

## A construção de diagnósticos de enfermagem de uma comunidade pela CIPE através da taxonomia das necessidades em saúde

*The construction of nursing diagnoses for a community using the ICNP through the taxonomy of health needs*

*La construcción de diagnósticos de enfermería para una comunidad utilizando la CIPE a través de la taxonomía de necesidades de salud*

**Carine Silvestrini Sena Lima da Silva<sup>1\*</sup>**

ORCID: 0000-0002-4631-000X

**Carolina Passos Sodré<sup>2</sup>**

ORCID: 0000-0002-9819-2156

**Leônidas de Albuquerque Netto<sup>3</sup>**

ORCID: 0000-0003-1740-8953

**Lucas Portella Silva Santos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-1536-7126

**Bárbara Nicacio Bahia Mendes<sup>4</sup>**

ORCID: 0000-0002-7789-4757

**Alex Coelho da Silva Duarte<sup>5</sup>**

ORCID: 0000-0002-1204-3943

**Sandra Conceição Ribeiro Chicharo<sup>5</sup>**

ORCID: 0000-0002-1487-0088

**Helaine Maria da Silva Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-9430-5782

**Lidiane Dias Reis<sup>6</sup>**

ORCID: 0000-0001-6577-6545

**Patricia Soares Augusto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4046-6035

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup>Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup>Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>6</sup>Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, Brasil.

### Como citar este artigo:

Silva CSSL, Sodré CP, Albuquerque Netto L, Santos LPS, Mendes BNB, Duarte ACS, Chicharo SCR, Oliveira HMS, Reis LD, Augusto PS. A construção de diagnósticos de enfermagem de uma comunidade pela CIPE através da taxonomia das necessidades em saúde. Glob Acad Nurs. 2025;6(3):e518.  
<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200518>

### \*Autor correspondente:

[carine.nsilvestrini@gmail.com](mailto:carine.nsilvestrini@gmail.com)

Submissão: 26-10-2025

Aprovação: 28-11-2025

### Resumo

Com base na experiência do PET-Saúde em Niterói/RJ, esta pesquisa qualitativa e descritiva, desenvolvida entre agosto de 2010 e fevereiro de 2011, mapeou a comunidade do Caramujo para levantar suas necessidades em saúde e elaborar diagnósticos de enfermagem comunitários conforme a CIPE. A partir da análise de documentos, dados epidemiológicos e entrevistas, aplicou-se a taxonomia de necessidades de saúde, identificando quatro dimensões críticas: más condições de vida (habitação precária, saneamento deficiente, baixa renda, insegurança e falta de lazer); dificuldades de acesso às tecnologias de saúde (serviços de referência, marcação de consultas e atendimento de pequenas urgências); fragilidade na criação de vínculo afetivo (déficit no acolhimento e na informação dentro da unidade); e limitações na autonomia (pouca mobilização social). Essas necessidades foram traduzidas em diagnósticos de enfermagem, como processo ambiental e saúde da comunidade comprometidos, serviço de saúde e transporte deficientes, comportamento interativo comprometido e processo social fragilizado. Concluiu-se que o diagnóstico comunitário é fundamental para identificar a situação de saúde e subsidiar intervenções pontuais e efetivas dos profissionais.

**Descritores:** Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem em Saúde Pública; Saúde da Família; Saúde Pública.

### Abstract

Based on the experience of the PET-Saúde program in Niterói/RJ, this qualitative and descriptive research, developed between August 2010 and February 2011, mapped the Caramujo community to identify its health needs and develop community nursing diagnoses according to the ICNP (International Classification for Nursing Practice). Through the analysis of documents, epidemiological data, and interviews, the taxonomy of health needs was applied, identifying four critical dimensions: poor living conditions (precarious housing, deficient sanitation, low income, insecurity, and lack of leisure); difficulties in accessing health technologies (referral services, appointment scheduling, and care for minor emergencies); fragility in the creation of affective bonds (deficits in reception and information within the unit); and limitations in autonomy (little social mobilization). These needs were translated into nursing diagnoses such as compromised environmental and community health processes, deficient health services and transportation, compromised interactive behavior, and weakened social processes. It was concluded that community diagnosis is fundamental for identifying the health situation and supporting timely and effective interventions by professionals.

**Descriptors:** Nursing Processes; Nursing Diagnosis; Public Health Nursing; Family Health; Public Health.

### Resumén

Basada en la experiencia del programa PET-Saúde en Niterói/RJ, esta investigación cualitativa y descriptiva, desarrollada entre agosto de 2010 y febrero de 2011, mapeó la comunidad de Caramujo para identificar sus necesidades de salud y desarrollar diagnósticos de enfermería comunitaria según la CIPE (Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería). Mediante el análisis de documentos, datos epidemiológicos y entrevistas, se aplicó la taxonomía de las necesidades de salud, identificando cuatro dimensiones críticas: malas condiciones de vida (vivienda precaria, saneamiento deficiente, bajos ingresos, inseguridad y falta de ocio); dificultades para acceder a tecnologías sanitarias (servicios de referencia, programación de citas y atención de emergencias menores); fragilidad en la creación de vínculos afectivos (déficits en la recepción e información dentro de la unidad); y limitaciones en la autonomía (poca movilización social). Estas necesidades se tradujeron en diagnósticos de enfermería como procesos de salud ambiental y comunitaria comprometidos, servicios de salud y transporte deficientes, comportamiento interativo comprometido y procesos sociales debilitados. Se concluyó que el diagnóstico comunitario es fundamental para identificar la situación de salud y apoyar intervenciones profesionales oportunas y eficaces.

**Descriptores:** Procesos de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Enfermería de Salud Pública; Salud Familiar; Salud Pública.



## Introdução

A Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde e configura-se como eixo estruturante da rede assistencial, orientando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito individual e coletivo. Fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, a ABS promove o cuidado contínuo e próximo dos territórios, conforme preconizado pela Declaração de Alma-Ata (1978) e reafirmado pelas políticas públicas brasileiras<sup>1,2</sup>.

Nesse contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), vinculado ao Ministério da Saúde, desempenha papel estratégico ao fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade e fomentar práticas interdisciplinares orientadas para as necessidades reais da população. Durante a experiência desenvolvida em uma equipe de Saúde da Família, foi possível identificar demandas complexas relacionadas às condições de vida, ao processo saúde-doença e às vulnerabilidades presentes no território, reforçando a importância do levantamento das necessidades de saúde como etapa norteadora da organização do cuidado<sup>3,4</sup>.

A identificação dessas necessidades envolve a compreensão do perfil social, econômico, cultural e ambiental da comunidade, uma vez que tais elementos influenciam diretamente a forma como diferentes grupos reconhecem e buscam satisfazer suas demandas de saúde. Estudos apontam que intervenções descoladas da realidade territorial tendem a não alcançar adesão comunitária, comprometendo a continuidade e a efetividade das ações em saúde<sup>5</sup>.

Entretanto, observou-se que, embora as necessidades da população fossem reconhecidas pela equipe, a prática da enfermagem na Atenção Primária ainda apresentava lacunas no uso sistemático do Processo de Enfermagem, especialmente na etapa de formulação de diagnósticos de enfermagem. Essa etapa é fundamental, pois constitui a base para a tomada de decisões clínicas, padroniza a linguagem profissional e qualifica o registro e a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar. A ausência de diagnósticos compromete a continuidade do cuidado e dificulta a avaliação de resultados.

A elaboração de diagnósticos de enfermagem, entendida como ato clínico que descreve respostas humanas reais ou potenciais, é potencializada pelo uso de classificações padronizadas, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que permite comparar práticas profissionais em diferentes contextos e fortalecer a visibilidade do trabalho do enfermeiro<sup>6,7</sup>.

Com base na vivência no PET-Saúde e na necessidade de fortalecer o uso sistematizado do Processo de Enfermagem, este estudo propõe identificar necessidades de saúde de uma comunidade segundo a taxonomia de Cecílio<sup>8</sup> e elaborar os correspondentes diagnósticos de enfermagem. Essa abordagem contribui para o planejamento de ações mais precisas, culturalmente adequadas e alinhadas às demandas reais do território,

fortalecendo o papel do enfermeiro na produção de cuidado qualificado.

## Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo, realizado na comunidade do Caramujo, em Niterói (RJ), território marcado por vulnerabilidades sociais e sanitárias. A escolha pela abordagem qualitativa justificou-se pela necessidade de compreender dimensões subjetivas e contextuais do território, permitindo identificar as necessidades de saúde a partir da percepção dos moradores e da equipe. O caráter descritivo possibilitou registrar e interpretar fenômenos observados, caracterizando o território, a população e suas demandas<sup>9,10</sup>.

O cenário da pesquisa foi a área de abrangência da Policlínica Comunitária do Caramujo, incluindo regiões como o Morro do Céu, historicamente afetado por eventos ambientais e condições precárias de moradia. A seleção desse campo derivou da experiência prévia da pesquisadora no PET-Saúde, que permitiu mapeamento territorial e reconhecimento das necessidades locais. Participaram moradores da área, maiores de 18 anos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados envolveu documentos institucionais (relatórios, dados demográficos, indicadores de morbimortalidade e informações de sistemas de saúde) e entrevistas semiestruturadas, utilizadas para complementar e validar o diagnóstico das necessidades segundo a taxonomia de Cecílio<sup>8</sup>.

A análise ocorreu em duas etapas: inicialmente, aplicou-se a Análise de Conteúdo para sistematizar e interpretar os dados documentais e das entrevistas; em seguida, com base nas necessidades identificadas, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)<sup>6</sup>.

O estudo integrou o projeto “Diagnóstico dos territórios e necessidades de saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF/HUAP), seguindo a Resolução n.º 466/12, com o parecer n.º 299. Todos os participantes tiveram garantidos sigilo, confidencialidade e esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa. O estudo não recebeu financiamento externo.

## Resultados e Discussão

O mapeamento da comunidade constitui uma ferramenta essencial para compreender a dinâmica socioespacial, cultural, econômica e sanitária de um território. No caso do Caramujo, essa metodologia possibilitou identificar aspectos estruturais e subjetivos que influenciam diretamente o processo saúde-doença da população. A partir de visitas ao território, entrevistas com moradores antigos, representantes comunitários e profissionais de saúde, bem como análise documental, foi possível compreender a história local, as formas de ocupação urbana, as condições de vida e os principais desafios que permeiam o cotidiano dos residentes. Esse tipo de análise, conforme aponta a Política Nacional de Atenção



Básica, permite que as intervenções em saúde sejam orientadas pelas singularidades e vulnerabilidades de cada território<sup>11,12</sup>.

O processo histórico de ocupação do bairro, marcado por construções em encostas, expansão desordenada e carência de infraestrutura, moldou um cenário de alta vulnerabilidade socioambiental. O acúmulo inadequado de resíduos sólidos e a presença do lixão constituem graves problemas, gerando impactos como contaminação do solo, alteração do microclima, proliferação de vetores e risco aumentado de deslizamentos, fenômenos amplamente observados em áreas de urbanização precária no Brasil<sup>13</sup>. A tragédia decorrente das chuvas de 2010, que ocasionou deslizamentos, mortes e deslocamentos forçados, reforça como as desigualdades urbanas e climáticas afetam diretamente a saúde e a vida das populações periféricas.

O bairro apresenta também importantes fragilidades sociais. O comércio local é limitado, o acesso ao lazer é escasso e a violência urbana, especialmente associada ao tráfico de drogas e à violência de gênero, constitui grave fator de adoecimento. Estudos recentes demonstram que a falta de equipamentos culturais, espaços de convivência e políticas efetivas de segurança favorecem a vulnerabilidade juvenil e a expansão da violência<sup>14,15</sup>. No campo educacional, embora existam escolas e creches, muitas famílias dependem de serviços em bairros vizinhos, o que impacta diretamente a rotina e o acesso das crianças e jovens às atividades escolares.

A análise da Unidade de Saúde evidencia um histórico importante, desde sua origem como extensão do Hospital Azevedo Lima até sua transformação em Policlínica Comunitária com a implantação do Programa Médico de Família. Contudo, desafios persistem: déficit de recursos humanos, fragilidades na referência e contrarreferência, insuficiência de informações durante o acolhimento e demora excessiva para a realização de exames e consultas especializadas. Tais problemas são recorrentes na Atenção Básica brasileira e estão associados ao subfinanciamento crônico e à precarização dos vínculos de trabalho<sup>16</sup>.

Os dados epidemiológicos obtidos revelam um perfil marcado pela predominância de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e obesidade, além de elevados índices de tabagismo e sedentarismo. Também se observou a persistência de doenças transmissíveis, como tuberculose, sífilis e hanseníase, refletindo desigualdades sociais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, aspectos reforçados em estudos nacionais recentes sobre vulnerabilidades urbanas e determinantes sociais. A mortalidade permanece maior entre os homens, especialmente por causas cardiovasculares, respiratórias e doenças relacionadas ao consumo abusivo de álcool, fenômeno compatível com o perfil epidemiológico nacional<sup>14,17,18</sup>.

Além desses aspectos, destaca-se que o processo de mapeamento permitiu compreender não apenas indicadores objetivos, mas também elementos subjetivos do território. Narrativas dos moradores revelam um forte sentimento de pertencimento, mas também percepções de

abandono por parte do poder público. A baixa mobilização comunitária, a recente reorganização das associações de moradores e o protagonismo emergente de lideranças femininas sinalizam uma fase de transição social que merece acompanhamento. A literatura aponta que territórios com menor organização social tendem a apresentar maior dificuldade na reivindicação de políticas públicas e menor capacidade de resposta coletiva diante de emergências<sup>11,12</sup>.

O estudo também evidencia que a ausência de políticas de urbanização e saneamento básico perpetua ciclos de adoecimento, principalmente em territórios marcados pela pobreza. O saneamento precário, a exposição a resíduos, a insegurança alimentar e a fragilidade dos vínculos comunitários são determinantes que reforçam o risco de doenças infecciosas, transtornos mentais e acidentes ambientais, sendo amplamente destacados nos relatórios de saúde urbana<sup>19</sup>. Assim, o mapeamento reafirma que a saúde do Caramujo está intrinsecamente ligada às desigualdades sociais estruturais que caracterizam periferias urbanas brasileiras.

O diagnóstico territorial permitiu identificar o perfil epidemiológico, social e cultural do Caramujo, evidenciando suas necessidades prioritárias e potencialidades. Essas informações são fundamentais para subsidiar o planejamento em saúde, orientar políticas públicas, fortalecer a Atenção Primária e promover ações intersetoriais capazes de transformar a realidade local. O conjunto de dados produzidos oferece subsídios essenciais para a formulação de estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância e cuidado integral, que serão aprofundadas nas etapas seguintes do trabalho.

### Levantamento das necessidades de saúde

As necessidades de saúde se situam no âmbito das questões sociais presentes na população e se expressam na forma como os sujeitos identificam, percebem e buscam satisfazer essas necessidades. Tal perspectiva evidencia a estreita relação entre indivíduo e sociedade: cada pessoa, pertencente a grupos como família, vizinhança, coletivos religiosos ou redes informais de apoio, é influenciada continuamente pelos valores, normas e práticas culturais de seu território. Assim, compreender as necessidades de saúde implica reconhecer que estas ultrapassam o campo biológico, sendo moldadas pelas condições de vida, pelas oportunidades de acesso a bens e serviços e pelas relações sociais que estruturam o cotidiano.

Buscando sistematizar esse entendimento e oferecer uma base conceitual sólida para a análise dos territórios, Cecílio propôs uma taxonomia composta por quatro grupos de necessidades de saúde. Essa classificação tem sido amplamente utilizada nos estudos de saúde coletiva por permitir uma leitura ampliada da realidade, integrando dimensões sociais, subjetivas, estruturais e políticas. Com base nessa referência teórica e nos dados obtidos a partir do mapeamento territorial previamente realizado, procedeu-se à identificação das necessidades de saúde da comunidade do Caramujo, território marcado por expressivas vulnerabilidades socioambientais e sanitárias<sup>8</sup>.



O primeiro conjunto refere-se às necessidades relacionadas às boas condições de vida, compreendendo habitação adequada, saneamento, transporte, alimentação, segurança e lazer. O mapeamento evidenciou que muitas residências são construídas em áreas de encosta, devido à escassez de espaços planos, e de forma desordenada e precária, configurando risco permanente de deslizamentos, como o ocorrido em abril de 2010. A coleta de lixo ocorre apenas nas áreas centrais do bairro; nas regiões mais altas, o caminhão não acessa, levando ao acúmulo de resíduos em um grande vale que funciona como lixão improvisado. Essa prática gera múltiplos impactos: contaminação do solo, liberação de gases tóxicos, alteração do relevo e do microclima, favorecimento de escorregamentos e proliferação de vetores, comprometendo a saúde e a qualidade de vida da população. Além disso, identificou-se um comércio local restrito, reflexo do baixo poder aquisitivo, e a ausência de áreas de lazer, que pode contribuir para o aumento da violência. A insegurança pública apareceu como forte demanda, reforçada pelo crescimento da criminalidade e pela insuficiência do policiamento.

O segundo conjunto refere-se ao acesso e à capacidade de consumo das tecnologias de saúde. Observou-se grande dificuldade da população em conseguir consultas especializadas e exames de maior complexidade, com tempos de espera que podem chegar a um ano. Em muitos casos, resultados são extraviados, dificultando a continuidade do cuidado. Soma-se a isso o número reduzido de encaixes médicos na Unidade de Saúde da Família, obrigando usuários a buscar atendimento em unidades de urgência de outros bairros. Entretanto, essa alternativa é limitada para moradores que não dispõem de recursos para o transporte, ampliando as barreiras de acesso e aprofundando desigualdades estruturais.

O terceiro conjunto diz respeito à necessidade de vínculo e acolhimento entre usuários e profissionais. Na comunidade do Caramujo, o Programa de Saúde da Família (PSF) desempenha papel central nesse processo, especialmente por meio das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, que fortalecem a proximidade com as famílias e incentivam o acesso à unidade. No entanto, usuários relatam fragilidades importantes no acolhimento, sobretudo quanto à insuficiência de informações fornecidas pelos profissionais, o que compromete o entendimento sobre tratamentos, encaminhamentos e cuidados

necessários. Tal lacuna evidencia a necessidade de aprimorar a comunicação em saúde e qualificar a escuta ativa no serviço.

O quarto conjunto aborda a autonomia dos indivíduos para gerir sua própria vida e lutar pela satisfação de suas necessidades. No território analisado, observou-se baixa mobilização social e limitada participação comunitária em pautas coletivas. A atuação tende a aumentar apenas em períodos eleitorais, quando surgem relações de troca com candidatos, o que demonstra fragilidade na organização popular e na construção de espaços de participação contínua, como conselhos e fóruns comunitários.

Além dos elementos já identificados, destaca-se que a interdependência entre os quatro conjuntos da taxonomia reforça a compreensão de que as necessidades de saúde não podem ser analisadas de forma isolada. As precariedades ambientais, estruturais e socioeconômicas do Caramujo repercutem diretamente no acesso aos serviços, nas experiências de cuidado e na capacidade dos indivíduos de exercerem autonomia. Trata-se, portanto, de um território que demanda intervenções intersetoriais, planejamento participativo e políticas públicas que articulem saúde, educação, assistência social, habitação e infraestrutura urbana.

Outro elemento relevante diz respeito ao papel da atenção primária como ordenadora do cuidado. As fragilidades encontradas, desde a limitação de recursos até falhas no acolhimento e na comunicação, sinalizam a necessidade de fortalecer o processo de trabalho das equipes, ampliar a resolutividade da unidade e integrar de forma mais efetiva os serviços da rede de saúde. A presença dos agentes comunitários, apesar de fundamental, não é suficiente para suprir as lacunas no acompanhamento continuado dos usuários, especialmente aqueles com condições crônicas ou necessidades especiais.

Destaca-se que a identificação das necessidades de saúde não deve ser entendida como um exercício meramente descritivo, mas como base para o planejamento em saúde. A sistematização apresentada permite visualizar com clareza os problemas prioritários do território e orientar a elaboração de estratégias de intervenção que promovam equidade, integralidade e participação social. A seguir, apresenta-se a síntese das necessidades identificadas, organizada conforme os quatro conjuntos definidos por Cecílio<sup>8</sup>.

Quadro 1. Necessidades de saúde identificadas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025

Necessidades de saúde, segundo Cecílio <sup>8</sup>	Necessidades de saúde encontradas
Boas condições de vida	Construção de casas em encostas, de forma precária e desordenada; coleta de lixo prejudicada nas áreas mais altas do bairro, sendo uma das causas formadoras do lixão, que gera diversos problemas de saúde na região; baixa renda da população; segurança pública precária e ausência de áreas de lazer.
Poder e ter acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida	Dificuldade de acesso aos serviços de referência e contrarreferência; dificuldade para marcação de consultas e ausência de serviços para pequenas emergências.
Criação de vínculos (a)efetivos entre usuários e uma equipe e/ou profissional	Estabelecimento de vínculo através dos agentes comunitários de saúde, porém falha na prestação de informações e no acolhimento dentro da unidade.



Necessidade de se ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida	Pouca mobilização pelas questões sociais, tendo dificuldade para lutar pela satisfação de suas necessidades.
---	--

Tendo feito o levantamento das necessidades, é possível realizar a próxima etapa que diz respeito à elaboração dos diagnósticos de enfermagem da comunidade, que neste caso, tomaremos pela CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)<sup>6</sup>.

### Diagnóstico de enfermagem comunitários

Nesta etapa, propomos elaborar diagnósticos de enfermagem voltados à comunidade, tomando como referência as necessidades de saúde identificadas anteriormente e utilizando, como base conceitual e metodológica, CIPE. A construção desses diagnósticos é fundamental para subsidiar o planejamento das intervenções no território, orientar a tomada de decisão clínica e fortalecer o processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde<sup>6</sup>.

Destaca-se que a elaboração de um diagnóstico comunitário adequado requer a coleta de dados amplos e sistemáticos, contemplando aspectos demográficos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, com especial atenção para as condições de saneamento básico. Esses elementos são essenciais para a compreensão aprofundada do perfil da comunidade, permitindo identificar vulnerabilidades, potencialidades e fatores determinantes que influenciam o processo saúde-doença no território. Assim, o diagnóstico comunitário não se limita à descrição da realidade local, mas constitui etapa crítica para o desenvolvimento de ações de enfermagem coerentes e contextualizadas<sup>7,20</sup>.

A CIPE, enquanto linguagem padronizada internacionalmente, configura-se como importante ferramenta de apoio à sistematização da assistência de enfermagem e à organização de informações no âmbito dos sistemas de informação em saúde. Sua estrutura permite representar, de forma precisa e compreensível, os

elementos essenciais da prática de enfermagem, contribuindo para registros mais completos, comunicação efetiva entre profissionais e comparabilidade de dados em diferentes contextos<sup>6</sup>.

Em sua essência, a CIPE contempla três componentes fundamentais da prática de enfermagem: os diagnósticos, as intervenções e os resultados. Esses elementos expressam o que os enfermeiros fazem, com base em necessidades humanas identificadas, para produzir efeitos positivos no estado de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Ao utilizar essa classificação, é possível traduzir as necessidades observadas no território em diagnósticos estruturados, que por sua vez orientam intervenções específicas e mensuráveis, favorecendo a melhoria contínua da qualidade do cuidado<sup>6</sup>.

Ela é composta por sete eixos (foco, julgamento, cliente, ação, meios, localização e tempo). Para a elaboração dos diagnósticos a partir desta classificação utilizamos estes eixos, podendo incluir termos adicionais dos outros eixos quando necessários. Esses eixos serão usados, através da realização de combinações entre os mesmos, por enfermeiros para criar declarações (frases) sobre diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, para uso na prática.

Na etapa anterior desta pesquisa, foram encontradas algumas necessidades de saúde presentes na comunidade do Caramujo, que foram enquadradas dentro de uma categoria apresentada por Cecílio<sup>8</sup>. Nesta etapa, elaboramos diagnósticos de enfermagem, através da combinação dos eixos a partir das necessidades de saúde encontradas. Abaixo construímos um quadro onde trazemos as necessidades de saúde já apresentadas e os diagnósticos encontrados.

**Quadro 2** Necessidades de saúde encontradas e diagnósticos de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025

Necessidades de saúde segundo Cecílio <sup>8</sup>	Necessidades de saúde encontradas	Diagnósticos de enfermagem da comunidade do Caramujo
Boas condições de vida	Construção de casas em encostas, de forma precária e desordenada; coleta de lixo prejudicada nas áreas mais altas do bairro, sendo uma das causas formadoras do lixão, que gera diversos problemas de saúde na região; baixa renda da população; segurança pública precária e ausência de áreas de lazer.	Processo ambiental comprometido; Saúde da comunidade comprometida; serviço policial comprometido; Baixo rendimento familiar; Pequena infraestrutura residencial.
Poder e ter acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida	Dificuldade de acesso aos serviços de referência e contrarreferência; dificuldade para marcação de consultas e ausência de serviços para pequenas emergências.	Instituição de saúde com serviço comprometido; Baixo serviço de transporte.
Criação de vínculos (a)efetivos entre usuários e uma equipe e/ou profissional	Estabelecimento de vínculo através dos agentes comunitários de saúde, porém falha na prestação de informações e no acolhimento dentro da unidade.	Comportamento interativo comprometido; Direitos do paciente interrompidos.



Necessidade de se ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida	Pouca mobilização pelas questões sociais, tendo dificuldade para lutar pela satisfação de suas necessidades.	Processo social comprometido, Participação social dependente da política.
---	--	---

A análise realizada previamente evidenciou que, no cotidiano dos serviços da Atenção Básica, o processo de enfermagem nem sempre é executado em todas as suas etapas de forma sistematizada. Frequentemente, observa-se que os profissionais, baseados na experiência acumulada ao longo dos anos e na vivência concreta do território, tendem a intervir diretamente sobre as demandas emergentes, sem registrar ou formalizar etapas fundamentais como a construção do histórico (mapeamento da comunidade), a identificação dos problemas (levantamento das necessidades de saúde) e a elaboração de diagnósticos. Assim, o processo é reduzido à intervenção imediata, o que fragiliza a organização do cuidado e a produção de informações qualificadas para o planejamento em saúde.

Durante esta etapa da pesquisa, tornou-se evidente que a elaboração dos diagnósticos de enfermagem contribuiu significativamente para a construção de uma linguagem unificada entre os profissionais. A utilização de termos padronizados permitiu alinhar as percepções da equipe, favorecendo um olhar mais convergente sobre os problemas reais da comunidade. Mesmo que sejam utilizadas estratégias diferenciadas para lidar com as questões identificadas, a existência de diagnósticos claros e compartilhados fortalece a tomada de decisão e amplia a capacidade de ação integrada.

A adoção da CIPE como ferramenta metodológica mostrou-se especialmente relevante nesse processo. A terminologia permitiu ajustar os eixos conceituais da classificação à realidade específica do território, possibilitando a inclusão de termos que não constavam originalmente na nomenclatura. Essa flexibilidade favoreceu a construção de diagnósticos mais fidedignos à situação vivenciada na comunidade, contribuindo para um maior grau de precisão e pertinência na definição das prioridades de cuidado. Dessa forma, a etapa subsequente, a elaboração das intervenções, tende a ser mais assertiva e efetiva<sup>6</sup>.

Também ficou evidente que a construção desses diagnósticos só foi possível devido às informações fornecidas pelos moradores e ao conhecimento produzido a partir do histórico social, político, econômico e cultural da área. Autores<sup>21</sup> ressaltam que a participação social é imprescindível no diagnóstico, na definição de prioridades, no acompanhamento e na avaliação das ações de saúde. Os autores enfatizam ainda o papel ativo do trabalhador de saúde na criação de ambientes favoráveis à mobilização comunitária, reforçando o potencial transformador da escuta qualificada e do diálogo permanente com a população.

De posse dos diagnósticos construídos, torna-se possível visualizar de forma ampliada os problemas que atingem a comunidade, suas causas prováveis e suas consequências mais imediatas e de longo prazo. Essa compreensão aprofundada permite gerar estratégias mais

pertinentes à realidade local, potencializando intervenções mais eficazes e contribuindo para resultados positivos na resolução das problemáticas. Assim, o processo de construção diagnóstica fundamentado na CIPE e ancorado na participação social configura-se como eixo estruturante para um cuidado de enfermagem mais integrado, resolutivo e condizente com as necessidades concretas do território.

### Considerações Finais

A partir da pesquisa realizada, constatou-se que o mapeamento da comunidade constituiu etapa fundamental para a compreensão da realidade local. A coleta de informações sobre a história, a composição populacional, a faixa etária predominante, as condições socioeconômicas e os aspectos culturais permitiu identificar elementos essenciais para a compreensão das transformações ocorridas ao longo dos anos no território. Além disso, questões relacionadas ao saneamento básico, à dinâmica social e à participação comunitária mostraram-se determinantes para o entendimento das condições de vida atuais.

A análise evidenciou que as transformações ocorridas no território produziram impactos diversos sobre grupos distintos da comunidade, trazendo benefícios para alguns e importantes prejuízos para outros. A situação do lixão é um exemplo emblemático: ao mesmo tempo em que representa fonte de renda para parte da população, também acarreta sérios danos à saúde e ao meio ambiente, afetando inclusive os próprios trabalhadores que dependem dessa atividade. Outro elemento relevante refere-se às influências culturais sobre o processo saúde-doença. Alguns comportamentos, considerados inadequados em outras realidades, são vivenciados como naturais e aceitáveis pela comunidade local. A gravidez na adolescência, por exemplo, embora apresente elevada incidência, é percebida por muitas jovens e suas famílias como um evento esperado e, por vezes, valorizado.

Os achados reforçam que as ações de saúde devem ser orientadas pelas especificidades dos territórios, reconhecendo as singularidades socioculturais e ambientais de cada comunidade. O mapeamento possibilitou identificar de forma mais clara os problemas existentes, suas origens e seus impactos, conferindo maior precisão à análise das necessidades de saúde. Essas necessidades abrangem dimensões biológicas, ligadas às respostas clínicas de indivíduos, famílias ou coletividades, e dimensões sociais, fortemente associadas ao contexto histórico da comunidade.

A utilização da taxonomia proposta por Cecílio<sup>8</sup> demonstrou-se estratégica ao integrar diferentes dimensões das necessidades de saúde, desde condições de vida e fatores ambientais até acesso a tecnologias, vínculo afetivo com os serviços e autonomia dos indivíduos. Essa



abordagem ampliada facilitou a compreensão dos fatores causais envolvidos e tornou mais evidente a multiplicidade de necessidades presentes na comunidade, favorecendo a construção posterior dos diagnósticos.

Entre os grupos da taxonomia, chamaram a atenção as necessidades relacionadas às boas condições de vida, especialmente os problemas decorrentes do lixo, a precariedade do saneamento básico, a ausência de espaços de lazer e os desafios de segurança, e aquelas relacionadas à autonomia, marcada pela baixa mobilização da população para questões sociais relevantes. A identificação dessas necessidades contribui diretamente para o fortalecimento da atenção integral à saúde, fundamentada nos princípios do SUS, ao possibilitar o planejamento de ações contínuas, articuladas e adequadas aos diferentes níveis de complexidade. A compreensão das necessidades de saúde de uma comunidade é essencial para que trabalhadores e serviços desenvolvam práticas baseadas na escuta ativa, colocando a população no centro das intervenções. Nesse sentido, a taxonomia mostrou-se instrumento consistente para subsidiar a construção dos diagnósticos de enfermagem, ao permitir uma visão ampliada e integrada das necessidades identificadas.

A partir do mapeamento e da taxonomia, tornou-se possível elaborar diagnósticos de enfermagem comunitários, etapa fundamental para o planejamento e a organização das ações de saúde no território. A CIPE<sup>6</sup>, utilizada como base classificatória neste estudo, mostrou-se adequada tanto para a construção dos diagnósticos quanto para a padronização da linguagem entre enfermeiros e demais profissionais da equipe. Sua flexibilidade terminológica possibilitou adaptar os termos às condições reais da comunidade, aproximando o conteúdo dos diagnósticos das situações concretas vivenciadas pelos

moradores. A CIPE também se destacou por unificar e integrar todas as etapas anteriores do processo de enfermagem, histórico social e identificação dos problemas, oferecendo subsídios estruturados para a etapa seguinte, voltada às intervenções. Assim, consolidou-se como ferramenta essencial para a prática interdisciplinar na Atenção Primária.

Conclui-se que o presente estudo alcançou seus objetivos e apresentou resultados de relevância científica e prática, constituindo contribuição significativa para a Enfermagem e para a Saúde Coletiva. Como continuidade natural desta pesquisa, recomenda-se a realização de estudos voltados à análise das intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos identificados, considerando que ainda são escassas as produções científicas que abordam essa temática no nível comunitário.

Espera-se que este estudo contribua para o ensino, especialmente na área da Saúde Coletiva, uma vez que existe reduzida literatura sobre o tema. Além disso, os conceitos apresentados podem auxiliar na formação profissional, ao demonstrar a importância do diagnóstico comunitário fundamentado em bases teóricas e metodológicas consistentes. No campo prático, a aplicação da taxonomia de Cecílio<sup>8</sup> no processo de diagnóstico comunitário pode fortalecer ações de promoção, prevenção e cuidado, ampliando a capacidade de resposta às necessidades da população. Reconhece-se que os resultados aqui apresentados contribuem para o desenvolvimento científico da área; entretanto, ressalta-se a necessidade de novos estudos que aprofundem a temática e reforcem a relevância da utilização de diagnósticos comunitários fundamentados na taxonomia das necessidades de saúde, como instrumento de qualificação do cuidado e de fortalecimento das ações no território.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família na perspectiva da integralidade [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2024]. (Cadernos de Atenção Básica, nº 39). Available from: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Diário Oficial da União, 22 set 2017 [cited 2024]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular em saúde: articulação entre participação social e atenção básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2024]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_educacao\\_popular\\_saude\\_p1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf)
4. Hortale VA, Pedroza M. Diagnóstico situacional participativo na atenção primária. *Cad Saude Publica*. 2014;30(12):2471-82. DOI: 10.1590/0102-311X00131413
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [cited 2024]. (Cadernos de Atenção Básica, nº 27). Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2019-2020 [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2020 [cited 2024]. Available from: <https://biblioteca.cofen.gov.br/classificacao-internacional-para-a-pratica-de-enfermagem-cipe-versao-2019-2020/>
7. Neto JFR, Fonseca AF. Diagnósticos de enfermagem na atenção primária: potencialidades da CIPE. *Rev Gaucha Enferm*. 2016;37(4):e61082. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.04.61082
8. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde [Internet]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001 [cited 2024]. p. 113-26. Available from: <https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2020/08/Os-sentidos-da-integralidade-na-aten%C3%A7%C3%A3o-e-no-cuidado-%C3%A0-sa%C3%BAde.pdf>



9. Erdmann AL, Silva MRS. Pesquisa qualitativa e saúde: os desafios da complexidade. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(3):361-2. DOI: 10.1590/S0104-07072009000300001
10. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde: vigiar, prevenir e cuidar* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2024]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia-em-saude-vigiar-prevenir-e-cuidar/view>
12. Jones DA, Lopes MJM. Mapeamento comunitário na atenção primária: metodologias e desafios. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):304-10. DOI: 10.1590/S0080-623420140000200013
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Brasil em síntese: Niterói - panorama* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [cited 2024]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/niteroi/panorama>
14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Vulnerabilidade social no Brasil: conceitos, métodos e indicadores de programas sociais* [Internet]. Brasília (DF): IPEA; 2021 [cited 2024]. Available from: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=38917](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38917)
15. Veronese MV, Santos B. A violência em periferias urbanas e suas repercussões psicossociais. *Psicol Cienc Prof*. 2018;38:192-207. DOI: 10.1590/1982-3703000208853
16. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *A atenção primária à saúde no SUS: avanços, desafios e recomendações dos gestores estaduais do SUS* [Internet]. Brasília (DF): CONASS; 2023 [cited 2024]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/atencao-primaria-a-saude-no-sus-avancos-desafios-e-recomendacoes-dos-gestores-estaduais-do-sus/>
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017* [Internet]. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [cited 2024]. Available from: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)
18. World Health Organization. *Primary health care: now more than ever* [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-now-more-than-ever>
19. United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). *World cities report 2022: envisaging the future of cities* [Internet]. Nairobi: UN-Habitat; 2022 [cited 2024]. Available from: <https://unhabitat.org/world-cities-report-2022>
20. Kissmann D, Oliveira LA. Diagnóstico em enfermagem na APS: desafios e perspectivas. *Rev Enferm Contemp*. 2020;9(2):127-33. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v9i2.2964
21. Campos GWS, Wendhausen ÁLP. Democracia institucional e participação em saúde: algumas questões para a educação em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2007;12(6):1649-56. DOI: 10.1590/S1413-81232007000600026

