

CUIDADOS INTENSIVOS EM ENFERMAGEM: CASO CLÍNICO NO HCU

INTENSIVE CARE IN NURSING: CLINICAL CASE AT HCU

Eloisa Lopes Soares Lima^{1*}

Elias José Oliveira¹

RESUMO

A enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) tem destacado sua importância na assistência à saúde seja no aspecto tecnicista, terapêutico, ou mesmo, como agente na transversalidade humana dos sentimentos do doente e seus familiares. Esse trabalho objetiva retratar um caso clínico ocorrido no Hospital de Clínicas de uma Universidade (HCU), em que é apontado os cuidados intensivos em enfermagem envolvendo esses referidos aspectos. O caso clínico retrata um caso real, em que o estudante por meio de uma disciplina vinculada à uma universidade pública e ao hospital aplica o Ensino Baseado em Problemas (PBL), de modo que a prática possa ser assistida e acompanhada observando o atendimento e cuidados intensivos quanto ao trato clínico em enfermagem. Evidenciou-se que, a enfermagem atribui um papel considerável quanto aos cuidados intensivos do paciente, desde a etapa de um plano sistêmico de atuação envolvendo o histórico e o prognóstico clínico, até o estágio compreendendo o tratamento do distúrbio envolvido.

Palavras-chave: Cuidados intensivos. Enfermagem. Caso Clínico. Ensino Baseado em Problemas.

ABSTRACT

Nursing in Intensive Care Units (ICU) has highlighted its importance in health care, whether in the technical, therapeutic aspect, or even as an agent in the human transversality of the feelings of the patient and his family. This work aims to portray a clinical case that occurred at the Hospital de Clínicas of a University (HCU), in which intensive care in nursing involving these aspects is pointed out. The clinical case portrays a real case, in which the student, through a course linked to a public university and the hospital, applies Problem-Based Learning (PBL), so that the practice can be assisted and monitored in order to observe the care and intensive care regarding the clinical treatment in nursing. It was evident that nursing assigns a considerable role regarding the patient's intensive care, from the stage of a systemic plan of action involving the clinical history and prognosis, to the stage comprising the treatment of the disorder involved.

Keywords: Intensive Care. Nursing. Clinical Case. Problem-based Learning.

¹ Universidade Federal de Uberlândia (UFU). *<eloisalsl2005@gmail.com>

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho constitui-se de uma metodologia de aprendizagem conhecido por Ensino Baseado em Problemas, ou *Problem-Based Learning* (PBL), onde busca-se o aprendizado como forma da construção do conhecimento a partir da resolução de problemas em grupo. Isto é, baseia-se numa metodologia de ensino ativo contemplando a exploração de cenários com casos reais.

A aprendizagem baseada em problemas é uma pedagogia centrada no aluno, na qual os alunos aprendem sobre um assunto por meio da experiência de resolver um problema. O processo PBL não se concentra na resolução de problemas com uma solução definida, mas permite o desenvolvimento de outras habilidades e atributos desejáveis, como o processo de aprendizagem. Isso inclui aquisição de conhecimento, aprimoramento no trabalho em grupo e colaborativo, bem como ao desenvolvimento da habilidade comunicacional (MIZUKAMI; RIBEIRO, 2005; UVINHA; PEREIRA, 2010).

O processo PBL foi desenvolvido para educação médica e desde então tem sido ampliado em aplicações para outros programas de aprendizagem. O processo permite que os alunos desenvolvam habilidades usadas para sua prática futura. Melhora a avaliação crítica, a recuperação da literatura e incentiva a aprendizagem contínua dentro de um ambiente de equipe (ALMEIDA; BATISTA, 2013; ROMÃO; BESTETTI; COUTO, 2020).

O processo tutorial PBL, geralmente, envolve o trabalho em pequenos grupos de alunos. Cada aluno assume um papel dentro do grupo que pode ser formal ou informal, e, frequentemente, alterna-se. É focado na reflexão e raciocínio do aluno para construir seu próprio aprendizado, envolve esclarecimento de termos aprendidos, definição e exploração de problemas, realiza brainstorming, estrutura e formula hipóteses, foca em objetivos, possibilita estudo independente e constitui-se de síntese. O professor ou tutor visa nesse processo aumentar a confiança dos alunos ao abordar problemas e possibilitar a ele autonomia e expansão de sua compreensão. Este processo é baseado, portanto, no construtivismo. Representa uma mudança de paradigma do ensino tradicional, por vivenciar realidades, impulsionando o lúdico e o pragmatismo naquilo que apreende, tornando-se diferente do método de aprender na sala de aula tradicional ou do ensino expositivo (ALMEIDA; BATISTA, 2013).

Assim, este trabalho compõe-se de situações de caso clínico vivenciadas por alunos de enfermagem integrado a uma disciplina do curso de Enfermagem numa Instituição Federal de

Ensino Superior (IFES) no início da década de 2020, que ora contou com supervisão docente e de profissionais colaboradores do Hospital de Clínicas de uma Universidade (HCU).

Como forma de conjecturar as motivações clínicas do paciente, fez-se necessário reunir elementos históricos e notificações do prontuário capaz de sinalizar o melhor diagnóstico, juntamente com os sinais clínicos acompanhados da investigação laboratorial e todo o contexto sócio clínico no qual o paciente está inserido. Tal sistemática de aprendizagem, segundo Singhal (2017), visa proporcionar uma experiência interativa de atuações conjuntas para vivenciar o caso.

Além disso, esse estudo também compôs uma integração de profissionais voltados ao ensino aplicado no nível terciário, os quais remetiam a importância de se conceber o fato desde sua atenção primária e secundária, conforme registros do prontuário disposto no histórico do paciente. A disponibilidade de profissionais enfermeiros no HCU, nesse processo de aprendizagem, assume complementação substancial ao que é transmitido pelo docente quanto a educação e o serviço de enfermagem, perfazendo um processo de aprendizado sob significados lúdicos assistidos e acompanhados quanto à prestação de cuidados de enfermagem aos pacientes críticos e submetidos à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no HCU.

Esse relato de experiência, tido como caso clínico assistido, trata-se de um modelo de ensino de enfermagem adotado na IFES como uma maneira de construir e levar saberes, capaz ainda de possibilitar uma cultura de trabalho positiva e saudável. Portanto, reflete numa melhor forma e padrão de atendimento ao paciente, além de preparar enfermeiras competentes e empáticas com excelência profissional em suas áreas.

Para reunir fontes pregressas do paciente, o prontuário perpassado nos níveis clínicos é condição basilar para o conhecimento da enfermidade. O histórico médico, o histórico do caso ou a anamnese de um paciente são informações obtidas por um médico por meio de perguntas específicas, ao paciente ou a outras pessoas que o conheçam e possam dar informações adequadas, com o objetivo de obter informações úteis na formulação de um diagnóstico e na prestação de cuidados médicos ao paciente. As queixas clinicamente relevantes relatadas pelo paciente ou por outras pessoas familiarizadas com o paciente são referidos como sintomas, em contraste com os sinais clínicos, que são verificados por exame direto por parte do pessoal médico. As informações assim obtidas, aliadas ao exame físico, possibilitam ao médico e demais profissionais de saúde

formar um diagnóstico e um plano de tratamento (ÁVILA et al., 2022; BOMBARDA; VITALE; JAQUIM, 2022; CAVALCANTE et al., 2022).

Se um diagnóstico não puder ser feito, um diagnóstico provisório pode ser formulado e outras possibilidades podem ser adicionadas, listadas em ordem de probabilidade por convenção. O plano de tratamento pode então incluir investigações adicionais para esclarecer o diagnóstico. Note que, para o levantamento histórico, requer-se que o clínico seja hábil em fazer perguntas apropriadas e relevantes, capaz de colher informações completas sobre o paciente, envolvendo qual a preocupação principal, seguida pela história da doença, a história médica pregressa, a história cirúrgica anterior, história familiar, história social, seus medicamentos, suas alergias e uma revisão clínica sistêmica atual contemplando avaliações física, exames laboratoriais e exames de imagem, seguidos do tratamento médico ou cirúrgico que tem sido administrado.

Ainda, percebe-se que a comunicação perfaz como principal elemento que coopera com o melhor diagnóstico e, por sua vez, o cuidado ou tratamento clínico pela enfermagem. As informações clínicas específicas do paciente e entre os membros da equipe de saúde precisam ser precisas, completas, claras e concisas para a continuação dos cuidados durante cada turno nas unidades de cuidados intensivos. Estudos apontam que enfermeiros de cuidados intensivos são treinados para usar uma ferramenta de comunicação de situação, histórico, avaliação e recomendação em todos os momentos. Em UTI, por exemplo, em que há pacientes com doenças e lesões graves, inclusive sob risco de vida, requerem-se cuidados constantes, supervisão de equipamentos de suporte à vida e medicamentos para garantir funções corporais normais. Eles contam com profissionais treinados, sejam médicos, enfermeiros ou terapeutas respiratórios, ambos especializados em cuidar de pacientes gravemente enfermos, em que a reunião de informações e histórico clínico é fundamental para o tratamento.

Este estudo de caso clínico retrata um contexto real acerca de conceitos aprendidos em sala de aula, ora muitas vezes, abstratos ou desconexos ao longo da formação acadêmica, devido a sua abordagem teórica e isolada, mas que em decorrência do fator lúdico assistido, não só aferiu a prática oferecida, promovendo absorção do conhecimento, como também foi apropriado em refletir o interesse da profissão quanto à organização do trabalho e o estabelecimento de ações ao cuidado do paciente. Reservando-se neste a sua totalidade quanto ao anonimato das entidades e envolvidos no caso.

O caso relata um paciente internado no setor Cirúrgica I do HCU, apresentando em seu registro clínico uma Lesão Cerebelar de provável etiologia Neoplásica com compressão do IV ventrículo, de modo a nortear a relação entre situação clínica do paciente e os cuidados de enfermagem que devem ser prestados. A constatação clínica situacional no prontuário do paciente, condicionou também a avaliações pregressas que pudessem melhor prover o trato clínico em enfermagem.

Dessa maneira, todo o cuidado intensivo, assistido e acompanhando juntamente ao referido paciente, desde sua chegada, histórico clínico e diagnóstico é, portanto, relatado neste estudo, como Caso Clínico, aprendido numa disciplina junto ao curso de Enfermagem na IFES, no início da década de 2020, constituído por meio do método PBL a forma de apreender e perpassar aos alunos o conhecimento reunido acerca da disciplina.

2. METODOLOGIA

A metodologia deste estudo tomou como base o perfil do enfermeiro a ser formado pelo curso de enfermagem da IFES, a qual lança preocupações com a qualidade do ensino para o exercício profissional, tendo como fundamentação, especialmente em disciplinas de conteúdo prático, o método de aprendizado em problemas baseados em casos reais (PBL). Tal método de ensino, tem sido interposto como forma de elucidar conhecimentos sobre os problemas/situações de saúde-doença em disciplinas que demandam aprendizado prático.

O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Enfermagem aqui compreendido se constitui de uma proposta curricular integrada, cujo componente curricular (disciplina) atribui uma disciplina do curso de graduação em enfermagem, com 30 horas teóricas e 135 horas práticas, totalizando 165 horas, ofertada no quarto período do curso. O nome da disciplina também foi preservado em anonimato neste estudo. O fato de ser integrada permite com que ocorram atividades de forma interrelacionadas com a realidade prática a ser vivenciada pelo aluno. A implementação do PPC no curso de enfermagem deu-se na década de 2010 e beneficiou a integração dos conteúdos, teoria, prática e ensino/serviço, de modo que a utilização do método baseado em problema passasse a ser instrumento de aprendizagem.

Diante disso, o método exercido nesta pesquisa contou com a pesquisa-ação, ou seja, de base empírica exercida e interagida pelo pesquisador, cuja resolução de um problema, tido como Caso

Clínico em um hospital universitário (HCU), sediado na cidade de aproximadamente 700 mil habitantes, na região sudeste do país, preservando-se, portanto, o anonimato quanto ao local e os envolvidos, como: docentes, alunos, pesquisadores e os participantes representativos do problema (técnicos, enfermeiros, colaboradores do hospital e o paciente estudado), esses os quais servirão como elementos apenas indutores do entendimento da prática do ensino em enfermagem neste estudo, transcorrido durante um semestre letivo (entre o início da década de 2020). As visitas às instalações deram-se na Unidade de Terapia Intensiva da Cirúrgica I do HCU, monitorado pelos docentes da disciplina e demais colaboradores do hospital.

A metodologia utilizada a relatar neste estudo objetivou a prática discente do curso de enfermagem em um Caso Clínico real assistido e acompanhado ao longo da disciplina, como forma de aprender por meio de problematização. Tal dinâmica ministrada na disciplina via PBL adotou como procedimento de ensino o fazer do enfermeiro, que de certa maneira associa-se à sistematização da assistência de enfermagem a partir dos problemas encontrados junto ao paciente e discutido em nível individual e coletivo.

Concebendo o problema apresentado, foram levantados históricos e diagnósticos de modo a auxiliar no tratamento clínico e prover desempenhos acadêmicos a serem adquiridos, de modo que a construção das atividades de ensino resultasse como meio de aprendizado efetivo pelos alunos do curso. Os desempenhos acadêmicos envolvidos e que cooperaram para a construção do Caso Clínico, envolveram as seguintes etapas:

- I. realização de assistência de enfermagem ao paciente e familiares, visando a humanização, vigilância à saúde e, auxílio no tratamento e monitoramento do quadro clínico do paciente;
- II. dinâmicas integrativas e utilização de recursos de ensino aprendizagem no desenvolvimento das atividades da disciplina;
- III. trabalho em grupo com seminários e acompanhamento conjunto do caso in loco ao longo da disciplina;
- IV. realização de seminário ao fim da disciplina como forma de debate interativo do Caso Clínico junto aos demais alunos e docentes da disciplina;
- V. congregação de abordagens teóricas assistidas com o caso envolvido;
- VI. emprego de equipamentos de proteção e esterilização individual como forma de precaução;

VII. desenvolvimento de coleta de informações e capacidade de observação, comunicação e análise do prontuário com base em princípios humanista, éticos e de cidadania.

O estudo também contou com informações obtidas por meio do Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS), do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), do prontuário online e conversas com o paciente e seus familiares (filhos e esposa).

Todas essas informações reunidas, possibilitaram este relato de experiência, ora aqui descrito como Caso Clínico, cuja prática relatada deu-se no referido hospital, onde cada grupo de alunos acompanhavam um determinado enfermo escolhido pelos docentes. No primeiro momento, os alunos em sala foram instruídos das dinâmicas a serem exercidas quando da ocorrência prática, seguidas de rotinas laboratoriais as quais eram monitoradas, de modo que, práticas em enfermagem quanto ao trato do paciente fosse instruído e apreendido. Em seguida, os alunos são estimulados a elaborar perguntas sobre o assunto que está sendo assistido e analisado, no sentido de comprometimento e envolvimento com o caso, e sobretudo, juntar informações sobre o paciente. Isso, possibilitou os alunos descreverem os pontos peculiares inerentes ao caso clínico envolvido com aprofundamento.

Noutro momento, após vivenciado o caso e de posse das colhidas informacionais e dados do estado clínico do paciente, os estudantes relataram em texto e elaboraram apresentação para serem expostos em formato de seminário. Isso possibilitou a oportunidade de retornar para sala de aula e discutir o caso clínico com o corpo docente da disciplina envolvida (havia 3 docentes na área de enfermagem), o que, permitiu ao aluno absorver o conhecimento no caso envolvido e debater com os demais casos de outros grupos, além de discutir suas dúvidas. Sendo, portanto, o caso clínico, o objeto a ser demonstrado neste relato.

3. CASO CLÍNICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

O exame clínico é a base para o bom desenvolvimento de um raciocínio clínico e posteriormente um bom diagnóstico pois, através dessa avaliação se torna possível reconhecer e identificar dados correspondentes à saúde do paciente, de forma avaliar a resposta do paciente ao tratamento. Nesse sentido, admitiu-se como método de levantamento de informações sobre o paciente, a coleta sistemática dos dados através da história clínica do paciente ou, anamnese, e o exame físico composto por inspeção, palpação, ausculta e percussão, dados objetivos referentes a

sintomatologia do paciente (YOSHIKAWA; CASTRO, 2015). Através da entrevista clínica envolvendo todo percurso histórico relatado pelo paciente, e a conjuntura de sua anamnese, foi possível coletar dados de sua condição clínica, bem como a avaliação de seu padrão de comportamento emocional e estado geral, de forma a identificar dados complementares ao exame físico, tendo assim uma análise completa dos sistemas do corpo.

O julgamento clínico é feito com base em todos os dados coletados para criar um plano de cuidado para cada situação. Com base nos dados coletados, é possível traçar um plano de cuidado específico para o paciente, identificando os diagnósticos de enfermagem, os resultados desejados e as intervenções de enfermagem. Tal colhimento dos dados, permite observar qual o cuidado de saúde praticado e melhora frente às evoluções do paciente através de contínuas avaliações objetivas e abrangentes (POTTER; PERRY, 2017). Diante dessa breve consideração, o Quadro 1 apresenta o paciente e seu respectivo histórico clínico, com o objetivo de identificar, coletar, avaliar e estudar os fatos clínicos pregressos.

Quadro 1: Identificação e Histórico Clínico

Descritores	Dados
Identificação	Nome do paciente: X.X.X. Sexo biológico: masculino. Idade: 77 anos e 11 meses. Data de nascimento: 24/12/1944. Cor da pele: autodeclara branco. Estado civil: casado. Filhos: 03 filhos (2 mulheres e 1 homem). Nacionalidade: brasileiro. Naturalidade: região sudeste do Brasil. Profissão: aposentado. Grau de instrução: alfabetizado. Religião: católico praticante. Paciente internado na Cirúrgica I do HCU, com número do prontuário 1234567.
Queixa principal	Cefaléia intensa, náusea e êmese.
Interrogatório sintomatológico	Apresenta-se em decúbito dorsal, não refere dor intensa tendo uma mensuração na escala de dor com intensidade 2.
Antecedentes familiares	Nega antecedentes familiares relacionados à comorbidades típicas como hipertensão, diabetes ou neoplasias.
Hábitos de vida	Relata ser ex-tabagista, não etilista, dieta desequilibrada, hipersódica, hiperglicídica, hiperlipídica e hiperprotéica. Refeições com intervalos de duas a três horas, sendo realizadas em média 5 refeições ao dia. Ingesta hídrica com aproximadamente 3,0 a 4,0 litros de água por dia. Sono regular de 8 a 9hs por dia. Eliminações presentes e frequentes. Afirma ser aposentado e não pratica exercícios físicos.
História patológica pregressa	Em seu prontuário, foi constatado que ele não possui alergias medicamentosas e alimentares, doenças crônicas e uso de medicamentos de rotina. Possui cartão vacinal completo e apresenta histórico de facectomia para correção de cataratas bilateral não

	sabendo informar o ano de realização. Relata histórico de úlcera péptica.
Histórico da moléstia atual	Encaminhado da unidade pública de saúde, devido a suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) de fossa posterior. Foi admitido no Pronto Socorro HCU no dia 11/11/2022, acompanhado pela esposa, que relatou o início do quadro de cefaléia intensa há duas semanas, sem melhora e associada a náuseas e êmese. A esposa, passou outras informações, destacando que solicitou os serviços da unidade pública de saúde no dia 06/11/2022, onde foi internado para investigação, sendo submetido a Tomografia Computadorizada de Crânio, com sinais de apagamento de giros e sulcos em região cerebelar. Paciente evoluiu em internação com piora dos sintomas, vertigem rotatória e incapacidade de deambular. Em admissão no Pronto Socorro (PS) do HCU, o paciente apresentava-se consciente, orientado, com vias aéreas pervias, eupneico com respiração em ar ambiente, verbalizando, hemodinamicamente estável, pupilas em 2mm e fotorreagentes bilateralmente. Após uma semana, foi novamente avaliado e apresentou-se confuso, com diurese presente e com constipação intestinal. Foi solicitado pela neurocirurgia uma Tomografia Computadorizada de Crânio com Contraste (TCCC), que revelou em seu exame “quarto ventrículo colabado, imagem nodular captando contraste em topografia de cerebelo a direita”, apresentando possíveis diagnósticos de lesão hipertensa e vertigem central secundária de AVC, de fossa posterior e quarto ventrículo colabado e Neoplasia no Sistema Nervoso Central. O paciente teve piora do quadro e foi transferido no dia 12/11 para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em cuidados intensivos e monitorado, aguardando a neurocirurgia devido a neoplasia. Paciente foi transferido para a ala Cirúrgica I no dia 08/12/2022, com infecção de urina, instabilidade hemodinâmica respiratória em uso de oxigenoterapia com máscara de alto fluxo. Recebendo concentrado de plaquetas, devido a alterações nos exames, aguardando a cirurgia para biópsia de neoplasia sob cuidados intensivos.

Fonte: Dados dos autores.

Dando sequência aos dados colhidos acerca do paciente, tem-se que a enfermagem também se ocupa em observar as Necessidades Humanas Básicas (NHB). Trata-se de uma observação decorrente da teoria NHB de Wanda Horta, onde classifica NHB nas seguintes necessidades: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (POTTER; PERRY, 2017; BOMBARDA; JOAQUIM, 2022). Nesse sentido, admite-se que o enfermeiro deve buscar enxergar o paciente de forma holística, buscando harmonia e equilíbrio, proporcionando atendimento individualizado, tendo em mente os aspectos sociais e emocionais do paciente, a fim de gerar um tratamento humanizado e integrativo. No Quadro 2, apontam-se os principais elementos colhidos do paciente.

Quadro 2: Observações em NHB

Necessidades	Notações Observadas
Psicobiológicas	Apresenta cateter nasal para oxigenoterapia com liberação de 1 litro, alimentação com dieta pastosa, não possui arcada dentária completa e faz uso de prótese dentária móvel. Suas eliminações são realizadas em fralda, com evacuação ausente e diurese através de sonda vesical de demora. Paciente com sono prejudicado e restrito ao leito. Higiene corporal prejudicada com banho em leito sendo realizado pela equipe de enfermagem. Higiene oral visivelmente prejudicada. Apresenta hematomas em: MMSS (regiões do membro superior) ocasionados pela inserção de acessos venosos periféricos, e; MMII (regiões do membro inferior) devido à queda. Percepção visual, gustativa e motoras alteradas, auditiva, tátil e olfativas preservadas.
Psicossociais	Apresenta bom convívio familiar, reside com esposa, a quem o acompanha no hospital. Paciente consciente, com algumas confusões, mas orientado em tempo e espaço. Está dependente de cuidados em internação.
Psicoespirituais	Católico praticante.

Fonte: Dados dos autores.

As notações no Quadro 2 colhidas, durante sua internação, permite uma avaliação holística clínico-social, contudo, há ainda outras análises realizadas. No que diz respeito ao exame físico geral, tal análise iniciou-se na observação quanto à posição em que se encontrava – decúbito dorsal e restrito ao leito.

Quadro 3: Exames Físicos

Exames	Notações Observadas
Físico Geral	Quanto às escalas de nível de consciência: Regular Estado Geral (REG) = consciente; Escala de Glasgow (ECG) = 15, que é o nível máximo. Apresentava-se orientado quanto ao tempo e espaço, porém confuso e sonolento. A abertura ocular apresentava-se espontânea; fonia preservada; biótipo normolíneo de 1,63 m de estatura; massa corpórea de 60 kg com IMC= 22,58 (eutrófico); apresenta perda de peso não intencional após internação hospitalar; hiponutrido. Circunferência abdominal e de quadril não foram possíveis coletar; troficidade e tonicidade prejudicadas. Face simétrica e facie atípica. Prosseguiu-se na análise físico, e foi observado que a pele estava desidratada, com palidez acentuada em MMSS (exame de palidez dos ombros, braços, antebraços, mãos e coluna cervical). A pele apresentava espessura fina e textura áspera, integridade da pele prejudicada com AVP (Acesso Venoso Periférico) em MSE (Membro Superior Esquerdo). Edema por toda a extensão dos MMII (edema de membros inferiores). Constatou-se ainda, LPP (Lesão por Pressão) na região sacral em estágio 2, com exsudato sanguinolento. Suas mucosas estavam hipocoradas, hidratação prejudicada e integridade prejudicada, presença de saburra e placas amarelas por todo dorso da língua, mucosa interna e palato mole. Fâneros prejudicados, com pouca sujidade no couro cabeludo, sem presença de caspas; unhas amareladas, ásperas e rugosas, sem presença de fungo. Eliminação prejudicada, diurese em pequena quantidade de aproximadamente 50 ml em 4 horas. Fezes ausentes desde 11/12/2022.

Fonte: Dados dos autores.

Outros exames complementares ao físico geral também foram observados, como: sinais vitais, Escala de Coma de Glasgow (ECG), e Escalas de Braden, Fugulin e Morse. Conforme

Tabela 1, foi realizada a aferição dos sinais vitais de X.X.X. que apresentaram os seguintes resultados:

Tabela 1: Sinais Vitais

Sinais vitais	14/12/22	15/12/22	Padrão fisiológico
Pressão arterial	120 / 90 mmHg	112 / 59 mmHg	120/80 mmHg
Frequência respiratória	22 irpm	20 irpm	12 - 20 irpm
Frequência cardíaca	80 bpm	80 bpm	60 - 100 bpm
Saturação de O ₂	96%	91%	≥ 95%
Temperatura	37,2 °C	36,9 °C	36° - 38° C

Fonte: Dados dos autores.

Na Tabela 1, apresenta-se o exame de sinais vitais colhidos em dois instantes, que, conforme Teixeira et al. (2015, s./p.), demonstram os “indicadores de saúde e do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, neural e endócrina do corpo”. Servem como instrumentos da validação do estado do paciente e avanço da doença. Tais parâmetros, mensurados de forma seriada, e contribuem para que o enfermeiro identifique as necessidades do paciente de forma a proporcionar um melhor diagnóstico de enfermagem, avaliando as intervenções implementadas e analisando a resposta do paciente à terapêutica aplicada. Com relação à ECG, O resultado da aplicação da escala apresenta-se na Tabela 2.

Tabela 2: Exame ECG

Parâmetro	Resposta	Pontuação
Abertura ocular	Espontâneo	4
Resposta verbal	Orientado	5
Resposta motora	Obedece a comandos	6
Reatividade pupilar	Preservada	0
Total dos pontos		15

Fonte: Dados dos autores.

A ECG é o instrumento mais utilizado para determinar alterações no nível de consciência do paciente, avaliando quatro parâmetros: abertura ocular, resposta verbal e motora e reatividade pupilar (PORTO, 2019). Com base na literatura e quadro clínico apresentado na Tabela 2, foi observado em seu prontuário como avaliação final do paciente: Trauma Leve.

Na Tabela 3, foi observado a Escala de Braden, tido como um instrumento que auxilia na detecção de risco do desenvolvimento de lesão por pressão (LPP), possibilitando melhor direcionamento na elaboração da prescrição de cuidados oferecidos ao paciente. Sua utilização para avaliação do risco de desenvolvimento LPP é de grande valia para a enfermagem visto que proporciona planejamento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), facilitando o processo de diagnóstico, tratamento e prevenção de lesões (JANSEN et al., 2020). No caso perscrutado, o paciente apresentou uma escala de Alto Risco.

Tabela 3: Escala de Braden

Fatores de risco	Resposta	Pontuação
Percepção sensorial	Nenhuma limitação	4
Umidade	Ocasionalmente molhado	3
Atividade	Acamado	1
Mobilidade	Bastante limitado	2
Nutrição	Muito pobre	1
Fricção e cisalhamento	Problema	1
Total dos pontos		12

Fonte: Dados dos autores.

Na Tabela 4, apresenta-se a Escala de Fugulin, compreendida como um instrumento bastante utilizado na gestão do serviço de saúde, por possibilitar a distribuição de profissionais de acordo com o grau de dependência do paciente, de forma a levar à uma divisão igualitária dos deveres que cada componente da equipe de enfermagem deve realizar, gerando melhor qualidade na assistência prestada por parte dos profissionais. Tem como objetivo classificar o paciente quanto ao grau de dependência em relação aos cuidados de enfermagem. Diante das características observáveis no paciente foi constatado pela sua pontuação total que sua assistência está sobre cuidados intermediários.

Tabela 4: Escala de Fugulin

Área de Cuidado	Resposta	Pontuação
Estado mental	Orientação no tempo e espaço	1
Oxigenação	Uso intermitente de cateter de oxigenação	2
Sinais vitais	Controle de rotina	1
Motilidade	Dificuldade para movimentar segmentos corporais	3
Deambulação	Restrito ao leito	4
Alimentação	Por boca com auxílio	2
Cuidado corporal	Banho no leito e higiênes realizadas pela enfermagem	3
Eliminações	Eliminação no leito ou sonda vesical de demora	4
Terapêutica	EV intermitente	2
Total de pontos		22

Fonte: Dados dos autores.

Dando sequência ao levantamento de informações acerca do paciente, outros exames foram observados, como pode ser observado no Quadro 4, a seguir:

Quadro 4: Diagnóstico Geral

Exames	Notações Observadas
Cabeça e Pescoço	Cabeça em posição ortostática estava em ausência de abaulamento e retrações. Cabelos normoimplantados, secos e opacos com distribuição uniforme; Ausência de hematomas, nódulos, lesões, calvície, alopecia, parasitose, descamações, sinais infecciosos no couro cabeludo; Crânio simétrico, ausência de deformidades visíveis, face simétrica, hipocorada com ausência de cicatrizes ou manchas localizadas, facie atípica; nódulos linfáticos presentes em palpação. Olhos normoimplantados, estrutura externa sem alterações; abertura ocular espontânea, pálpebras normocoradas, ausência de tumefação e vermelhidão, conjuntiva pálida, hipocorada, hidratada, ausência de secreções, aparelho lacrimal presente e pérvio, bolsa lacrimal sem ingurgitamento, escleras anictéricas e brilhantes, íris com opacidade bilateral e pupilas em midríase bilateral fotorreagentes bilateralmente. Ademais, constou pavilhão auricular e aurículas normoimplantados, presença de pelos, ausência de cerume externo bilateralmente, não refere dor à palpação, sem evidências de processos inflamatórios, otorragia ou otorreia. Nariz simétrico, normoimplantado, ausência de desvio de septo e deformidades; integridade da mucosa preservada, sem presença de lesões na região externa. Faz uso de cateter nasal em óculos para oxigenoterapia; ausência de epistaxe, obstrução ou rinorréia, palpação dos seios paranasais sem resposta para sensibilidade dolorosa. Lábios simétricos, ressecados e normocorados, ausência de lesões e sinais de infecção; presença de halitose, higiene prejudicada, presença de saburra e placas amarelas por todo dorso da língua, mucosa interna e palato mole; edentado, faz uso de próteses dentárias; gengivas normocoradas, com ausência de hiperplasia, espessura fina, presença visível lesões. Pescoço se alterações em forma e posição; mobilidade preservada; sem sinais de dor à palpação, ausência de cicatrizes e turgência jugular; ausência de adenomegalias, cistos e massas à palpação; movimento de deglutição preservado; mobilidade da glote preservada; sem alterações à palpação da tireoide; rede ganglionar palpável com ausência de linfonodomegalias.
Sistema Cardiovascular	Ausência de abaulamentos, retrações e pulsações no tórax, ictus cordis não visível a inspeção dinâmica e não palpável; pulsação carotídea não visível; ausência de circulação colateral e abaulamentos pulsáteis; TEC < 3; realizada ausculta dos focos aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral, onde todos apresentarão o padrão fisiológico BRNF 2T S/S, bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos sem sopro; pulsos, temporal, carotídeo, ulnar, femoral, poplíteo, tibial e pedioso, palpáveis com frequência entre 75-85 pulsações por minuto, rítmicos e cheios. Realizadas a ausculta da artéria carótida e aorta abdominal, ambas sem alterações.

Sistema Respiratório	Respirando em ar ambiente com auxílio de oxigênio suplementar a 1 L/min em cateter nasal tipo óculos; tórax simétrico, seco, do tipo plano, ausência de abaulamentos pulsáteis, cicatrizes, retrações e tiragens intercostais. Apresenta frequência respiratória de 22 irpm, taquipneia; respiração superficial, com inspirações lentas e expiração curta e mista em decúbito dorsal e posição de Fowler. Traqueia palpável com ausência de desvios. Parede torácica com ausência de crepitações ósseas, massas e edemas. Frêmito toracovocal preservado. Expansibilidade torácica anterior preservada. Ausência de uso da musculatura acessória. Realizada percussão dígito-digital anterior do tórax em localizações simétricas dos ápices em direção à base com presença de som claro pulmonar em toda extensão do pulmão. Efetuada ausculta na parte anterior do tórax em localizações simétricas, dos ápices em direção à base, com presença de ruídos adventícios do tipo ronco em fase expiratória bilateralmente em toda extensão pulmonar com maior intensidade em ápice pulmonar direito. Não foi possível realizar ausculta na parte posterior do tórax.
Sistema Gastrointestinal	Abdômen com pele normocorada, desidratada, ausência de abaulamentos e retrações, cicatrizes, ostomias e vascularização colateral. Abdômen simétrico, atípico, globoso, sem circulação colateral e abaulamentos, presença de pulsação da aorta abdominal, cicatriz umbilical em posição anatômica sem sujidades; respiração do tipo mista. Sinal de Jobert negativo com delimitação do fígado em 8 centímetros. Sinal de Piparote negativo e sinal de Giordano não realizado. Palpação superficial e profunda sem resposta dolorosa, ausência de visceromegalias e massas. Sinais de McBurney, Rosving e Murphy, Lapinsky, Psoas e Obturador negativos.
Sistema Genitourinário	Paciente com sonda vesical de demora, com quantidade de 50 ml em 4 horas e e coloração âmbar; uso de fralda. Sinal de Giordano não foi realizado. Bexiga palpável, ausência de abaulamentos, estomas e lesões; presença de sons maciços. Pênis liso, semi-firme e indolor, ausência de massas tumorais e área de endurecimentos, normoimplantado, normocorado, pelos normoimplantados, ausência de lesões, edemas ou nódulos; óstio uretral centralizado, brilhante e róseo, sem secreções ou edemas; em retração do prepúcio ausência de secreções, esmegma, lesões e inflamações; glândula normocorada e brilhante. Bolsa escrotal simétrica, sem resposta dor à palpação, sem escoriações, lesões, massas ou edema. Períneo simétrico. Ânus com tecido úmido, região com pelos, ausência de lesões cutâneas, hemorroidas, fístulas e fissuras. Paciente constipado, não evacua desde o dia 11/12/2022.
Sistema Neurológico	Paciente consciente, orientado quanto a tempo e espaço, sonolento. Fossas nasais inalteradas com uso de cateter de oxigênio tipo óculos, teste de olfato positivo; acuidade visual, campo visual e mobilidade ocular preservadas, pupilas apresentaram fotoreagência, não realizado reflexo córneo-palpebral; sensibilidade e função motora da face preservadas; resposta positiva aos comandos de levantar as sobrancelhas e fazer caretas, na avaliação no nervo facial. Acuidade auditiva preservada bilateralmente teste de Romberg não realizado, paciente restrito ao leito. Observada elevação e contração do palato mole e da úvula; ausência de discriminação dos sabores; reflexo de deglutição e vômitos presentes. Rotação lateral da cabeça e elevação dos ombros sem alterações; resposta verbal presente, amplitude e movimentação da língua preservadas. Em avaliação do sistema sensorial, paciente responsivo a estímulos dolorosos, térmicos, tátil e de posição. Não foi possível realizar avaliação dos reflexos tediosos profundos e patelas, paciente não apresenta mobilidade nos MMII.

Fonte: Dados dos autores.

Destaca-se que demais exames de imagem e laboratorial não fizeram parte do conteúdo deste estudo, pois o atual sistema utilizado pelo hospital não possibilita aos acadêmicos o acesso a esses exames.

Foi notado ainda que, a condição clínica do paciente buscava solução em torno de sua queixa – cefaleia. A cefaleia é um sintoma comum em tumor cerebral, sendo constante apesar de

não ser tão intensa. A cefaleia intensa ocorre quando o tumor causa aumento da pressão intracraniana. Os medicamentos como a Dipirona e Citrato de Fentanila, irão propiciar a analgesia do quadro. Outra característica sugestiva de tumor cerebral em um paciente que apresenta queixa de cefaleia é a piora da dor durante o período da noite, sendo capaz de despertar o paciente do sono, tendo como base esse sintoma o medicamento Midazolam, que atua como um depressor do SNC, “acalmado” o cérebro (AMÂNCIO et al., 2002; MONZILLO et al., 2004; GONÇALVEZ; CRUZ, 2009).

Os sintomas de náusea e vômitos estão presentes em 40% dos casos de tumor cerebral, e comum também em pacientes com enxaqueca, para esses sintomas os medicamentos Ondansetrona e Metoclopramida irão atuar no controle. É importante lembrar que tais medicamentos irão atuar não somente nos sintomas apresentados pelo paciente, como também nos possíveis efeitos adversos de medicamentos que o paciente faz uso, como a Risperidona, medicamento antipsicótico atípico que tem função de auxiliar na restauração de equilíbrio dos neurotransmissores no cérebro, atuando em sintomas de estado mental alterado por desordem mental (MALACHIAS, 2002; GONÇALVEZ; CRUZ, 2009).

Conforme apontado em Malachias (2002), Monzillo et al. (2004), e Gonçalves e Cruz (2009), a Dexametasona e a Hidrocortisona são medicamentos que pertencem à classe dos corticoides, um potente grupo anti-inflamatório e imunossupressor. A dexametasona no paciente em questão apresenta ação no SNC, que permite uma redução rápida do edema cerebral associado ao tumor e melhora dos sintomas. Pode causar insônia e reações adversas no trato gastrointestinal - Úlcera no estômago. Tal medicamento pode aumentar o nível de glicose, que precisa ser monitorado, o que irá levar a reajustes, levando ao uso de Insulina. A hidrocortisona, em caso de trauma ou doença grave e hipercalcemia associada ao câncer, reduz os sintomas de dor e inchaço (MALACHIAS, 2002; GONÇALVEZ; CRUZ, 2009).

Diante deste cenário apresentado, percebeu-se que os desdobramentos do enfermeiro, sobretudo ao estudante de enfermagem, levam-nos a desenvolver e dominar habilidades sob a condução do raciocínio clínico e a compreensão da adequação e melhor trato a ser aplicados às necessidades do paciente. Tal percepção, segundo Peixoto et al. (2017), torna-se importante por três motivos:

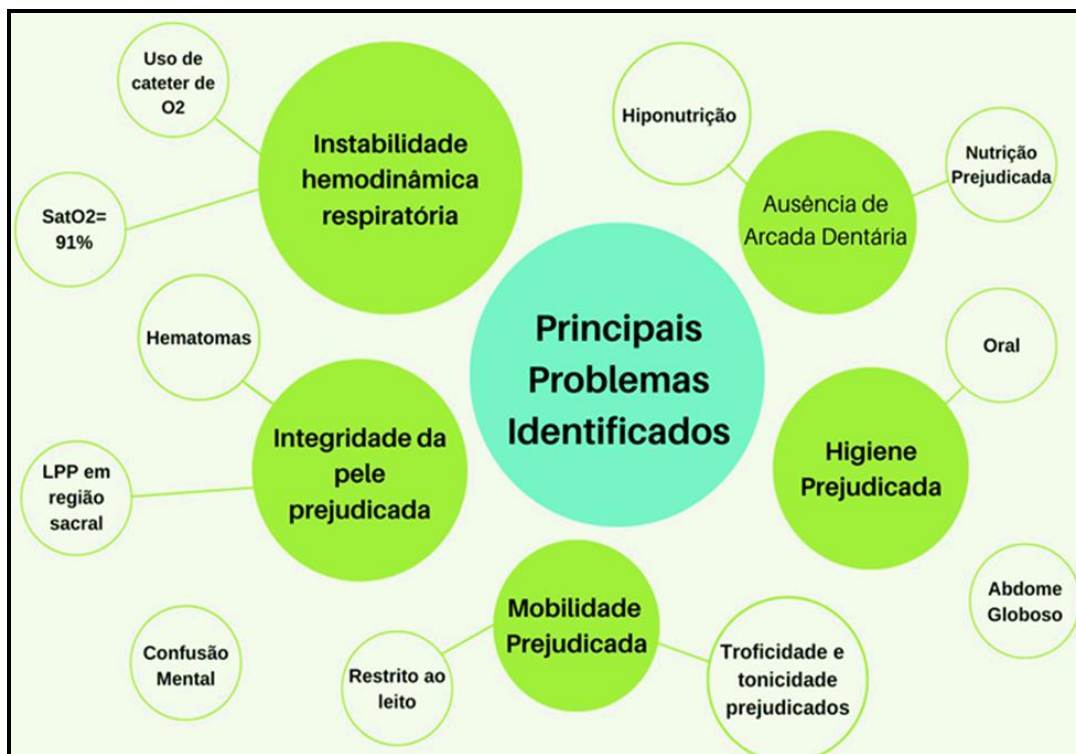
1. Necessidade de julgamentos independentes, de forma a atuar por uma visão racional da situação, sem imposições de outros profissionais;
2. Liberação do indivíduo, agindo de acordo com os próprios ideais, sempre levando em consideração os outros;
3. Necessidade de desenvolver a racionalidade nos julgamentos científico e clínico inerente ao processo de enfermagem, de forma a gerar mais bem cuidado para o paciente assistido.

O raciocínio clínico em enfermagem, que se baseia estritamente nas informações colhidas e diagnósticos apresentados, se torna então uma ferramenta essencial para o processo de julgamento intencional e reflexivo sobre os problemas de enfermagem apresentados, onde o foco é a tomada de decisões clínicas, visando a prestação de cuidados seguros e sugestões eficazes.

Há estudos, que norteiam entendimento e por meio de modelo acerca do raciocínio clínico e seu respectivo cuidado em enfermagem, como o apresentado por Risner (1986), onde descreve o processo de diagnosticar em fases separadas: análise (categorização dos dados e identificação de lacunas) síntese dos dados (agrupamentos das evidências clínicas em padrões, comparação dos padrões com teorias ou conceitos, inferências nas quais são feitas o julgamento clínico e proposição da relação etiológica dos achados) e estabelecimento dos diagnósticos propriamente ditos (RISNER, 1986; COSTA, 2015).

Assim, o diagnóstico de Risner (1986) é compreendido como um processo que auxilia na tomada de decisão, ao considerar a coleta de dados (proveniente da observação, comunicação e mensuração) e a interpretação desses dados, baseados no conhecimento científico e na experiência do profissional, o que leva à identificação e determinação do cuidado em enfermagem. Com base nisso, a fim de auxiliar na identificação dos diagnósticos de enfermagem, e diante da avaliação de Risner (1986) para identificação das lacunas de cuidado apresentados, pôde-se configurar sob síntese, o caso clínico do paciente X.X.X., conforme Figura 1, a seguir:

Figura 1. Síntese dos problemas identificados do paciente



Fonte: Dados dos autores.

Percebe-se que, dentre os vários exames obtidos e a estratégia de ensino, é possível ao estudante acompanhar a matriz no desenvolvimento do raciocínio clínico, capaz de proporcionar ao profissional da enfermagem uma prática mais acurada, tal como pode ser observado sobre uma síntese dos principais problemas evidenciados na Figura 1. Isso favorece ao bom entendimento sobre diagnóstico clínico suscitado, permitindo não apenas focar na doença, mas na sua gestão, contemplando o processo terapêutico como forma de valorizar a assistência a ser ofertada ao paciente pela enfermagem.

Nessa perspectiva de melhor oferecer trato clínico em enfermagem, o Quadro 5 suscita também os exames colhidos em dois momentos distintos: i) diagnóstico de enfermagem; ii) classificação e intervenção de enfermagem.

Quadro 5: Diagnóstico e Intervenções em Enfermagem

Diagnósticos e Classificações		Constatações Clínicas e Intervenções em Enfermagem
Diagnóstico Prioritário	Diagnóstico de enfermagem (NANDA)	Ventilação Espontânea Prejudicada: Reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida relacionado à idade e internação hospitalar evidenciado pela baixa saturação de oxigênio.
	Resultados esperados (NOC)	Espera-se que o paciente melhore ao padrão de ventilação de 96% com cateter nasal para ventilação espontânea em ar ambiente. Saturação de 95 - 99% sem uso de suplementação de oxigênio 1 litro/hora.
	Intervenções de enfermagem (NIC)	a) promover o posicionamento do paciente em posição adequada e confortável sempre que necessário: posição de fowler e semi-fowler. c) monitorar a função respiratória 4x ao dia de 6/6h (assistido em 07/13/19/01); d) caso alteração do padrão ventilatório - saturação <90%, contatar enfermeiro.; e) ajustar a oxigenoterapia sempre que necessário: 1 - 2 litros quando saturação < 90%, conforme prescrição médica.
Diagnóstico Secundário	Diagnóstico de enfermagem (NANDA)	Constipação (00011): evacuação infrequente ou difícil das fezes relacionado a menos de três eliminações intestinais por semana, evidenciado por mobilidade física prejudicada, ingestão insuficiente de fibras e líquidos.
	Resultados esperados (NOC)	Acompanhamento do paciente quanto a recuperação no padrão de eliminação intestinal de: sem evacuar, para evacuação diária ou a cada dois dias.
	Intervenções de enfermagem (NIC)	a) monitorar ruídos hidroaéreos de 6/6 horas e realizar anotação no sistema; b) oferecer ingestão de líquidos, diariamente, entre as refeições - 30 minutos antes ou depois de cada refeição; c) orientar família e paciente sobre dieta com teor elevado de fibras.

Fonte: Dados dos autores.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso clínico assistido trata-se, portanto, de um relato de experiência como discente numa disciplina que envolveu aprendizado prático baseado em problema vivenciado (real), em que as habilidades e capacidades despertaram o acompanhamento acerca do raciocínio clínico diante das informações e observações colhidas do paciente. Fatores também intervenientes nos procedimentos clínicos em enfermagem, puderam ser acompanhados e determinaram compreender as ações e decisões nas diferentes etapas do processo de enfermagem.

Nesse percurso, a contribuição da literatura associada à estratégia lúdica adotada para o ensino e avaliação acerca do processo de colhimento de informações e análises do raciocínio clínico em enfermagem, demonstraram que cada caso analisado remete à necessidade de testar estratégias, realizar levantamentos de informações inerentes ao paciente, reunir pesquisas acerca da enfermidade envolvida e disponibilizar meios apropriados sobre como servir com os cuidados clínicos. Tal atividade acadêmica contribuiu com a prática de colher a maior quantidade de informações do paciente e ter maior percepção quanto ao trato clínico em enfermagem, ao alcance

da maior lucidez e vivência aos problemas assistidos em um hospital, despertando necessidades por habilidades para o bom desempenho profissional sob as decisões do trato clínico.

Assim, diante dos diagnósticos de enfermagem assistidos, percebeu-se que a assistência em enfermagem de forma integral e individualiza em qualquer unidade de atendimento possibilita conhecer melhor o paciente, o que permite a prática de cuidados intensivos ser devidamente monitorada e receber cuidados especializados mais dinâmicos e precisos. A prática da enfermagem em terapia intensiva, como percurso assistido em uma disciplina, foi fundamental para o entendimento da melhor operacionalização não só dos cuidados e assistência oferecida em enfermagem, como também à importância de se adquirir informações pregressas e de exames que se sucederam, que, ora obtida, acompanhada e dependente da opinião de especialistas, diante dos diagnósticos que eram realizados.

Acredita-se em face dessa experiência assistida, tida como caso clínico, que melhorias sobre a prática de enfermagem em terapia intensiva vem se evoluindo com base em evidências como essas (monitoramento informacional), sobretudo quando se é possível agregar conhecimento desde a base formativa, onde é possível unir a aproximação dos estudantes aos casos clínicos reais assistidos. O que se espera como retorno dessa experiência é a capacidade de uma instituição de ensino gerar profissionais em enfermagem eficazes, capaz de formar bons enfermeiros e até mesmo despertar cientistas na área em prol de busca e aperfeiçoamento de melhores práticas de cuidado e assistência em unidade de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. G.; BATISTA, N. A. Desempenho docente no contexto PBL: essência para aprendizagem e formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 192-201, 2013.

AMÂNCIO, E. J. et al. Dor central devida a compressão do cortex parietal por tumor cerebral: relato de dois casos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 60, n. 2-B, p. 487-489, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2002000300028>

ÁVILA, G. S. et al. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, e79641, p. 1-10, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641>

BOMBARDA, T. B.; JOAQUIM, R. H. V. T. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 265-273, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020116>

CAVALCANTE, M. E. P. L. et al. Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 26, e20220001, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt>

CHANG, J. T. et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*, v. 328, n. 7441, p. 680-687, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7441.680>

GONÇALVES, R. D. R.; CRUZ, A. A. V. E. Midazolam oral como medicação pré-anestésica em blefaroplastias. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 72, n. 5, p. 665-668, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-27492009000500013>

JANSEN, R. C. S. et al. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>.

MALACHIAS, M. V. B. Feocromocitoma - Diagnóstico e Tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 2, p. 160-164, 2002.

MONZILLO, P. H. et al. Cefaléia numular: relato de caso. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 62, n. 3-B, p. 903-905, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000500034>

MORSE, J. et al. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. **Canadian Journal on Aging**, v. 8, n. 4, p. 366-377, 1989.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

RIBEIRO, L. R. de C.; MIZUKAMI, M. da G. An experiment with PBL in higher education as appraised by the teacher and students. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p.357-368, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200011>

RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. **Nursing process: application of theories frameworks, and Models**. 2. ed. Saint Louis: Mosby, 1986. pp. 124-151

ROMÃO, G. S.; BESTETTI, R. B.; COUTO, L. B. The use of clinical PBL in primary care in undergraduate medical schools. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, e143, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200115.ING>

SINGHAL A. Case-based learning in microbiology: Observations from a North West Indian Medical College. **International Journal of Applied and Basic Medical Research**. v. 7, n. 1, p. 47-51, 2017.

TEIXEIRA, C. C. et al. Vital Signs Measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1071-1078, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003970014>

UVINHA, R. R.; PEREIRA, D. Metodologias ativas de aprendizagem em ciências humanas e sociais. **ComCiência**, Ano 8, n. 115, p. 1-3, 2010.

YOSHIKAWA, G.; CASTRO, R. C. **Manual de semiologia médica: a prática do exame físico**. Belém: Eduepa, 2015.

Submissão: 08/01/2023

Primeira decisão editorial: 09/02/2023

Versão final: 09/02/2023

Aceite: 10/02/2023