Capítulo 14

# Processo de Enfermagem na Assistência: Registro, Raciocínio Clínico e a Produção do Cuidado

## *Nursing Process in Care: Documentation, Clinical Reasoning, and Care Production*

**Elaine Alves dos Santos**
**Evandro Luis Pereira Azevedo**
**Vanuza Ramos Barbosa**
**Tássia Xavier Tolentino Castro**
**Marli Lopes de Carvalho**
**Cristiane Lima de Souza**
**Iara Pereira Alves**
**Juliana de Souza Borges Alves**
**Marcia Martins Lima**
**José Weliton Batista Alves**

**Resumo:** O Processo de Enfermagem constitui importante referência metodológica para a organização da assistência e para a expressão do conhecimento profissional. Apesar de sua consolidação normativa, sua utilização pode assumir caráter predominantemente documental quando suas etapas são reduzidas ao preenchimento de instrumentos e registros no prontuário. Este estudo tem como objetivo refletir sobre o Processo de Enfermagem como abordagem assistencial, considerando sua relação com o raciocínio clínico, a organização do cuidado, a interprofissionalidade, as singularidades territoriais e as transformações tecnológicas contemporâneas. Trata-se do estudo de reflexão, de natureza teórico-conceitual, fundamentado em literatura científica e documentos normativos relacionados ao Processo de Enfermagem e à assistência de Enfermagem. A reflexão evidencia que o Processo de Enfermagem ultrapassa a documentação das ações realizadas, envolvendo interpretação das necessidades de saúde, julgamento clínico, tomada de decisão, planejamento, implementação e avaliação dos resultados. Evidencia-se ainda que terminologias padronizadas, sistemas digitais e inteligência artificial podem apoiar a documentação, a organização das informações e a tomada de decisão, desde que preservado o julgamento profissional. Conclui-se que a efetividade do Processo de Enfermagem depende de sua integração ao trabalho cotidiano e de sua capacidade de orientar decisões, produzir cuidado e avaliar resultados, superando a perspectiva de cumprimento meramente documental.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem; interprofissionalidade; processo de enfermagem; raciocínio clínico; tecnologia em saúde.

**Abstract:** The Nursing Process is an important methodological framework for organizing care and expressing professional knowledge. Despite its normative consolidation, its use may assume a predominantly documentary character when its stages are reduced to completing forms and recording information in patients' medical records. This article aims to reflect on the Nursing Process as a care approach, considering its relationship with clinical reasoning, care organization, interprofessional practice, territorial specificities, and contemporary technological transformations. This is a theoretical-conceptual reflection article based on scientific literature


*DOI: 10.47573/aya.5379.3.56.14*

and normative documents related to the Nursing Process and nursing care. The reflection demonstrates that the Nursing Process goes beyond documenting the actions performed, involving the interpretation of health needs, clinical judgment, decision-making, planning, implementation, and evaluation of outcomes. It also highlights that standardized terminologies, digital systems, and artificial intelligence can support documentation, information organization, and decision-making, provided that professional judgment is preserved. It is concluded that the effectiveness of the Nursing Process depends on its integration into everyday practice and its ability to guide decisions, deliver care, and evaluate outcomes, moving beyond a perspective of merely fulfilling documentary requirements.

**Keywords:** nursing care; interprofessional relations; nursing process; clinical reasoning; health technology.

## INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) oferece uma estrutura metodológica para reconhecer necessidades de saúde, formular julgamentos clínicos, planejar e implementar intervenções e avaliar respostas decorrentes do cuidado. Mais do que uma sequência formal de procedimentos, trata-se de um modo de organizar o pensamento profissional diante de situações concretas de saúde e doença, articulando conhecimento científico, avaliação clínica, tomada de decisão e acompanhamento dos resultados. A trajetória histórica do PE demonstra sua aproximação progressiva com uma concepção de cuidado sistematizado e orientado por decisões profissionais, tendo em Horta uma das principais referências para sua consolidação no contexto brasileiro (Horta, 1979).

No contexto contemporâneo, a consolidação normativa do PE não elimina o desafio de sua efetiva incorporação à assistência. A Resolução Cofen nº 736/2024 estabeleceu que o PE deve ser implementado em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de Enfermagem, definindo suas etapas como inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas. A norma também reforça a necessidade de distinguir o processo de cuidar de sua mera expressão documental, ao estabelecer uma organização metodológica que compreende avaliação de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e evolução de Enfermagem (Cofen, 2024a). Essa regulamentação amplia a responsabilidade profissional e, simultaneamente, recoloca uma questão fundamental: a presença do PE no prontuário é suficiente para caracterizar sua efetiva realização quando não há repercussão sobre a decisão, o cuidado ou os resultados assistenciais?

A questão torna-se particularmente relevante diante da expansão dos registros eletrônicos e das plataformas digitais. O registro constitui elemento indispensável para a continuidade da assistência, comunicação entre profissionais, segurança do paciente e documentação das responsabilidades assumidas no processo de cuidar. A própria Resolução Cofen nº 754/2024 reconhece a responsabilidade dos profissionais de Enfermagem pelo registro das informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, inclusive em meios eletrônicos, e destaca a possibilidade de compartilhamento dessas informações

entre os profissionais envolvidos na assistência (Cofen, 2024b). O problema, portanto, não está na existência do registro, mas na possibilidade de que o registro passe a ocupar o lugar do próprio processo clínico.

Essa distinção é importante porque registrar não significa necessariamente raciocinar clinicamente, assim como preencher campos estruturados não garante que os dados coletados tenham sido interpretados ou convertidos em decisões assistenciais coerentes. Estudo realizado com documentação de Enfermagem demonstrou baixa qualidade na articulação entre avaliação, diagnósticos, intervenções e resultados, identificando situações em que grande quantidade de dados era registrada sem correspondente utilização para formulação adequada de diagnósticos e avaliação dos resultados (Gligor *et al.,* 2024). Esse dado permite problematizar uma concepção quantitativa do registro: maior volume documental não corresponde necessariamente a maior qualidade do PE.

A relevância dessa discussão ultrapassa a dimensão técnica da profissão. Em sistemas de saúde marcados pela complexidade clínica, pelo envelhecimento populacional, pela presença de condições crônicas, pela fragmentação dos serviços e pela necessidade de articulação entre diferentes pontos de atenção, o cuidado exige processos decisórios que não podem ser reduzidos à descrição isolada de procedimentos (Silva *et al.,* 2018). O PE pode funcionar como dispositivo de organização do conhecimento profissional e de comunicação das necessidades identificadas, contribuindo para tornar visível aquilo que a Enfermagem reconhece, decide, executa e avalia no cuidado.

Nesse sentido, o PE também pode ser compreendido como elemento de articulação interprofissional. A decisão clínica contemporânea frequentemente ocorre em ambientes nos quais diferentes profissionais compartilham informações, responsabilidades e decisões relacionadas ao cuidado, o que explicita a complexidade desse processo e a importância da interação entre diferentes saberes para a construção das decisões em saúde (Bouchez *et al.,* 2024). A colaboração interprofissional, por sua vez, depende de mecanismos que favoreçam compartilhamento de informações, coordenação e responsabilização ao longo dos percursos assistenciais (Dib; Belrhiti, 2025). Nessa perspectiva, o PE não constitui uma atividade isolada da equipe, mas uma forma de organizar e comunicar o raciocínio específico da Enfermagem dentro de um cuidado compartilhado.

O cenário tecnológico acrescenta outra camada de complexidade. Sistemas de registros eletrônicos, terminologias padronizadas, ferramentas de apoio à decisão e, mais recentemente, aplicações de inteligência artificial passam a participar de diferentes etapas do trabalho de Enfermagem. Contudo, a incorporação tecnológica não assegura, por si só, melhor qualidade assistencial. Hants, Bail e Paterson (2023) identificaram que os componentes de avaliação e planejamento são mais frequentemente incorporados aos sistemas, enquanto intervenção e avaliação dos resultados permanecem menos representadas, revelando que a digitalização ainda pode produzir uma representação incompleta do trabalho de Enfermagem.

Diante desse cenário, torna-se pertinente deslocar a discussão de uma pergunta centrada na existência do registro para outra, de natureza mais assistencial:

o que o PE efetivamente produz no cuidado? A partir dessa perspectiva, este estudo tem como objetivo refletir sobre o PE como abordagem assistencial, considerando sua relação com o raciocínio clínico, a tomada de decisão, a comunicação interprofissional, as singularidades dos territórios de cuidado e as transformações tecnológicas contemporâneas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de reflexão, de natureza teórico-conceitual, construído a partir da análise crítica de literatura científica e de documentos normativos relacionados ao PE, ao raciocínio clínico, à organização da assistência, à documentação, à colaboração interprofissional e às tecnologias aplicadas ao cuidado. A escolha do formato reflexivo decorre da necessidade de discutir não apenas os elementos que caracterizam formalmente o PE, mas também o significado de sua utilização na prática assistencial e as condições que favorecem sua transformação em instrumento efetivo de cuidado.

A reflexão foi organizada a partir da seguinte questão: em que medida a documentação do PE corresponde à efetiva realização do método no cuidado? A partir dessa questão, foram discutidas as relações entre registro e raciocínio clínico, entre PE e tomada de decisão, entre cuidado de Enfermagem e trabalho interprofissional, entre avaliação clínica e singularidades socioambientais e entre utilização de tecnologias e preservação do julgamento profissional.

## REFLEXÃO

O primeiro aspecto a ser considerado diz respeito à diferença entre documentar o cuidado e produzir o cuidado. A documentação constitui componente indispensável da assistência de Enfermagem. Registros adequados favorecem a continuidade do cuidado, possibilitam a comunicação entre profissionais, subsidiam processos de avaliação e gerenciamento e contribuem para a segurança do paciente. No entanto, o registro é uma representação daquilo que foi observado, interpretado, decidido e realizado; não se confunde com o processo cognitivo e assistencial que lhe dá origem. Quando a lógica documental se sobrepõe à lógica clínica, existe o risco de o PE ser reduzido a uma sequência de campos preenchidos, perdendo parte de sua capacidade de orientar decisões e produzir respostas assistenciais.

Essa possibilidade encontra respaldo em estudos que analisam a qualidade da documentação. Gligor *et al.* (2024), ao avaliar registros de Enfermagem por meio do instrumento Q-DIO, identificaram dificuldades na conexão entre avaliação, diagnóstico, intervenções e resultados. Os autores observaram que grande quantidade de informações era coletada, mas nem sempre convertida em diagnósticos adequados, enquanto os resultados de Enfermagem apresentavam baixa qualidade. O problema identificado não se limita à qualidade formal da

escrita. Trata-se de uma ruptura na cadeia lógica que deveria conectar informação, interpretação, decisão, intervenção e avaliação.

Essa cadeia constitui o núcleo clínico do PE. A avaliação fornece dados, mas os dados somente adquirem significado assistencial quando são interpretados à luz do conhecimento profissional. O diagnóstico de Enfermagem expressa uma forma de julgamento sobre respostas humanas ou necessidades relacionadas ao cuidado. O planejamento traduz decisões em objetivos e intervenções. A implementação transforma decisões em ações. A evolução, por sua vez, permite verificar respostas e redefinir o cuidado. O caráter cíclico estabelecido pela Resolução Cofen nº 736/2024 reforça que não se trata de uma sequência linear encerrada após o preenchimento dos campos, mas de um processo contínuo de avaliação, decisão, ação e reavaliação (Cofen, 2024a).

Essa compreensão aproxima diretamente o PE do raciocínio clínico. Griffits, Hines e Moloney (2023) identificaram diferentes características e processos envolvidos no raciocínio clínico de enfermeiros, ressaltando a complexidade das decisões realizadas na prática. O raciocínio clínico não consiste apenas em reconhecer sinais ou reunir informações, mas envolve interpretação, priorização, identificação de problemas, antecipação de riscos e escolha de condutas. O estudo também chama a atenção para consequências relacionadas ao raciocínio clínico inadequado, particularmente em situações nas quais o reconhecimento ou a resposta a alterações clínicas é insuficiente.

A relação entre PE e julgamento clínico também aparece na literatura educacional. Mendívil-Pérez *et al.* (2025) identificaram diferentes intervenções destinadas ao desenvolvimento do julgamento clínico de enfermeiros, embora tenham apontado heterogeneidade entre os estudos. Os resultados reforçam que o julgamento clínico não deve ser tratado como competência automática decorrente da experiência profissional, mas como capacidade que pode ser desenvolvida por estratégias educacionais e práticas deliberadas. A literatura educacional recente também demonstra que metodologias ativas, incluindo simulação, casos clínicos e aprendizagem baseada em problemas, podem favorecer a articulação entre conhecimento do PE e situações clínicas concretas (Silva *et al.,* 2025).

Essa discussão possui implicações importantes para a própria identidade profissional. Se o PE for entendido apenas como instrumento de documentação, sua utilização poderá ser avaliada predominantemente pela presença ou ausência de registros. Se for compreendido como método de organização do pensamento e do cuidado, a avaliação precisará considerar a coerência entre aquilo que foi identificado, aquilo que foi julgado prioritário, as intervenções selecionadas, as respostas observadas e as decisões subsequentes. A diferença não é apenas terminológica. Ela altera a maneira como a assistência é planejada, acompanhada, ensinada e avaliada.

As terminologias padronizadas podem contribuir para essa organização ao oferecer linguagem estruturada para representar diagnósticos, intervenções e resultados. Todavia, a padronização não deve ser confundida com mecanização. Bertocchi *et al.* (2023) identificaram associações entre terminologias padronizadas

de enfermagem e diferentes resultados clínicos e organizacionais, mas também evidenciaram que a certeza da evidência variou de muito baixa a baixa. Da mesma forma, revisão sistemática sobre a utilização articulada das classificações NANDA International, Nursing Interventions Classification e Nursing Outcomes Classification encontrou 17 estudos e identificou resultados relacionados à tomada de decisão diagnóstica e a desfechos individuais, mas apontou a necessidade de pesquisas metodologicamente mais robustas, sobretudo para avaliar a efetividade das intervenções e a satisfação da população (Rodríguez-Suárez *et al.,* 2023).

A questão, portanto, não consiste em escolher entre linguagem padronizada e narrativa clínica. O desafio é utilizar a padronização como instrumento de comunicação e interoperabilidade sem eliminar a singularidade da pessoa, da família ou da comunidade. O estudo teórico de Cubas *et al.* (2024) destaca justamente a representação de elementos como diagnóstico de Enfermagem, ação de Enfermagem e resultados sensíveis à ação da Enfermagem, ressaltando a importância da representação estruturada do conhecimento profissional em sistemas terminológicos. Ao mesmo tempo, os autores reconhecem a necessidade de preservar possibilidades de registro narrativo capazes de contemplar aspectos singulares dos sujeitos e dos contextos de cuidado.

Essa discussão adquire maior relevância quando o cuidado é considerado em sua dimensão territorial e socioambiental. O sujeito do cuidado não existe de forma descontextualizada. Condições de moradia, suporte familiar, acesso aos serviços, capacidade de autocuidado, condições econômicas, trabalho, cultura, recursos disponíveis e redes de apoio podem modificar tanto a interpretação das necessidades quanto a viabilidade das intervenções propostas. Assim, uma avaliação de Enfermagem clinicamente qualificada não deveria limitar-se à identificação de alterações fisiológicas, mas considerar elementos que condicionam a produção e a continuidade do cuidado.

A experiência da consulta de Enfermagem na atenção primária ilustra essa dimensão ampliada. Silva *et al.* (2025), ao analisarem a consulta de Enfermagem no cuidado à pessoa com diabetes, destacam seu caráter educativo e transformador no contexto da atenção primária. A consulta deixa de ser compreendida como encontro destinado exclusivamente à coleta de informações e passa a constituir espaço de educação, vínculo, reconhecimento de necessidades e construção de possibilidades de cuidado. Nesse sentido, o PE pode funcionar como uma estrutura metodológica capaz de aproximar conhecimento profissional e realidade vivenciada.

A dimensão territorial também evidencia que o PE não se encerra no interior de uma unidade de saúde. A continuidade do cuidado exige que informações e decisões sejam compreendidas em diferentes momentos e pontos da rede. Araújo *et al.* (2025), em estudo sobre a aplicação do PE na transição de pessoas idosas do hospital para o domicílio, identificaram lacunas especialmente relacionadas à implementação e à avaliação do cuidado. O resultado é significativo porque justamente as etapas relacionadas à transformação do planejamento em ação e à verificação das respostas são fundamentais para que o processo produza continuidade assistencial.

A transição do hospital para o domicílio evidencia, portanto, uma característica essencial do PE: sua utilidade não está apenas em descrever o estado clínico em determinado momento, mas em sustentar decisões ao longo do percurso assistencial. Um diagnóstico ou uma necessidade identificada durante a hospitalização pode assumir diferentes significados no domicílio; uma intervenção viável no ambiente hospitalar pode não ser executável em outro contexto; e um resultado considerado satisfatório em determinado cenário pode não representar autonomia ou segurança após a alta. A avaliação contínua permite que o cuidado acompanhe essas transformações.

Essa capacidade de acompanhar o cuidado também aproxima o PE da prática interprofissional. A Enfermagem não atua de forma isolada diante de situações complexas, e o cuidado contemporâneo depende de comunicação entre diferentes núcleos profissionais. Em relação à tomada de decisão clínica interprofissional, Bouchez *et al.* (2024) evidenciaram que esse processo envolve múltiplas dimensões, incluindo compartilhamento de informações, interação entre profissionais e construção conjunta das decisões. Já em relação à colaboração interprofissional em redes de atenção, Dib e Belrhiti (2025) também apontaram que fragmentação, comunicação insuficiente e funcionamento em silos constituem desafios para a coordenação do cuidado.

Nesse contexto, o PE pode cumprir uma função que ultrapassa os limites da documentação específica da profissão: tornar comunicável o raciocínio de Enfermagem. Ao registrar uma avaliação, um diagnóstico, uma intervenção e uma resposta, não se registra apenas uma atividade profissional; registra-se uma interpretação sobre determinada situação de saúde e a lógica que orientou uma decisão. A documentação qualificada, portanto, pode funcionar como ponte entre o conhecimento específico da Enfermagem e o cuidado compartilhado com outros profissionais.

Essa função comunicacional torna-se ainda mais importante nos ambientes digitais. Sistemas eletrônicos oferecem possibilidades de organização, recuperação e compartilhamento de informações que dificilmente poderiam ser alcançadas com a mesma velocidade em registros exclusivamente manuais. No entanto, a tecnologia também pode reproduzir limitações da lógica documental. Hants, Bail e Paterson (2023) identificaram que os sistemas digitais frequentemente incorporam avaliação e planejamento, enquanto as intervenções e a avaliação dos resultados aparecem de maneira menos abrangente. Isso significa que a informatização do PE não garante sua integralidade.

Em relação aos registros eletrônicos de saúde no PE hospitalar, Silva *et al.* (2025) identificaram 33 estudos e apontaram que os registros eletrônicos podem contribuir para comprovação da assistência, gerenciamento de riscos, qualidade, segurança, tomada de decisão clínica e produção de dados secundários para pesquisa. A tecnologia, portanto, apresenta potencial significativo, mas esse potencial depende da forma como o sistema é concebido e utilizado.

A pergunta central passa, então, a ser outra: que PE está sendo incorporado aos sistemas digitais? Um sistema que simplesmente substitui o papel por campos

eletrônicos pode digitalizar a documentação sem necessariamente qualificar o raciocínio. Um sistema estruturado para conectar avaliação, diagnósticos, intervenções, resultados e evolução pode, por outro lado, favorecer uma representação mais coerente do cuidado. A diferença está menos no fato de o registro ser eletrônico e mais na arquitetura conceitual que orienta sua construção. Essa discussão ganha novas proporções diante do avanço da inteligência artificial. Revisão de escopo recente identificou aplicações da inteligência artificial relacionadas a diferentes etapas do PE, incluindo apoio à documentação e aos registros, inferência diagnóstica, previsão de eventos adversos e qualificação ou personalização do cuidado (Gomes *et al.,* 2025).

A inteligência artificial pode, nesse cenário, reduzir tarefas repetitivas, auxiliar na organização de grandes volumes de dados e favorecer a recuperação de informações relevantes. Estudos recentes também demonstram possibilidades de utilização de modelos generativos para padronização de intervenções registradas em prontuários eletrônicos, com potencial para tornar os dados produzidos pela Enfermagem mais comparáveis e analisáveis em larga escala (Macieira *et al.,* 2025). No entanto, a própria literatura ressalta que essas ferramentas devem apoiar, e não substituir, a atuação profissional.

A discussão sobre inteligência artificial exige, portanto, uma distinção fundamental entre apoio tecnológico e delegação do julgamento clínico. Um algoritmo pode reconhecer padrões, sugerir possibilidades ou organizar informações, mas a decisão sobre a relevância clínica dessas informações depende do contexto e da responsabilidade profissional. Rony *et al.* (2025), em um estudo sobre inteligência artificial no cuidado de enfermagem, apontaram benefícios potenciais relacionados à tomada de decisão, monitoramento, eficiência e automação, mas também evidenciam questões éticas e a necessidade de integração responsável dessas tecnologias. Da mesma forma, a discussão sobre o impacto da inteligência artificial na força de trabalho da Enfermagem destaca a possibilidade de redução de tarefas administrativas e ampliação do tempo disponível para atividades assistenciais, mas enfatiza a necessidade de participação ativa dos enfermeiros na integração ética dessas tecnologias (Yakusheva; Bouvier; Hagopian, 2025).

A tecnologia, portanto, não resolve a questão fundamental do PE. Pode facilitar a coleta, organização, recuperação e análise de informações, mas não elimina a necessidade de interpretação. Pode sugerir diagnósticos, mas não transfere a responsabilidade profissional pela decisão. Pode auxiliar na escolha ou padronização de intervenções, mas não conhece, de maneira autônoma e contextualizada, todas as dimensões que atravessam a vida de uma pessoa, família ou comunidade. Pode identificar padrões nos registros, mas não substitui a relação estabelecida no encontro clínico.

Por essa razão, a transformação tecnológica pode ser compreendida como oportunidade para reafirmar, e não para reduzir, a centralidade do raciocínio clínico. Quanto maior a capacidade tecnológica de produzir e organizar dados, maior tende a ser a necessidade de profissionais capazes de interpretá-los criticamente. A competência do enfermeiro não se torna menos relevante diante da inteligência

artificial; modifica-se o tipo de competência necessária para trabalhar com informações produzidas, selecionadas ou sugeridas por sistemas computacionais.

A mesma lógica pode ser aplicada à educação em Enfermagem. Se o PE for ensinado predominantemente como uma estrutura de preenchimento, existe o risco de que sua aprendizagem permaneça associada à execução de etapas formais. A literatura sobre metodologias ativas demonstra a utilização de simulação, casos clínicos, aprendizagem baseada em problemas e outras estratégias para aproximar o ensino do PE das situações concretas de cuidado (Silva *et al.,* 2025). O objetivo não deveria ser apenas ensinar o estudante a completar cada etapa, mas desenvolver sua capacidade de reconhecer informações relevantes, interpretar situações, estabelecer prioridades, tomar decisões e avaliar respostas.

Nesse sentido, a formação profissional e a prática assistencial apresentam um desafio comum. Ambas precisam deslocar o foco do PE como formulário para o PE como pensamento organizado sobre o cuidado. Na formação, isso significa ensinar a raciocinar a partir de situações clínicas reais ou simuladas. Na prática, significa construir condições organizacionais para que a avaliação, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a evolução façam parte efetiva do trabalho cotidiano. Nos sistemas digitais, significa desenvolver ferramentas que representem o ciclo completo do cuidado. Na gestão, significa avaliar a qualidade do PE não apenas pelo percentual de registros realizados, mas pela coerência e utilidade assistencial desses registros.

Essa mudança de perspectiva também modifica a compreensão de qualidade. Um PE pode estar formalmente completo e, ainda assim, apresentar baixa capacidade de orientar o cuidado. Da mesma maneira, um registro extenso pode conter pouca informação clinicamente relevante. O indicador de qualidade não deveria ser somente a quantidade de campos preenchidos, mas a relação entre informações, julgamentos, decisões, intervenções e resultados. A pergunta sobre qualidade passa, assim, da dimensão documental para a dimensão clínica.

A avaliação torna-se especialmente importante nesse processo. Avaliar não significa apenas registrar que determinada intervenção foi realizada. Significa analisar se a resposta observada corresponde ao resultado esperado, reconhecer mudanças na situação de saúde e decidir se o plano deve ser mantido, modificado ou interrompido. A ausência dessa etapa transforma o PE em uma sequência de ações sem retroalimentação. O ciclo somente se completa quando a informação produz uma nova interpretação e essa interpretação produz uma nova decisão.

Esse entendimento permite recuperar a dimensão assistencial do PE. A avaliação inicial identifica necessidades; o diagnóstico organiza o julgamento profissional; o planejamento estabelece prioridades e estratégias; a implementação transforma decisões em ações; e a evolução verifica respostas e reorienta o cuidado. O processo não é, portanto, uma coleção de registros independentes, mas uma cadeia lógica em movimento.

A questão central não é, desse modo, se o PE deve ser registrado. Deve. O registro é indispensável. A questão consiste em saber se aquilo que foi registrado

representa efetivamente um processo de avaliação, julgamento, decisão, ação e avaliação de resultados. Quando a documentação se desconecta dessas dimensões, corre-se o risco de preservar a aparência do método enquanto se enfraquece sua finalidade.

Esse risco é particularmente relevante em contextos institucionais nos quais demandas administrativas, limitações de tempo, sobrecarga de trabalho, sistemas pouco amigáveis e modelos de documentação excessivamente burocratizados podem deslocar a atenção da finalidade assistencial. Nesses cenários, responsabilizar exclusivamente o profissional pela qualidade do PE pode ocultar determinantes organizacionais importantes. A efetividade do método depende também de condições de trabalho, formação, apoio institucional, qualidade dos sistemas de informação, disponibilidade de recursos e cultura organizacional.

Por outro lado, reconhecer condicionantes estruturais não significa retirar do enfermeiro a responsabilidade pelo julgamento clínico. A implementação qualificada do PE exige simultaneamente condições institucionais favoráveis e apropriação profissional do método. A gestão pode disponibilizar sistemas, protocolos e capacitações, mas não substitui o raciocínio clínico. O sistema eletrônico pode organizar dados, mas não substitui a interpretação. A inteligência artificial pode oferecer sugestões, mas não assume a responsabilidade ética e profissional pelo cuidado.

A principal contribuição do PE talvez esteja justamente nessa capacidade de integrar diferentes dimensões do trabalho: ciência e prática, conhecimento e decisão, indivíduo e território, cuidado profissional e colaboração interprofissional, documentação e avaliação de resultados, tecnologia e julgamento clínico. Sua potência não está em tornar o cuidado mais burocrático, mas em tornar o cuidado mais inteligível, comunicável, avaliável e orientado por decisões profissionais.

A presença do PE no prontuário, entretanto, não deve ser tomada como evidência suficiente de sua efetiva realização. Um documento pode demonstrar que determinados campos foram preenchidos; somente a análise da coerência entre avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução permite compreender se o método realmente orientou a assistência. A diferença entre essas duas situações é precisamente a diferença entre registrar o cuidado e produzir cuidado por meio de um método clínico.

Essa distinção também contribui para reposicionar o PE no debate contemporâneo sobre inovação. Inovar não significa necessariamente substituir o registro manual por um sistema eletrônico, incorporar inteligência artificial ou ampliar a quantidade de tecnologias utilizadas. Inovação assistencial pode significar, antes de tudo, utilizar recursos tecnológicos para recuperar tempo clínico, melhorar a qualidade da informação, fortalecer a comunicação, qualificar decisões e acompanhar resultados. A tecnologia adquire sentido quando amplia a capacidade de cuidar, e não quando simplesmente amplia a quantidade de dados registrados.

O desafio contemporâneo da Enfermagem não reside simplesmente em assegurar a presença do PE no prontuário, mas em assegurar que o cuidado esteja

efetivamente presente no PE. Isso implica reconhecer que cada etapa possui uma finalidade clínica e que o valor do método se expressa na capacidade de transformar informações em julgamentos, julgamentos em decisões, decisões em ações e ações em resultados avaliados. Sob essa perspectiva, o PE deixa de ser compreendido como obrigação documental e recupera sua condição de instrumento de produção do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão permite compreender o PE como método assistencial cuja finalidade ultrapassa a organização formal dos registros. Sua relevância está na capacidade de estruturar o raciocínio profissional, apoiar decisões, orientar intervenções, acompanhar respostas e produzir continuidade no cuidado. A documentação constitui parte indispensável desse processo, mas não deve ser confundida com sua totalidade.

As evidências recentes demonstram que persistem desafios relacionados à articulação entre avaliação, diagnóstico, intervenções e resultados, à incorporação integral do PE aos sistemas digitais, ao uso qualificado de terminologias padronizadas, à formação para o julgamento clínico e à integração do cuidado entre profissionais e pontos da rede. Ao mesmo tempo, tecnologias digitais e inteligência artificial oferecem novas possibilidades para organização da informação, apoio à decisão e qualificação dos registros, desde que utilizadas como instrumentos de suporte ao trabalho profissional e não como substitutos do julgamento clínico.

A efetividade do PE depende, portanto, da articulação entre competência profissional, condições organizacionais, qualidade dos sistemas de informação, educação permanente e compromisso institucional com a produção de cuidado qualificado. A superação da perspectiva meramente documental não significa reduzir a importância do registro; significa atribuir ao registro seu verdadeiro lugar dentro de um processo maior de avaliação, julgamento, decisão, intervenção e avaliação de resultados.

O PE alcança sua maior potência quando deixa de ser percebido como aquilo que precisa ser preenchido e passa a ser reconhecido como aquilo que orienta o cuidado. Nessa perspectiva, registrar é necessário, mas raciocinar, decidir, agir e avaliar constituem o núcleo que transforma o registro em cuidado profissional.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. C.; LIMA, G. F.; ALVES, R. F. S.; SILVA, N. G. R.; JESUS, C. A. C.; BOLINA, A. F. **Nursing Process Applied to Older Adults in Care Transition From Hospital to Home: A Scoping Review**. SAGE Open Nursing, v. 11, p. 1-14, 2025. DOI: 10.1177/23779608251349951.

BARROS, A. L. B. L.; *et al.* Nursing Process in the Brazilian context: reflection on its

concept and legislation. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 75, n. 6, e20210898, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0898.

BERTOCCHI, L.; *et al.* Impact of standardized nursing terminologies on patient and organizational outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 55, n. 6, p. 1126-1153, 2023. DOI: 10.1111/jnu.12894.

BOUCHEZ, T.; CAGNON, C.; HAMOUCHE, G.; MAJDOUB, M.; CHARLET, J.; SCHUERS, M. Interprofessional clinical decision-making process in health: a scoping review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 80, n. 3, p. 884-907, 2024. DOI: 10.1111/jan.15865.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024a.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 754, de 16 de maio de 2024.** Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem: digitalização, utilização de sistemas informatizados para guarda e armazenamento nesta tecnologia. Brasília, DF: Cofen, 2024b.

CUBAS, M. R.; SILVA, R. S.; PRIMO, C. C.; BRANDÃO, M. A. G.; FÉLIX, N. D. C.; JENSEN, R. Contributions of representing the elements of nursing practice in the ISO 18.104:2023 standard: a theoretical study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 58, e20230358, 2024. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0358.

DIB, K.; BELRHITI, Z. **Unpacking the black box of interprofessional collaboration within healthcare networks: a scoping review**. BMJ Open, v. 15, n. 6, e101702, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2025-101702.

GLIGOR, L. E.; RUSU, H.; DOMNARIU, C. D.; MÜLLER-STAUB, M. The quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes in Romanian nursing documentation measured with the Q-DIO: a cross-sectional study. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 35, n. 3, p. 298-307, 2024. DOI: 10.1111/2047-3095.12446.

GOMES, A. M.; DANTAS, L. B.; SOBREIRA, M. M. S.; ARAÚJO, J. N. M.; TINÔCO, J. D. S. Artificial intelligence in supporting the implementation of the nursing process: a scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 46, e20250077, 2025. DOI: 10.1590/1983-1447.2025.20250077.en.

GRIFFITS, S.; HINES, S.; MOLONEY, C. Characteristics and processes of registered nurses' clinical reasoning and factors relating to the use of clinical reasoning in practice: a scoping review. **JBI Evidence Synthesis,** v. 21, n. 4, p. 713-743, 2023. DOI: 10.11124/JBIES-21-00373.

HANTS, L.; BAIL, K.; PATERSON, C. Clinical decision-making and the nursing process in digital health systems: an integrated systematic review. **Journal of Clinical Nursing,** v. 32, n. 19-20, p. 7010-7035, 2023. DOI: 10.1111/jocn.16823.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

MACIEIRA, T. G. R.; *et al.* Making nursing visible: AI-assisted standardization of electronic health record interventions using generative pre-trained transformer models and retrieval-augmented generation process. **Nursing Outlook**, v. 73, n. 5, 102494, 2025. DOI: 10.1016/j.outlook.2025.102494.

MENDÍVIL-PÉREZ, M.; CHOPERENA, A.; SALAS, V.; CHOCARRO-HARO, M.; OROVIOGOICOECHEA, C. Interventions to develop clinical judgment among nurses: a systematic review with narrative synthesis. Nurse Education in Practice, v. 84, 104300, 2025. DOI: 10.1016/j.nepr.2025.104300.

RODRÍGUEZ-SUÁREZ, CA.; GONZÁLEZ-DE LA TORRE, H.; HERNÁNDEZ-DE LUIS, MN.; FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ, DÁ.; MARTÍNEZ-ALBERTO, CE.; BRITO-BRITO, PR. Effectiveness of a standardized nursing process using NANDA International, Nursing Interventions Classification and Nursing Outcome Classification terminologies: a systematic review. **Healthcare**, v. 11, n. 17, 2449, 2023. DOI: 10.3390/healthcare11172449.

RONY, M. K. K.; *et al.* The role of artificial intelligence in nursing care: an umbrella review. **Nursing Inquiry**, v. 32, n. 2, e70023, 2025. DOI: 10.1111/nin.70023.

SILVA, I. A. S.; FERNANDES, J. D.; PAIVA, M. S.; SILVA, F. R.; SILVA, L. S. The teaching of the nursing process. **Revista de Enfermagem UFPE on Line**, v. 12, n. 9, p. 2470-2478, set. 2018. Doi: 10.5205/1981-8963-v12i9a235896p2470-2478-2018

SILVA, G. O.; AREDES, N. D. A.; CECILIO, J. O.; OLIVEIRA, F. S.; CAVALCANTE, A. M. R. Z.; CAMPBELL, S. H. Active methodologies in teaching the nursing process: scoping review. **Nurse Education in Practice**, v. 83, 104274, 2025. DOI: 10.1016/j.nepr.2025.104274.

SILVA, I. R.; CABULON, E. A. I. C.; MENDONÇA, F. S. S.; OUSSAKI, F. M. S.; HADDAD, M. C. F. L. Applicability of electronic health records in the hospital Nursing Process: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 78, supl. 3, e20240520, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0520.

SILVA, S. O.; MOREIRA, A. C. A.; CENTENARO, A. P. F. C.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; WEILLER, T. H.; SCHIMITH, M. D. Nursing consultation and diabetes: an educational and transformative process for primary health care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 33, e4464, 2025. DOI: 10.1590/1518-8345.7546.4464.

YAKUSHEVA, O.; BOUVIER, M. J.; HAGOPIAN, C. O. P. How artificial intelligence is altering the nursing workforce. **Nursing Outlook**, v. 73, n. 1, 102300, 2025. DOI: 10.1016/j.outlook.2024.102300.