

MANUAL PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DO ESTÁGIO CURRICULAR I

FACULDADE SÃO MIGUEL
NÚCLEO DE ESTÁGIOS
CURSO DE ENFERMAGEM

MANUAL PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DO
ESTÁGIO CURRICULAR I

RECIFE

APRESENTAÇÃO

O Estágio Supervisionado I tem por objetivo o desenvolvimento de atividades, por parte do aluno, relacionadas às funções atribuídas ao enfermeiro da estratégia da saúde da família, aplicando seu conhecimento teórico nas atividades práticas, aliado ao conhecimento teórico/prático do Enfermeiro do serviço nos seguintes programas: Saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde do idoso, PNI, tuberculose, hanseníase e vigilância epidemiológica nas doenças prevalentes.

SUMÁRIO

1. RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR I.....	06
2.0 ELEMENTOS COMPONENTES DO RELATÓRIO.....	06
2.1 Capa.....	06
2.2 Folha de rosto	06
2.3 Listas de siglas, símbolos ou abreviaturas.....	06
2.4 Sumário	06
2.5 Introdução	07
2.6 A Instituição.....	07
2.7 Desenvolvimento	07
2.8 Estudo de caso.....	08
2.9 Ações de Educação em Saúde.....	08
2.10 Diagnóstico da Área adscrita.....	08
2.11 Considerações finais.....	08
2.12 Referências	08
2.13 Anexos e/ou Apêndices.....	08
3.0 REDAÇÃO E LINGUAGEM	08
4.0 ORIENTAÇÕES GERAIS	08
5.0 AVALIAÇÃO DO RELATÓRIO	09
REFERÊNCIAS	10
ANEXOS	11
Anexo A	12
Anexo B	13
Anexo C	14
Anexo D	15

RELATÓRIO DO ESTÁGIO CURRICULAR I

1.0 CONCEITO

Um relatório é um conjunto de informações, utilizado para reportar resultados parciais ou totais de uma determinada atividade, experimento, projeto, ação, pesquisa, ou outro evento, esteja finalizado ou ainda em andamento.

O relatório do Estágio Curricular I visa descrever o local onde foi realizado o estágio, o período de duração do mesmo e as atividades desenvolvidas pelo aluno. Assim é de grande importância para a Instituição de Ensino, pois permite examinar e acompanhar as atividades desenvolvidas pelo aluno, o campo de estágio e os preceptores em serviço.

É necessário que o relatório seja bem elaborado, respeitando os requisitos como objetividade e linguagem adequada, utilizando para isso texto dissertativo e narrativo.

2.0 ELEMENTOS COMPONENTES DO RELATÓRIO

2.1 Capa

Deve conter a identificação do trabalho (título), o nome do curso e do aluno (ver anexo);

2.2 Folha de Rosto

Deve constar, em cabeçalho de página, obedecendo à sequência seguinte: o nome da Instituição de Ensino Superior, nome do Curso, logo abaixo o nome do enfermeiro(s); no centro da folha, o título do relatório; próximo à base da página, local e ano (ver anexo).

2.3 Lista de siglas, símbolos ou abreviaturas.

Relação das siglas, símbolos ou abreviaturas empregadas no decorrer do texto, acompanhados dos significados correspondentes e apresentados em ordem alfabética, quando superiores a cinco (ver anexo);

2.4 Sumário

Apresenta a relação dos assuntos abordados, com as páginas correspondentes, na ordem em que aparecem no relatório. Apresenta os seguintes dados:

- a) Indicativo numérico, quando houver;
- b) Título do capítulo ou sessão, com o mesmo tipo de letra utilizado no texto;
- c) Número da página inicial do capítulo/sessão ligada ao título por linha pontilhada. (ver anexo)

2.5 Introdução

É a abertura do trabalho, o qual deve apresentar o objetivo, sua finalidade e sua aplicação, o tema que será abordado, onde e quando aconteceram as atividades. Deverá apresentar no mínimo 15 linhas e máximo de 30.

2.6 A Instituição

Neste item apresenta-se um breve histórico da unidade de saúde, limitando-se a no máximo uma página.

2.7 Desenvolvimento

Apresentar o relato das atividades desenvolvidas durante o estágio na área específica de Enfermagem, expondo a visão crítica em relação ao SUS e aos programas desenvolvidos no serviço. O aluno deverá separar as atividades por programas, se a mesma atividade foi desenvolvida várias vezes, o relato deve se limitar numa única descrição, de forma objetiva, **relatando como acontecia na Unidade de Saúde**. O desenvolvimento deve ser dividido em seções e subseções, tantas quantas forem necessárias.

2.8 Estudo de Caso

O aluno deverá apresentar estudo de caso ao Enfermeiro da Unidade de Saúde e anexá-lo ao relatório final. O aluno deverá escolher um usuário da USF que apresente alguma patologia. Elementos obrigatórios do estudo de caso: Estudo da patologia (sucinto) e Sistematização da Assistência de Enfermagem (histórico de enfermagem, exame físico, evolução de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, prescrições de enfermagem e avaliação da assistência).

2.9 Ações de Educação em saúde

O Aluno deverá descrever as orientações e atuação na educação em saúde como palestras, formação de grupos, orientações tanto aos funcionários quanto a comunidade.

2.10 Diagnóstico da Área Adscrita

O diagnóstico deverá ser construído a partir da coleta de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) através do consolidado das fichas A disponível nas unidades (além da pesquisa de campo, mapeamento, etc) e nas secretarias de saúde dos municípios. **Ao final do Diagnóstico, o aluno deverá descrever os pontos mais importantes observados por ele, fazendo assim uma análise dos dados descritos através de gráficos dando sugestões para melhoria da situação encontrada, de forma que o leitor possa interpretar e entender de forma clara e simples o que se deseja informar. Deverá ser construído também um mapa (manualmente) com dados atualizados da área, sob orientação do supervisor e preceptor em serviço.**

2.11 Conclusão

Compreende as deduções obtidas ao longo do estágio de acordo com os objetivos apresentados. Inclui a análise do estágio curricular I, dos

conhecimentos adquiridos e das habilidades desenvolvidas, apresentando considerações, vantagens e dificuldades encontradas, assim como, recomendações para melhorar o serviço. **(Realizar uma análise crítica construtiva de acordo com o SUS e a realidade da USF e suas possíveis soluções)**

2.12 Referências

É a relação das obras citadas no texto de documentos, livros, sites , dentre outros, seguindo as normas vigentes da ABNT. (ver anexo) Observação: Consultar normas da ABNT 6023:2002.

2.13 Anexos e/ou apêndices

Os anexos devem conter elementos não elaborados pelo autor (formulários específicos da unidade de saúde). Os apêndices são elementos elaborados pelo próprio autor (fotografias e mapa da área)

3.0 REDAÇÃO E LINGUAGEM

A linguagem utilizada deve ser clara, coerente, concisa e impessoal, ou seja, verbos na terceira pessoa (Por exemplo: Trata-se, Percebia-se, Necessita-se...), empregando os termos técnicos e científicos, inerentes à área de saúde.

O termo “**etc**” não deve ser usado ao fim de uma enumeração, pois nada acrescenta ao texto. As abreviaturas, quando citadas pela primeira vez, devem ser citadas por extenso, seguida de sua abreviatura.

O aluno deverá atentar para correta ortografia e concordância dos termos da Língua Portuguesa.

4.0 ORIENTAÇÕES GERAIS

4.1 Se a unidade concedente de estágios absorver mais de um aluno na mesma equipe, o relatório poderá ser único para os alunos. No caso ser existência de mais de

um aluno em equipes diferentes de uma mesma unidade, o relatório também poderá ser feito em conjunto só que, com diagnósticos de áreas respectivos para cada equipe.

4.2 Deve-se utilizar folha A4, espaçamento 1,5, letra Times New Roman ou Arial, no tamanho 12. A margem superior e esquerda deverão ter 03 cm, enquanto que a inferior e a direita, 2cm.

4.3 Os títulos dos capítulos devem apresentar-se totalmente em letras maiúsculas, podendo ou não receber característica, como negrito, e enumerado, o que facilita sua localização no texto.

4.4 As páginas devem ser enumeradas a partir da introdução, porém contadas a partir da folha de rosto (canto superior direito).

4.5 Quando utilizar figuras deve constar além da numeração, a legenda, ou título, precedida da palavra FIGURA e do número correspondente.

4.7 O relatório deverá ser entregue impresso e encardinado, com uma cópia em unidade de CD-ROOM, que deverá estar identificado com **nome dos alunos, matrículas, instituição de estágio e título.**

4.9 Observar as normas da ABNT para citações diretas e indiretas.

4.10 O relatório deverá ser entregue por unidade, pelo aluno ou grupo que realizou o estágio, por turno, até o dia 5º dia útil após conclusão do estágio;

4.9 As fichas de frequência e a ficha de avaliação devem ser entregues assinadas pelo aluno, preceptor e supervisor, estes dois últimos necessitam ainda carimbar todas as vias, junto ao relatório final, por ordem alfabética e cronológica, na pasta fornecida pela faculdade.

5.0 AVALIAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

5.1 Os relatórios que não obedecerem aos critérios acima serão recusados pela Supervisão de Estágios e aqueles que forem identificados como plágios serão encaminhados para apreciação da coordenação do curso;

5.2 A pontuação do relatório será de zero (0,0) a dez (10,0) sendo avaliado pela Coordenação do Curso;

5.3 Qualquer questionamento deverá ser enviado por escrito à Coordenação do Curso, onde será analisado pela gerência de estágios, coordenação e diretoria acadêmica. A resposta será enviada ao aluno num prazo máximo de 15 dias úteis

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 14724: relatórios técnicos – científicos. Rio de Janeiro, 2005.

GONÇALVES, Eliane S. Baretta; BIAVA, Lurdete Cadorim. Manual para Elaboração do Relatório de Estágio Curricular. 6. Ed. Florianópolis, 2007.

ANEXOS

ANEXO A – Modelo de Capa (Diagramação - Folha A 04)

FACULDADE SÃO MIGUEL
CURSO DE ENFERMAGEM

NOME DO(S) ALUNO(S)

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
DURANTE O ESTÁGIO CURRICULAR I

RECIFE

2017

ANEXO B – Modelo de Folha de Rosto (Diagramação - Folha A 04)

NOME DO ALUNO (OS)

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
DURANTE O ESTÁGIO CURRICULAR I

Relatório das Atividades
Desenvolvidas na Unidade de
Saúde, como requisito à
disciplina de Estágio Curricular I.

RECIFE

2017

ANEXO C – Exemplo de lista de siglas, símbolos e abreviaturas (Diagramação - Folha A 04)

LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
FC – Frequência Cardíaca
HAM – Hospital Agamenon Magalhães
ICC – Insuficiência – Cardíaca Congestiva
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS – Sistema Único de Saúde

ANEXO D – Exemplo de sumário (Diagramação - Folha A 04)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. INSTITUIÇÃO	07
3. DESENVOLVIMENTO	08
3.1 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	08
3.2 VISÃO CRÍTICA DO SERVIÇO AOS PRINCÍPIOS DO SUS	09
3.3 VISÃO CRÍTICA DA USF	10
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS	16
ANEXOS	17
Anexo A – Modelo da Ficha SSA2.....	17
Anexo B – Ficha de Avaliação.....	18
APÊNDICE	18
Apêndice A – Foto da Instituição	19
Apêndice B – Estudo de caso.....	20

ANEXO E – Roteiro do Estudo de Caso

O estudo de caso deverá ser realizado com base no plano de cuidados ao paciente, tendo como título: “SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO: ESTUDO DE CASO” (exemplo).

O estudo de caso deve ser individual, obrigatório para todos os alunos, inclusive do interior, devem ser seguidos os critérios da ABNT, e a nota do estudo de caso é item presente na ficha de avaliação do campo prático.

No desenvolvimento do estudo de caso deverão constar:

- O estudo da patologia;
- SAE: Relato do exame físico, evolução de enfermagem, diagnósticos de enfermagem (no mínimo 6 e no máximo 12 diagnósticos de enfermagem) e prescrições de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados, conforme roteiro abaixo;
- Exames diagnósticos realizados pelo paciente (o aluno deverá saber interpretar os exames);
- Medicações em uso e suas indicações.

O estudo de caso, trabalho escrito, deverá ser anexado ao relatório final e ser entregue ao término do estágio, assinado e carimbado pela enfermeira que avaliou.

Observações:

- **Individual;**
- **Obrigatório, para todos os alunos;**
- **Deverá ser elaborado baseado no Planejamento da Assistência de Enfermagem;**
- **Seguir os critérios da ABNT;**
- **Colocar referências no decorrer do trabalho;**

- Deverá ser apresentado à enfermeira e / ou supervisora, preceptora em serviço;
- Item presente na ficha de avaliação (0 -10 pontos)

- Itens Obrigatórios:

- ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS

Capa; Folha de rosto; Lista de siglas, símbolos ou abreviaturas; Sumário.

- INTRODUÇÃO

- OBJETIVO

- ESTUDO DA PATOLOGIA

- CONCEITO
- FISIOPATOLOGIA
- QUADRO CLÍNICO
- EXAMES DIAGNÓSTICOS
- TRATAMENTO

- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- HISTÓRICO DE ENFERMAGEM E EXAME FÍSICO;
- EXAME FÍSICO;
- EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM;
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM;

Exemplos:

1) **Integridade Cutânea Comprometida** relacionada à incisão cirúrgica evidenciada por lesão do tecido conjuntivo e invasão da estrutura orgânica;

2) **Dor** relacionada ao trauma tecidual ligado ao procedimento cirúrgico evidenciado por descrições de dor;

- PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM)

- PROGNÓSTICO

- CONSIDERAÇÕES FINAIS

- REFERÊNCIAS

- ANEXOS **

** Exames e suas alterações / interpretações, o aluno deverá transcrever os exames que justifiquem o diagnóstico do paciente.

** Medicções (dosagem, via de administração, tempo de tratamento, indicações);

- REFERÊNCIAS PARA ELEBORAÇÃO DO CASO CLÍNICO:

- CARPENITO-MOYET, L.J. Manual de diagnósticos de enfermagem. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

- DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M.F.; GEISSLER, A. C. Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

- FISCHBACH, F.T. Manual de Enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

- NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008.

- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G., Brunner/ Suddarth **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan 2002 9ª edição.

- TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.