enfermagem. 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.(5,6,7)

A palavra “tecnologia” é aplicada em vários campos do conhecimento. Há de se ter parcimônia relativamente ao seu significado de forma que seja congruente com aquilo o qual se deseja descrever. A tradição ocasionalmente determina paradigmas e, por conseguinte, não supera limitações que o termo pode conter ao ser utilizado em diferentes práticas. Ao buscar-se nos dicionários pátrios, observam-se fundamentalmente três verbetes para o vocábulo “tecnologia” e, dentre elas, a acepção que se entende adequada ao nosso contexto: “Teoria geral e/ou estudo sistemático sobre técnicas, processos, métodos, meios e instrumentos de um ou mais ofícios ou domínios da atividade humana”.(8) Com aplicabilidade factual desse conceito nas práticas clínicas, a área da saúde contribui ao desconstruir e reconstruir um novo entendimento para a palavra, traçando correlação com os elementos do processo de trabalho, e do Processo de Enfermagem. Nesse domínio, as tecnologias são classificadas em três grandes grupos: a dura, a leve-dura e a leve. A dura abrange os equipamentos tecnológicos; a leve-dura, os saberes estruturados; e a leve, as relações, o vínculo e a gestão. O PE é uma tecnologia leve-dura de Enfermagem, que necessita ser aplicada, refinada e validada.(9)

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

¹. Não há na Língua Portuguesa um termo específico que traduza fidedignamente a palavra inglesa “assessment”, além de “avaliação”. Como empregado na Língua Inglesa, o termo, tem significado conotativo no processo de Enfermagem; implicando em um processo em que, além da coleta de dados, objetivos e subjetivos, submetem-se os dados à interpretação e validação, e só assim, conduz à um diagnóstico de Enfermagem fidedigno”.(5)

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.(10)

Diversos autores estudam o PE e apesar de pequenas variações de denominações, em geral há um consenso em que o mesmo é composto pelas seguintes etapas: histórico com exame físico (constituem a coleta de dados – assessment), diagnóstico, prescrição (denotam o planejamento e implementação ou intervenção) e avaliação.(11)

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, 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.(12)

O processo de Enfermagem é apresentado também como a tecnologia predominante do processo de trabalho da enfermeira, conferindo muitas vezes, a própria característica 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.(5)

Num período primitivo da humanidade, 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-se, com a incorporação de novas responsabilidades, muitas delas voltadas às necessidades globais do paciente. Devido à suas peculiaridades intrínsecas, focada na compreensão holística da pessoa humana, esse profissional do cuidado é o principal agente motriz especificamente preparado 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.(12)

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 (histórico, exame, diagnóstico) e um fazer (prescrição e avaliação) específico do ser enfermeira.(13)

Acreditamos 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 estaremos reduzindo nossa profissão à meramente 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

do paciente, resulta, fundamentalmente, na descrição da Enfermagem como “fazedora” em lugar de “conhecedora”, como técnica e não como ciência. Acreditamos que enquanto a Enfermagem concentrar-se em enfoques de natureza médica e no processo de trabalho médico, a hegemonia médica perpetuará; sendo, portanto, necessário centrar-se mais no paciente, na natureza de suas respostas humanas e, portanto, no processo de Enfermagem.(14)

Com a finalidade de dissertar e implantar a sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) integralmente nas áreas de atuação da Enfermagem, de forma a promover saúde, prevenir doenças e minimizar complicações, conduziu-se o estudo mediante a seguinte questão norteadora: Como explicar a lógica e o conceito ampliado de SAE de maneira clara e objetiva ao estudante e ao profissional de Enfermagem? Na tentativa de responder a esses questionamentos, foi delimitado como objeto geral de estudo o dissertar sobre a o Processo de Enfermagem, trazendo seu conceito ampliado, descrevendo as características específicas, endossando a importância de se implantar protocolos assistenciais, estimulando a reflexão do enfermeiro quanto seu papel na assistência ao paciente.

Desta forma, este artigo tem o objetivo de clarificar e divulgar o desenvolvimento e as características estruturais do Processo de Enfermagem, tendo por base o modelo norte-americano oriundo da American Nurses Association (ANA). Entende-se que essa estrutura oferece maior especificidade, completude e flexibilidade para os enunciados diagnósticos e é mais adequada às práticas de Enfermagem contemporâneas.

Metodologia

A investigação trata-se de um estudo exploratório do tipo bibliográfico, no qual

se realizou pesquisa literária, abrangendo leitura, interpretação e síntese de publicações da última década, com o intuito de abordar o tema Processo de Enfermagem e o estimular o pensamento crítico para sua prática clínica efetiva e eficaz.

Pesquisas exploratórias, geralmente proporcionam maior familiaridade com o problema, ou seja, têm a finalidade de torná-lo mais explícito.(15) Seu principal objetivo é o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.

Embora o planejamento da pesquisa exploratória seja bastante flexível, na maioria dos casos, pode assumir a forma de pesquisa bibliográfica ou estudo de caso.

Como se trata de um estudo do tipo bibliográfico obedeceu-se aos preceitos éticos citando os autores das fontes pesquisadas.

Resultados e discussão

As etapas do Processo de Enfermagem:

Tradicionalmente são cinco as etapas do processo de Enfermagem: coleta de dados (investigação ou assessment), diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação.

Preliminarmente, o histórico de saúde e o exame físico, a consulta aos registros clínicos e fontes secundárias profissionais, visam identificação de elementos necessários ao diagnóstico de respostas reais, potenciais e fatores de risco do paciente em relação à doença, agravo ou processo vital.

A coleta de dados subjetiva, isto é, a entrevista de saúde, pode ser realizada por meio de diferentes metodologias.(16) No Brasil, utiliza-se principalmente a anamnese. Em relação à anamnese, a palavra se origina do grego *áná* que significa trazer de volta,

recordar, e mnese, que significa memória. Por esse motivo, pensamos que não deve ser entendida como um termo exclusivo de medicina.(17) É importante lembrar que a anamnese e exame físico constituem estratégias de coleta de dados, subjetiva e objetiva, respectivamente, que permitem a construção do histórico do paciente. A anamnese é o conjunto de informações recolhidas sobre fatos de interesse à saúde, que dizem respeito à vida de do paciente, sendo de grande valor para se reconhecer três dimensões: o próprio paciente, a doença e suas circunstâncias, pois 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. (18)

Não obstante, a enfermeira dispõe de outras metodologias de estruturação de coleta de dados subjetivos que são mais direcionados à Enfermagem como as necessidades humanas básicas e os padrões funcionais de saúde. (19,20,21)

A enfermeira também coleta dados relacionados ao funcionamento dos sistemas corporais. O exame físico, coleta de dados objetivos sobre o estado físico do paciente, geralmente, incorpora um exame céfalo – caudal ou céfalo-podálico.(16)

O exame físico é parte essencial, pois além de oferecer elementos capazes de testar hipóteses diagnósticas, geradas em outras etapas, traz subsídios que por si só permitem, muitas vezes, o diagnóstico. Compreende a inspeção, percussão, palpação e ausculta. (22)Estes métodos propedêuticos são utilizados para determinar o diagnóstico de Enfermagem (DE).

O histórico se define, finalmente, como o

produto do processo de coleta de dados. Representa uma compilação dos achados de informações (subjetivas e objetivas) que identificam as reais e potenciais necessidades de saúde. Os dados são coletados de maneira sistemática, por meio de observação e entrevista formal, conforme mencionado acima.

O diagnóstico de Enfermagem (DE) envolve as respostas humanas a um adoecimento/ agravo ou seu tratamento ou processos vitais. É um “sumário” sobre os problemas de saúde do paciente, baseado nas informações colhidas no histórico.

“O diagnóstico de Enfermagem é o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família, grupo ou comunidade aos processos vitais ou problemas de saúde atuais/potenciais ou uma vulnerabilidade a tal resposta”. Este elemento fornece base para seleção das intervenções de Enfermagem, visando o alcance de resultados pelos quais a enfermeira é responsável. Um diagnóstico de Enfermagem descreve o estado de saúde de um indivíduo e os fatores que contribuíram para este estado. A nomeação de diagnósticos pode ser realizada com base nos termos classificados na Taxonomia II da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem - Internacional (NANDA- I), porém, este não é o único meio de classificação existente na atualidade. A formulação dos diagnósticos será discutida atempadamente.(23)

Uma taxonomia é “um tipo de classificação, o estudo teórico de classificações sistemáticas incluindo suas bases, princípios, procedimentos e regras”. (5) Inicialmente, estruturou-se em nove padrões de resposta humana, possuindo finalidades classificatórias, e exercem um papel de personagem atrás da cena para

a enfermeira clínica. Posteriormente, a estrutura organizou-se por meio dos Padrões Funcionais de Saúde. A classificação é um arranjo sistemático em grupos ou categorias, de acordo com critérios estabelecidos; a organização dos fenômenos em grupos, baseada em seus relacionamentos.(24,5)

O DE tem representado uma das mais importantes fontes de conhecimento científico e específico da enfermeira e com isso tem se tornado fundamental para a organização e prática assistencial. Embora seja necessário considerar as dificuldades na utilização do DE sabe-se que este qualifica a assistência, promovendo maior eficiência e eficácia. Entende-se 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. (12)

As enfermeiras diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. Diagnósticos com foco no problema não devem ser entendidos como mais importantes que os de risco. Por vezes, um diagnóstico de risco pode ser o de maior prioridade para um paciente.(23)

Na fase de planejamento, a enfermeira projeta mentalmente os objetivos e metas que deseja alcançar na assistência ao paciente e planeja os resultados esperados. São desenvolvidas estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados no DE. A fase de planejamento consiste em passos como: o estabelecimento de prioridades para os problemas identificados; a

determinação de resultados com o paciente de modo a corrigir, minimizar ou prevenir os problemas; o registro escrito de intervenções de Enfermagem que levarão a consecução de diagnósticos propostos; o registro dos DE e dos resultados e intervenções de Enfermagem.(25)

A implementação (intervenção), que é a quarta etapa do processo, é a aplicação prática das condutas de Enfermagem prescritas no plano de cuidados. A prescrição é comumente chamada de plano de cuidados, documento escrito que traz características do processo de Enfermagem No Brasil, é habitualmente designada como prescrição de Enfermagem. As intervenções podem ser executadas por membros da equipe interdisciplinar de saúde, pelo paciente ou por sua própria família. A prescrição de Enfermagem compreende os cuidados individualizados e contextualizados que a enfermeira estabelece em benefício do paciente e é dependente do diagnóstico elaborado; tal qual um fármaco é indicado a um determinado estado clínico. (26)

A implementação inclui o registro do atendimento 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.(27)

A última etapa dessa dinâmica é denominada avaliação (evolução), a qual, na verdade, permeia todas as etapas do processo e promove uma interpretação do alcance das metas e objetivos do cuidado. A enfermeira avalia a resposta à terapia cuidativa e institui, caso necessário, medidas corretivas e revisa o plano de cuidados. A avaliação do resultado se refere à condição do paciente, que é influenciada pela prescrição, indicando ou

não a resolução do diagnóstico. Não se trata de uma evolução clínica somente, mas da alteração ou não do status diagnóstico.

Modelo bifocal de prática clínica:

O Modelo Bifocal de Prática Clínica – MBPC é um modelo conceitual e 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.(28)

Lynda Jull Carpenito desenvolveu premissas nas quais se baseou para criar e desenvolver esse quadro conceptual oriundo dos dilemas que ocorrem como resultado da rotulagem como DE (NANDA-I) àquelas situações em que os profissionais de Enfermagem intervêm, mas há pouca resolutividade efetiva no campo prático. Sem dúvida, essa consideração foi a pedra angular para trabalhar uma nova linha de pesquisa e desenvolver em 1983 o Modelo Bifocal de Prática Clínica (MBPC), que identifica as duas situações clínicas em que a enfermeira intervém. Uma é a prescrição de ações de forma autônoma e o outro onde colabora com outras áreas / disciplinas. Este modelo não apenas organiza a abordagem prática da enfermeira, mas também auxilia a diferenciar Enfermagem de outras disciplinas de saúde. (29)

Na prática, o MBPC descreve os dois focos da Enfermagem clínica: diagnósticos de Enfermagem (DE) e problemas colaborativos (PC) ou interdependentes.

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. (23) Já os PC, 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 problemas colaborativos também podem ser chamados de Complicação Potencial (CP). (23,28)

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.(5)

O diagnóstico de Enfermagem (DE) deve ser registrado em três partes, indicando a resposta humana, relatando os fatos e definindo características. A resposta humana à doença (ou agravo, ou processo vital) é 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 evento. As características definidoras consistem nos dados que indicam que o problema existe; que o DE é real.(6) A expressão “relacionada à” pode ser usada para associar as respostas humanas aos fatores relacionados. 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”.(25)

Pacientes com risco de apresentar determinadas respostas humanas não têm características definidoras até que o problema se torne evidente, isto é, real. É o DE de risco, sendo registrado somente em duas partes. Ex: “Risco para 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 para comprometimento da integridade da pele relacionado à imobilização, conforme evidenciado por hiperemia em região sacrococcígea.” O DE real apresenta um estado em que foi clinicamente comprovado por características definidoras maiores identificáveis.(30)

A estrutura de um DE depende do seu tipo: real (vigente), potencial (de risco), possível, de bem-estar e de síndrome.(25,5)

NANDA-Internacional em 2017 afirmou que “um diagnóstico de Enfermagem pode ser focado em um problema, um estado de promoção da saúde ou um riscopotencial”. (23) O diagnóstico com foco no problema é um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida que existe em um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Entretanto, ao referir-se a um julgamento clínico a respeito da suscetibilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida, O DE passa a denominar-se Diagnóstico de Risco.

Algumas respostas humanas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas em qualquer estado de saúde. Neste caso, um julgamento clínico a respeito da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde é um Diagnóstico de promoção da saúde.

Embora em número limitado na Taxonomia da NANDA-I, uma síndrome pode estar presente. Uma síndrome é um julgamento clínico relativo a um determinado agrupamento de diagnósticos de Enfermagem que ocorrem associados, sendo mais bem tratado por meio de intervenções similares.

Refletindo a dinâmica evolutiva das Ciências de Enfermagem, a NANDA-I(23)em 2017 acrescentou dois novos termos para indicar com clareza os dados úteis na elaboração de um diagnóstico, mesmo que não sejam passíveis de intervenções de Enfermagem independentes.

Populações em risco são grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências. Condições associadas são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Essas condições não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro, embora possam dar apoio à precisão nos diagnósticos de Enfermagem.(23)

Categorias diagnósticas ou título:

É o rótulo diagnóstico. Deve ser descritivo da definição do diagnóstico e de suas características definidoras, sendo um qualificador preciso, também chamado como descritor ou modificador, como por exemplo, os termos “alterado”, “prejudicado”, “déficit”, “ineficaz”, “ineficiente”, “melhorado”.(23)

Desta maneira, o título deve apresentar as duas partes: modificador + foco do diagnóstico.

Fatores relacionados:

Nos DE reais 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. (31)

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 relacionada com cirurgia de cólon” não corresponde a um fator relacionado no qual a enfermeira tenha impacto de resolução. Em contrapartida, se fosse registrado “Constipação relacionada com dor incisional ao evacuar, conforme evidenciado por sangramento anal e verbalização do fato”, existe claramente fator relacionado. A enfermeira não pode desenvolver nenhuma ação para reduzir, evitar ou minimizar uma cirurgia no intestino, mas pode reduzir, evitar ou minimizar o tenesmo. (5)

Características definidoras:

As características definidoras funcionam como uma lista de dados colhidos indicando a veracidade dos fatos relatados. (6) Em um DE real, as características definidoras referem-se aos indícios clínicos, sinais ou sintomas, objetivos e subjetivos, que em conjunto apontam para o DE. (30)

As características definidoras são, para

alguns autores, diferenciadas e, designadas como maiores e menores, ou principais e secundárias. As características definidoras maiores são definidas como “geralmente presentes, quando o diagnóstico existe”. As características definidoras menores são definidas “como propiciando evidência de apoio ao diagnóstico, mas podendo não estar presentes”. As maiores são definidas como indicadores críticos, presentes 80-100% do tempo; as menores como indicadores de apoio, ocorrendo 50-79% do tempo. (5)

Em 2017 a NANDA-I(23) afirmou que:

As características definidoras são indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico (p. ex., sinais ou sintomas). Uma avaliação que identifique a presença de uma quantidade de características definidoras dá suporte à precisão do diagnóstico de Enfermagem. (23)

Problemas Colaborativos:

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. (31)

Conclusões

Existem heterogeneidades no que se refere ao conhecimento do PE de maneira uniforme, especialmente em solo brasileiro e o dimensionamento adequado da equipe de Enfermagem deve ser considerado como fator de impacto na efetiva realização do mesmo.

A realização dessa atividade requer consciência política do que é realmente atividade específica da enfermeira e para

isso torna-se premente o resgate do contexto histórico-social em que a Enfermagem se desenvolveu e como a mesma foi disciplinada através dos períodos históricos, permanecendo ainda hoje dócil frente às dialéticas no sistema de saúde.

O PE apresenta elevada complexidade e o raciocínio clínico e crítico é fundamental.

Acredita-se ser o caminho em busca da valorização da profissão de enfermeira, como um meio, e não um fim em si mesmo. E o que é melhor: a possibilidade de restabelecer sua identidade profissional e social com a verdadeira natureza de seu trabalho: o cuidar sistematizado ser humano.

Referências

1. Ramos LAR, Carvalho EC, Canini SRMS. Opinião de auxiliares e técnicos de Enfermagem sobre a sistematização da assistência de Enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2009; 11(1):39-44. [citado 24 de novembro de 2017]. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a05.pdf>
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [citado 25 de novembro de 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
3. BRASIL. Presidência de República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. [citado 25 de novembro de 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm
4. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. [citado 25 de novembro de 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
5. Carpenito LJ. *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. 15ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2016. p. 1177.
6. Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's: textbook of medical-surgical nursing*. 14ª ed. Philadelphia: LWW, 2018. p. 2212.
7. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. *Sistema de assistência de Enfermagem: evolução e tendências*. 5ª ed. São Paulo: Ícone Editora, 2012. p. 319.
8. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. p. 1986.
9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. En: Merhy EE, Onocko R (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-72.
10. Alfaro-LeFevre R. *Aplicação do processo de Enfermagem: fundamento para o raciocínio clínico*. 8ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2014. p. 272.
11. Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. *Processo de Enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011. p. 320.
12. Gonçalves dos Santos EC, da Silva Junior OC, Saba de Almeida Y, Nazareno Cosme FM, Cavalcanti Valente GS. *A configuração identitária*

- da enfermeira: percursos, escolhas e decisões de estudantes de Enfermagem. *Temperamentvm* 2019; 15(12036):1-7. [citado 13 de maio de 2019]. Disponível em: <http://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e12036>
13. Barros KM, Lemos IC. Processo de Enfermagem: fundamentos e discussão de casos clínicos. Rio de Janeiro: Atheneu, 2016. p. 352.
 14. Santos ECG, Barbosa HAS, Oliveira NF, Cordeiro PM. O processo de Enfermagem na sistematização da assistência: fundação centro de controle oncológico do Amazonas. *Revista Online de Pesquisa: cuidado é fundamental* 2010; 2(supl.):667-670. [citado 10 de dezembro de 2017]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1085>
 15. Figueiredo NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. 3ª ed. São Paulo: Yendis, 2010. p. 237.
 16. Jarvis C. Physical examination and health assessment. 7ª ed. Philadelphia: Saunders/ Elsevier, 2016. p. 896.
 17. Porto CC. Semiologia médica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.1448.
 18. Bickley LS. Bates: propedêutica médica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 1032.
 19. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979. p. 99.
 20. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 13ª ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2014. p. 480.
 21. Pollack D. Nursing diagnosis & functional health patterns cheat sheet. [citado 20 de dezembro de 2017]. Disponível em: <https://www.coursehero.com/file/32547286/1pdf/>
 22. Epstein O, Perkin GD, Cookson J, Watt IS, Rakhit R, Robins A et al. Clinical examination: with student consult access. 4ª ed. Missouri: Mosby/Elsevier, 2008. p. 452.
 23. Herdman HT, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020. 11ª ed. New York: Thieme Medical Publishers, 2017. p. 512.
 24. Von Krogh G. An examination of the NANDA International taxonomy for domain completeness, ontological homogeneity, and clinical functionality. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: the official journal of American Nurses* 2008; 19(2):65-75. [citado 30 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18476846>
 25. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care. 5ª ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2016. p. 1152.
 26. Timby BK. Fundamental nursing skills and concepts. 11ª ed. Philadelphia: LWW, 2016. p. 948.
 27. Springhouse. Charting: an incredibly easy! pocket guide. Philadelphia: LWW, 2006. p. 416.
 28. Carpenito LJ. Nursing Care Plans: transitional patient and family centered care. 7ª ed. Philadelphia: LWW, 2017. p. 872.
 29. Carpenito LJ. Nursing Care Plans and Documentation: nursing diagnoses and collaborative problems. 5ª ed. Philadelphia: LWW, 2009. p. 814.
 30. Gaidzinski RR, Soares AVN, Costa Lima AF, Gutierrez BAO, Monteiro da Cruz DAL, Rogenski NMB et al. Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008. p. 368.
 31. Naval EC. El Modelo Bifocal de Práctica Clínica de Lynda J. Carpenito en enfermería, aplicado en el Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya [tese]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2017. p. 253.