

PROGRAMA GERAL DO COMPONENTE CURRICULAR - PGCC

4 PERÍODO		
Nome do componente:	Semiologia e Semiotécnica I	Classificação: obrigatória
Código: 05011321	Avaliado por: (☒) Nota (☐) Conceito	
Código SIGAA: MDE0135		
Departamento de origem: DEN	Grupo: (☒) Disciplina (☐) Estágio (☐) Internato (☐) UCE (☐) TCC	
Pré-requisitos: Fisiologia humana / Morfologia		
Aplicação: (☐) Teórica (☐) Prática (☒) Teórico-prático		
Carga horária/Crédito: Teórica 60h / 04; Prática: 60h / 04; Total 120h / 08		
Dias de aula: segunda e terça-feira (manhã) – 4h/a/dia		
Docentes: Alcivan Nunes Vieira; Clécio André Alves da Silva Maia; Deivson Wendell da Costa Lima; Johny Carlos de Queiroz; Kalyane Kelly Duarte de Oliveira; Sâmara Fontes Fernandes; Juce Ally Lopes de Melo (coordenadora).		
EMENTA: Estudo da semiologia e semiotécnica aplicada à assistência de enfermagem; conhecimento das funções do profissional e o método de cuidar para realizar a avaliação clínica de enfermagem nos diferentes ciclos vitais, por meio de métodos de interação, observação e mensuração e suas respectivas técnicas. Sinais e sintomas relacionados aos órgãos e sistemas corporais nas condições de normalidade e nas alterações indicativas de patologias. Registros de enfermagem. Medidas de controle e prevenção de infecções.		
OBJETIVOS:		
1. Instrumentalizar os estudantes com os conhecimentos da semiologia de enfermagem para o exercício das competências e habilidades no âmbito da atenção à saúde; 2. Compreender e implementar a avaliação clínica de enfermagem nos serviços de saúde, considerando os aspectos biopsicossociais, fisiopatológicos, nutricionais e farmacológicos envolvidos no processo saúde-doença no ciclo de vida dos indivíduos.		

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES:

1. Capacidade de realizar a avaliação clínica de enfermagem e identificar a manutenção e alterações em saúde dos sujeitos assistidos nos serviços de saúde;
2. Habilidade para avaliar, sistematizar e decidir sobre a condução do processo de enfermagem mais apropriada na gestão do cuidado;
3. Ser um profissional acessível e interativo com os atores envolvidos na avaliação clínica de enfermagem (pacientes, profissionais de saúde, família)
4. Habilidade de comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura na avaliação clínica de enfermagem;
5. Desenvolver habilidades de liderança, compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões.
6. Atuar na avaliação clínica de enfermagem na saúde do neonato, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso;
7. Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir assistencialmente, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

A proposta metodológica adotada tem como subsídio à construção de competências e habilidades orientadas pelos objetivos do componente curricular.

Serão utilizadas as seguintes estratégias:

- aulas expositivas e dialogadas
- exposição de vídeos
- discussão de estudos de caso
- simulações - OSCE
- dinâmicas de grupo
- visitas técnicas
- aulas práticas em laboratório e nos serviços de saúde
- atividades práticas e teóricas a serem desenvolvidas pelos monitores do componente curricular

AVALIAÇÕES:

A avaliação acontece de forma gradual, analisando todo o processo ensino-aprendizagem e considerando critérios que incluem: conhecimento técnico-científico, habilidade, senso crítico, interesse, iniciativa, criatividade, interatividade, assiduidade, pontualidade, cooperação, relacionamento, compreensão e ética. Neste sentido, as avaliações acontecerão da seguinte forma:

I Avaliação: Prova teórica e escrita individual

II Avaliação: Prova prática (OSCE) individual

III Avaliação: Avaliação das práticas nos serviços de saúde (individual) + Avaliação interdisciplinar - Relato de caso clínico (trabalho escrito e apresentação em grupo)

CONTEÚDOS TRANSVERSAIS

1. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Possibilita ao estudante aplicar a avaliação clínica de enfermagem e propor o processo de enfermagem em diferentes cenários de práticas e serviços de saúde, reconhecendo o papel do enfermeiro na integralidade, longitudinalidade e continuidade do cuidado ao longo dos ciclos de vida. Favorece, ainda, a tomada de decisão contextualizada, o registro adequado das informações e a articulação entre cuidado individual, familiar e comunitário.

2. SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DO CUIDADO

Abrange práticas voltadas à prevenção de riscos, eventos adversos e infecções relacionadas à assistência, incluindo uma anamnese e exame físico coerente e seguro às informações colhidas. Esse eixo perpassa todos os procedimentos técnicos relacionados à avaliação clínica de enfermagem, reforçando a cultura de cuidado seguro e baseado em evidências.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM E RACIOCÍNIO CLÍNICO

Envolve a coleta de dados (semiologia), interpretação de sinais e sintomas, tomada de decisão e planejamento do cuidado (semiotécnica). Está presente na avaliação dos sistemas corporais, na interpretação de exames laboratoriais e na assistência nos diferentes ciclos de vida, favorecendo o desenvolvimento do pensamento crítico e da prática clínica fundamentada.

4. HUMANIZAÇÃO, ÉTICA E CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

Relaciona-se ao respeito à dignidade, privacidade, autonomia e aspectos culturais do paciente e da família. Inclui comunicação terapêutica e acolhimento nos diversos contextos assistenciais. Esse tema reforça a dimensão ética e relacional do cuidado de enfermagem.

5. INTEGRALIDADE DO CUIDADO NOS CICLOS DE VIDA

Integra a assistência aos sistemas orgânicos (respiratório, cardiovascular, tegumentar, neurosensorial, gastrointestinal, renal, reprodutor, musculoesquelético), considerando as especificidades do neonato, criança, adolecente, adulto, idoso e situações de vulnerabilidade. Promove uma visão holística e interdisciplinar do processo saúde-doença.

6. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, BIOSSEGURANÇA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Compreende o domínio de técnicas assépticas, controle de infecção, uso adequado de equipamentos de proteção individual, manejo de materiais e aplicação de protocolos científicos atualizados. Esse eixo fortalece a formação prática segura, ética e cientificamente fundamentada.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

I UNIDADE

Comunicação e escuta terapêutica

Biossegurança e medidas de prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (lavagem das mãos, uso de EPI).

Saúde e Segurança do Paciente (PNSP; Cultura de Segurança do Paciente; Trabalho em Equipe para

segurança do Paciente; Comunicação Efetiva para Segurança do Paciente)

Sinais vitais e antropometria

II UNIDADE

Anamnese e Introdução ao Exame Físico (Métodos propedêuticos e ectoscopia)

Registros de Enfermagem

Exame físico: Avaliação da cabeça e pescoço – Exame Neurológico

Exame físico: Avaliação do estado mental - Exame Psíquico

Exame físico: Avaliação da pele e anexos,

III UNIDADE

Exame físico: Avaliação torácica: Exame respiratório e avaliação das mamas e axilas

Exame físico: Avaliação torácica: Exame cardiovascular

Exame físico: Avaliação abdominal: Exame gastrointestinal e geniturinário

Exame físico: Avaliação do aparelho locomotor

TRANSDISCIPLINARIDADE:

Considerando o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem Bacharelado da FAEN/UERN:

No campo da saúde, e em particular na formação do enfermeiro, a transdisciplinaridade se concretiza em movimentos de **diálogo e entrelaçamento de conhecimentos** relativos a **uma demanda do usuário**, à compreensão sobre as **necessidades de saúde no contexto social** onde elas são produzidas, bem como sobre **a ressignificação dos processos de trabalho em saúde**. Este PPC apresenta a transdisciplinaridade como **marco conceitual e como meta a ser alcançada mediante a vivência** dos pilares da educação (aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser), da articulação **teoria-prática**, da indissociabilidade entre **ensino-pesquisa-extensão** (Faculdade de Enfermagem, 2023, p. 13, grifos nossos).

Considerando a amplitude e complexidade do conceito de transdisciplinaridade e os desafios a serem superados para materialização desta, os docentes do componente se propõem a realizar exercícios práticos para o trabalho transdisciplinar.

Inicialmente, propomos o uso de estudos de caso transdisciplinares que contemplem, tanto a avaliação clínica de enfermagem, quanto a proposição do processo de enfermagem frente as necessidades de saúde dos pacientes envolvidos. Nos casos, serão estabelecidos histórico, diagnósticos, planejamento, intervenções e resultados de enfermagem de acordo com a disciplina de SAE, considerando aspectos fisiopatológicos e farmacoterapêuticos. No mais, diversos conteúdos requerem discussão e habilidades em gestão do cuidado, como as avaliações relacionadas aos sistemas nos ciclos de vida (Unidades II e III) e a segurança do paciente (Unidade I).

Na seara do processo gerenciar, propomos trabalhar com os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) no estudo da semiologia e semiotécnica em enfermagem.

Para além da articulação de conteúdos, deve ocorrer também com o movimento iniciado em departamento com o diálogo entre as disciplinas, nas quais serão propostas práticas, aulas e atividades

conjugadas.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

SOUZA, S. R. **Sinais e sintomas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 768 p.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

POSSO, M. B. S. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 30 junho. 2026.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MURTA, G. F.; SALCI, M. A. **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem - vol. 1** (Meio ambiente e segurança do trabalhador - Biossegurança em Enfermagem - Introdução à Microbiologia - Imunologia - Parasitologia - Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem). 12. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 30 junho. 2026.

MURTA, G. F.; GARCIA, J. N. R. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem - Série Curso de Enfermagem**. 1. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 30 junho. 2026.

BENDER, A. L. **Protocolos para segurança do paciente: uma proposta multidisciplinar - a experiência do hospital São Lucas da PUCRS**. 1. ed. Porto Alegre: ediPUCRS, 2016. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 30 junho. 2026.

COSTA, T. R. M. (ed.). **Ambiente intensivo e clínico-cirúrgico**. [S.l.]: Neurus, 2023. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 30 junho. 2026.

OBSERVAÇÕES:

1. Os docentes enviarão materiais e avisos no instrumento oficial de comunicação da UERN: o SIGAA.
2. O cronograma é passível de alterações, conforme demandas docentes, discentes e/ou institucionais, desde que respeite o Calendário Acadêmico da UERN e as pactuações oficializadas via SIGAA.
3. Os temas serão abordados nos ciclos de vida: neonato; criança; adolescente; adulto; idoso.
4. A avaliação do sistema linfático será trabalhada em cada uma das avaliações dos demais sistemas corporais.
5. Em todas as aulas, o aluno deve estar preparado com vestimenta adequada para inserção no laboratório da FAEN (jaleco, sapato fechado).
6. Nos dias 23 e 24/11 os grupos de práticas da profa. Sâmara serão remanejados para Kalyane e no dia 30/11 será remanejado para Clécio. As práticas desses 3 grupos serão efetivadas nas quintas ou sextas a tarde, em virtude da finalização de contrato com a UERN da professora Sâmara.

CAMPOS DE PRÁTICA E DOCENTES

1. Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia - HTRM:

Repouso masculino (Prof. Johny);

UPI II (Prof. Alcivan);

Semi intensiva (Prof. Clécio);

Clínica cirúrgica (Profa. Sâmara);

2. UPA do Santo Antônio (Prof. Deivson);

3. Hospital Rafael Fernandes

Clínica médica (Profa. Juce);

4. Hospital da Mulher:

Pediatria (Profa. Kalyane);

CRONOGRAMA 2026.2

DATA DIAS	FORMATO LOCAL	CH CH SOMA (h/a)	CONTEÚDO	RESPONSÁVEL
03/08 SEG	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/4	• Apresentação da equipe, discentes, PGCC da disciplina; • Biossegurança - Protocolos: prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS); Saúde e Segurança do Paciente: PNSP.	Profa. Juce Profa. Kalyane
04/08 TERC	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/8	• Identificação do paciente; prevenção de quedas; prevenção da Lesão por Pressão; técnica de lavagem das mãos, calçar luvas.	Profa. Kalyane
10/08 SEG	Prática nos Serviços de Saúde	4/12	• Núcleo de Segurança do Paciente e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (HRTM e HRF) – roteiro de investigação e prática	HRTM Profs. Kalyane Johny HRF Profs. Juce Sâmara
11/08 TERC	DIA DO ESTUDANTE			

17/08 SEG	Prática nos Serviços de Saúde	4/16	• Núcleo de Segurança do Paciente e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (HRTM e HRF) – roteiro de investigação e prática	HRTM Profs. Alcivan Deivson HRF Profs. Clécio
18/08 TERC	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/20	• Comunicação e escuta terapêutica. • Anamnese.	Profa. Sâmara
24/08 SEG	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/24	• Sinais vitais e medidas antropométricas.	Profa. Sâmara
25/08 TERC	Prática no Laboratório da FAEN	4/28	• Prática em laboratório: • Lavagem de mãos - Kalyane • Calçar luvas estéreis - Alcivan • Sinais vitais: PA - Johny • Sinais vitais: PA - Clécio • Sinais vitais: FC, FR, Temperatura - Sâmara • Medidas Antropométricas – Deivson	Equipe
31/08 SEG	Prática nos Serviços de Saúde	4/32	• Práticas	Equipe
01/09 TERC	Prática nos Serviços de Saúde	4/36	• Práticas	Equipe

07/09 TERC	DIA DA INDEPENDÊNCIA DO BRASIL			
08/09 TERC	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/40	• Registros e anotações de Enfermagem.	Prof. Johny
14/09 SEG	Avaliação Sala de aula - FAEN	4/44	• 1ª AVALIAÇÃO TEÓRICA – prova escrita individual (conteúdo ministrado até 08/09)	Construção Equipe Aplicação Profa. Juce
15/09 TERC	Teórico Sala de aula e/ou laboratório – FAEN	4/48	• Exame físico: Avaliação da cabeça e pescoço; Avaliação Neurológica.	Prof. Clécio
21/09 SEG	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/52	• Exame psíquico: Avaliação das funções mentais. • Devolutiva da 1ª avaliação.	Prof. Deivson
22/09 TERC	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/56	• Exame físico: Avaliação da pele e anexos.	Prof. Clécio
28/09 SEG	DIA DE ASSEMBLÉIA UNIVERSITÁRIA			
29/09 TERC	PONTO FACULTATIVO			
05/10 SEG	Prática nos Serviços de Saúde	4/60	• Práticas	Equipe

06/10 TERC	Prática nos Serviços de Saúde	4/64	● Práticas	Equipe
08/10 QUI	-	-	Reunião de planejamento do OSCE e RELATO DE CASO CLÍNICO	Equipe
12/10 SEG	DIA DE NOSSA SENHORA APARECIDA			
13/10 TERC	Prática nos Serviços de Saúde	4/68	● Práticas	Equipe
19/10 SEG	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/72	● Exame físico do Tórax: Avaliação respiratória, mamas e axila.	Prof. Alcivan
20/10 TERC	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/76	● Exame físico do Tórax: Avaliação cardiovascular.	Prof. Alcivan
26/10 SEG	Teórico Sala de aula e/ou laboratório - FAEN	4/80	● Exame físico: Avaliação abdominal (gastrointestinal e geniturinário).	Profa. Juce
27/10 TERC	Prática nos Serviços de Saúde	4/84	● Práticas	Equipe
02/11 SEG	DIA DE FINADOS			
03/11 TERC	Prática nos Serviços de Saúde	4/88	● Práticas	Equipe
09/11	Prática nos Serviços de	4/92	● Práticas	Equipe

SEG	Saúde			
10/11 TERC	Avaliação Laboratório da FAEN	4/96	● 2ª AVALIAÇÃO PRÁTICA - OSCE individual com registro ● Exame físico Neurológico - Prof. Clécio ● Exame físico Cardíaco - Prof. Johny ● Exame físico Respiratório - Prof. Alcivan ● Exame físico Abdominal - Profa. Juce ● Lavagem de mãos e Calçar Luvas - Profa. Kalyane ● Sala de Registros - Prof. Deivson ● Organização dos alunos - Profa. Sâmara Fazer sinais vitais e registros de enfermagem em todas as estações de exame físico. Todos os alunos passarão pela estação de lavagem de mãos e calçar luvas. As demais estações serão sorteadas (1 para cada aluno).	Equipe
16/11 SEG	Prática nos Serviços de Saúde	4/100	● Práticas	Equipe
17/11 TERC	Prática nos Serviços de Saúde	4/104	● Práticas	Equipe
23/11 SEG	Prática nos Serviços de Saúde	4/108	● Práticas	Equipe
24/11 TERC	Prática nos Serviços de Saúde	4/112	● Práticas	Equipe
30/11 SEG	Prática nos Serviços de Saúde	4/116	● Práticas	Equipe

01/12 TERC	Avaliação Sala de aula - FAEN	4/120	● 3ª AVALIAÇÃO – desempenho individual nas práticas dos serviços de saúde; Apresentação em grupo dos Relatos de Caso ● Avaliação da disciplina.	Profs. Juce / Deivson
07/12 SEG	Avaliação Sala de aula - FAEN	-	● 4ª AVALIAÇÃO – prova escrita individual (conteúdo acumulativo).	Prof. Johny
120h/a				

Legenda:

	Aula teórica ou teórico-prática
	Avaliações
	Práticas nos serviços

GRUPOS DE PRÁTICA: 27 alunos divididos em 7 grupos

1. G1
2. G2
3. G3
4. G4
5. G5
6. G6
7. G7

ESCALA DE PRÁTICAS – CHAVE 1

CAMPOS	Bloco 1	Bloco 2
Datas	31/08; 01/09; 05/10; 06/10; 13/10; 27/10	03/11; 09/11; 16/11; 17/11; 23/11; 24/11; 30/11
UPA Sto. Ant.	G1	G2
Cl. Cirúrgica HRTM	G2	G1

ESCALA DE PRÁTICAS – CHAVE 2

CAMPOS	Bloco 1	Bloco 2
Datas	31/08; 01/09; 05/10; 06/10; 13/10; 27/10	03/11; 09/11; 16/11; 17/11; 23/11; 24/11; 30/11
UPI II HRTM	G3	G4
Rep. Mas. HRTM	G4	G3

ESCALA DE PRÁTICAS – CHAVE 3

CAMPOS	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 3
Datas	31/08; 01/09; 05/10; 06/10	13/10; 27/10; 03/11; 09/11	16/11; 17/11; 23/11; 24/11; 30/11
Pediatria HM	G5	G6	G7
Cl. Médica RF	G7	G5	G6
Semi Intensiva HRTM	G6	G7	G5

3ª AVALIAÇÃO – SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA I

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DAS PRÁTICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

CRITÉRIOS AVALIATIVOS DAS PRÁTICAS
Avaliação do conhecimento teórico e prático nas atividades desempenhadas, incluindo planejamento e organização do trabalho (2,0)
Avaliação da habilidade técnica (1,5)
Pontualidade e cumprimento do horário de prática (0,5)
Postura ética (1,0)
Cooperação, interesse e iniciativa (1,0)
Relacionamento interpessoal e comunicação adequada (equipe acadêmica / trabalhadores / pacientes) (1,0)
Realização do Processo de Enfermagem (histórico, diagnóstico, plano de cuidados, etc) (1,5)
Planejamento e eficiência na execução dos registros de enfermagem (1,5)
NOTA FINAL (SOMATÓRIA DOS VALORES ATINGIDOS)



3ª AVALIAÇÃO – SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA I

AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR - 4º PERÍODO

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O roteiro visa oferecer subsídios para que os discentes apliquem de forma sistematizada os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos nas disciplinas do 4º período do curso de Enfermagem. Tem como objetivo ajudá-los a se preparar para elaboração, apresentação e discussão dos casos clínicos. Estes casos serão identificados nos campos de prática da disciplina Semiologia e Semiotécnica I.

Os casos clínicos devem considerar o Processo de Enfermagem¹ que se organiza em etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

§ 1º Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

§ 2º Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

1. Coleta das informações na prática

Compareçam ao campo de prática identificados com crachá, portando caneta e bloco ou caderneta de anotações, estetoscópio e esfigmomanômetro, fita métrica, lanterna, régua, relógio, termômetro, oxímetro.

Utilizem várias fontes de informação (entrevista, observação, exame físico, prontuário do paciente, informações de familiares, exames laboratoriais, escalas como Braden e Morse e outros documentos dos serviços de saúde).

O material bibliográfico consultado para citação de informações no estudo de caso deverá ter a autoria mencionada no decorrer do texto e a bibliografia completa deverá estar contida nas referências bibliográficas.

Busquem o apoio dos docentes que o acompanham em campo de prática e dos demais do 4º período, no processo de definição/construção do caso.

2. Apresentação do estudo de caso

O quadro a seguir contém estrutura basilar para contribuir com a construção do instrumento escrito e apresentação do caso escolhido. As diretrizes a seguir são contemplativas daquilo que é trabalhado nas disciplinas do 4º Período, a saber:

Dimensões	Orientações
Anamnese	Coletem as informações referente à pessoa com o propósito de identificar suas necessidades, problemas, preocupações e/ou reações. Cada grupo de discentes deverá estar atento para: Identificação: nome, idade, sexo, naturalidade, procedência. Apresentem a identificação da pessoa com iniciais do nome. Dados sociodemográficos: escolaridade, ocupação (atual ou exercida durante maior período), estado civil, raça, religião e constituição familiar. Caso seja necessário, abordar dados socioeconômicos. Histórico: Período de internamento: coletar período de admissão no hospital e no setor atual até o momento. Informe o motivo da internação/busca pelo serviço. Queixa atual e história pregressa: registrar queixas atuais (duração da queixa, fatores de melhora ou piora), problemas, diagnóstico médico. Antecedentes pessoais: deve-se estar atento a lesões/comprometimento em órgãos-alvo, levando-se em consideração, principalmente, agravos como doenças crônicas e comorbidades como uso de tabaco, álcool e outras drogas, obesidade, sedentarismo. Antecedentes familiares: investigar a ocorrência de doenças crônicas ou morte prematura de parentes de primeiro grau. Tratamentos prescritos (medicamentos, reabilitação, monitorizações, controles especiais, terapias diversas etc): avaliar os medicamentos prescritos, medicamentos utilizados para automedicação e adesão medicamentosa. Registrar presença de efeitos colaterais. É importante perguntar ao paciente se ele vem utilizando a medicação de forma adequada e sempre perguntar pelas medicações de uso diário.

	Exames clínicos e/ou laboratoriais: checar alterações nos últimos resultados de exames. Hábitos de vida: Atividades de autocuidado: registrar se o paciente possui habilidade para o autocuidado, se é dependente ou parcialmente dependente de outras pessoas. Apoio familiar ou rede de apoio: registrar se o paciente possui rede de apoio familiar e de que forma isso está estabelecido ou se existe alguma rede de apoio. Hábitos alimentares: registrar aspectos relacionados à alimentação (avaliação dietética, incluindo o consumo de sal, bebidas alcoólicas, gorduras saturadas e cafeína) nos diversos momentos do dia: desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. Também é importante registrar se a alimentação é realizada em frente à TV/ celular/ computador. Registrar também dados sobre o consumo de água. Hábitos de exercício físico: registrar se realiza algum exercício físico, se sim, qual tipo, quantas vezes por semana e duração. Se não, perguntar sobre motivo da não realização, limitações, lesões que o impeçam de realizar exercício físico. Hábitos de eliminação urinária: registrar características da função urinária (volume, cor, odor, frequência, presença de pus, sangue ou dor ao urinar). Hábitos de eliminação intestinal: registrar aspectos sobre a função gastrointestinal, frequência, coloração, odor, consistência e mudanças no padrão (diarreia, constipação, presença de sangue.) Uso de álcool e outras drogas: registrar consumo de álcool ou outras drogas, especificando qual o tipo e quantidade. Vacinação: registrar situação vacinal. Perguntar sobre participação nas campanhas anuais contra gripe. Vida sexual: registrar atividade sexual (identificar/avaliar disfunção sexual relatada, alterações ginecológicas, comportamento de risco, uso de preservativo) e investigar sobre consultas de rotina com ginecologista ou urologista nos últimos anos. Sono: registrar aspectos sobre o sono e repouso diários.
--	--

	Entendimento e controle da doença: registrar se o paciente possui boa compreensão sobre a doença, tratamento e seus cuidados.
Exame físico	Sistematizar o exame realizado identificando os órgãos e funções avaliadas, os achados anormais por sistemas orgânicos, os achados dentro da normalidade orgânica. Relacionar as alterações decorrentes da fisiopatologia da doença atual. Aspecto geral: registrar se é bom, regular ou ruim. Deformidades físicas: registrar se tem alguma deformidade física evidente. Avaliação do estado neurológico: avaliar se está orientado quanto ao tempo e espaço, se está confuso ou torporoso. Avaliação psíquica: investigar atenção, memória, fluxo e conteúdo do pensamento, humor e expressões emocionais. Pele: lesões, manchas; no caso de feridas, registrar características (tipo de ferida, estágio, tamanho, tecido, presença de exsudato, bordas, cobertura). Unhas: avaliar presença de lesões, manchas, corte adequando das unhas. Dor: registrar local, tipo, duração, intensidade (utilizar escalas padronizadas), fatores de melhora ou piora. Acuidades: avaliar e registrar o estado das acuidades visual, auditiva, gustativa, olfativa e tátil. Registrar se está preservada ou prejudicada e as alterações importantes. Cavidade oral: registrar se está íntegra, corada, hidratada e se apresenta algum tipo de lesão, ausência de dentes que dificultem a alimentação, uso de próteses, atentar para higiene. Pescoço: avaliar simetria e presença de nódulos. Se houver queixas poderá ser feito a avaliação da tireoide, para avaliação da mobilidade, tamanho e presença de nódulos. Tórax: Inspeção: avaliar ritmo respiratório, presença de alterações como dispneia (em repouso, aos grandes esforços ou em atividades da vida diária), batimento de asas nasais; avaliar expansão do tórax (simétrica ou assimétrica), extremidades (coradas, descoradas ou cianóticas), presença de tosse e características da secreção se houver. Ausculta: presença de

murmúrios vesiculares simétricos diminuídos, presença de roncos, sibilos ou estertores (registrar se à direita ou à esquerda).

Cardiovascular: Inspeção: verificar presença de varizes e coloração dos membros. Palpação: verificar presença de edema (local e intensidade), avaliar pulso pedioso em ambos os pés (registrar como palpável, não palpável ou diminuído), perfusão periférica (pressiona-se a porção distal dos dedos mínimo ou polegar e verifica se o tempo de enchimento capilar foi maior ou menor do que 3 segundos). Ausculta: auscultar os 4 focos (Pulmonar, Aórtico, Tricúspide e Mitral) observando o ritmo cardíaco (regular ou irregular), bulhas cardíacas, que são os sons ocasionados pelo fechamento das valvas cardíacas (1ª bulha: fechamento das valvas atrioventriculares mitral e tricúspide 2ª bulha: fechamento das valvas semilunares aórtica e pulmonar), podendo ser observado presença de hipo/hiperfonese, desdobramento, estalidos, atrito e presença de sopro sistólico ou diastólico.

Abdome: Inspeção: registrar o tipo de abdome – plano, globoso, simétrico, assimétrico, flácido ou tenso. Ausculta: registrar a presença de ruídos hidroaéreos (a ausência de ruídos por mais de 3–5 minutos indica paralisação da motilidade gastrointestinal). Palpação: verificar presença de massas palpáveis, visceromegalias, dor à palpação profunda ou superficial.

Genitais: investigar alterações e na presença de queixas, havendo possibilidade, examinar.

Exame dos pés: os pacientes diabéticos devem ter atenção especial aos pés devido ao risco aumentado de complicações como a amputação, ao menos uma vez ao ano deve ser feito o exame dos pés que inclui a avaliação da sensibilidade protetora através do teste do monofilamento, e na presença de alterações avaliar com maior frequência.

Busque achados do exame físico, com foco nas alterações identificadas.

Problemas/ Diagnósticos de enfermagem	● Apresente os principais diagnósticos de enfermagem da NANDA, utilizando raciocínio clínico e epidemiológico dos problemas identificados. Neste momento, apresentem as características definidoras, achados da avaliação que apoiam a identificação do problema, isso inclui fatores relacionados e aqueles que colocam a pessoa em risco para problemas. ● Explique os diagnósticos de enfermagem e qual é o principal objetivo a ser alcançado para ajudar na recuperação do paciente.
Intervenções de enfermagem	● Selecione intervenções e atividades a partir do NIC para o alcance dos resultados planejados. As decisões clínico-epidemiológicas, intervenções e/ou atividades deverão ser apoiadas em evidências científicas e sempre que necessário descritas por meio de Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem (SLP). ● Explique as intervenções de enfermagem, os procedimentos realizados a partir dos protocolos operacionais padrão (POP) de cada instituição (se houver). Caso a instituição não possua o POP para o procedimento que se pretende relatar, o grupo deve propor um, baseado em evidências.
Resultados esperados	● Planeje os resultados esperados por meio do NOC, identificando e analisando as alternativas para o cuidado de enfermagem mediante diagnóstico identificado. Busquem elencar os diferentes aspectos sobre a responsabilidade do paciente, da família, do enfermeiro, da equipe de saúde, dos serviços de saúde e de ações intersetoriais.
Instrumento escrito	● Identifique pistas, situações de risco, fatores, problemas para gerar hipóteses. Procure questionar se o que identificaram confirmam ou desconfirmam as hipóteses. ● Apresente todas as referências, de preferência dos últimos cinco anos, das quais fizerem citação indireta ou direta no decorrer do estudo de caso. ● Atender às normas da ABNT para referências e do Manual de Normalização de Trabalhos Acadêmicos da UERN

Fonte: docentes do 4º período do curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado da FAEN/UERN, 2026.

1- <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>

Processo de Enfermagem¹:

Art. 4º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

§ 1º Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

§ 2º Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Identificação do paciente

Idade:

Sexo:

Raça:

Naturalidade:

Procedência:

Profissão (atual ou exercida durante maior período):

Dados da admissão:

Admissão no hospital:

Setor:

Admissão no setor atual:

Histórico Patológico Progresso:

Histórico Familiar:

Dados clínicos:

Motivo da internação hospitalar: (colher relato do paciente/família)

Exame Físico: sistematizar o exame realizado identificando os órgãos e funções avaliadas, os achados anormais por sistemas orgânicos, os achados dentro da normalidade orgânica.

Relacionar as alterações decorrentes da fisiopatologia da doença atual.

Exames laboratoriais e/ou de imagem relacionados à fisiopatologia atual.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Apresentar problemas/condições relacionados à doença atual, às doenças anteriores, às intervenções às quais se submeteu.

Elencar dependência de dispositivos (sondas, colchão protetor, cama com grades, suporte de oxigênio, etc.).