



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

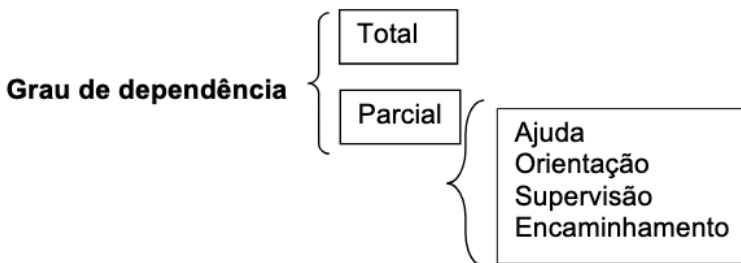
a) Dependência Total

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.

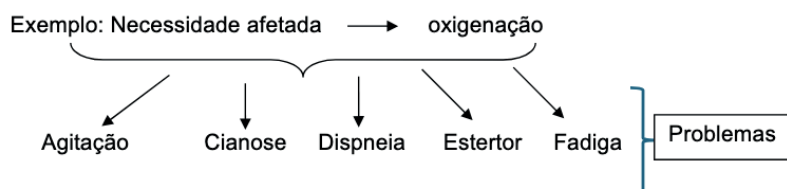
Dessa forma, o prognóstico de Enfermagem integra avaliação, previsão e direcionamento terapêutico, configurando-se como etapa conclusiva das fases do Processo de Enfermagem desenvolvido por Wanda de Aguiar Horta. Ele sintetiza o julgamento clínico do enfermeiro, orienta o replanejamento e garante a continuidade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