

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**ALINE CRISTIANE ALVES**

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO ACOLHIMENTO  
NO PRONTO ATENDIMENTO 24 HS FUNDAMENTADA EM WANDA  
DE AGUIAR HORTA**

**CRICIÚMA, JUNHO DE 2011.**

**ALINE CRISTIANE ALVES**

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO ACOLHIMENTO  
NO PRONTO ATENDIMENTO 24 HS FUNDAMENTADA EM WANDA  
DE AGUIAR HORTA**

Trabalho de conclusão de curso como pré-requisito para obtenção do grau de Especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Esp. Luciana Rosa

**CRICIÚMA, JUNHO DE 2011.**

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho a minha família, em especial a meu marido Everson, meus filhos Everson Junior, Lara e Luma que compartilharam comigo cada passo nesta caminhada, sempre me dando forças e acreditando no meu crescimento pessoal e profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

**A Deus e aos Anjos**, pela existência e proteção, por estar presente em todos os momentos de minha vida me dando forças, iluminando-me, guiando-me nesta trajetória que escolhi;

**A meus pais, Jovenal e Zanete**, por estarem sempre presentes me ajudando e me incentivando;

**A meus sogros, Devair e Josefa**, que sempre me apoiaram nas minhas decisões, estiveram presentes me incentivando, compartilhando comigo mais esta etapa vencida;

**A meu marido Everson**, pelo carinho, dedicação, companheirismo e compreensão dedicados a mim nestes anos, que muitas vezes assumiu o papel de pai e de mãe de nossos filhos na minha ausência;

**Aos meus filhos Everson Junior, Lara e Luma**, pelos momentos de ausências, em especial ao meu filho pela paciência e compreensão da falta de tempo, de espaço e de abraços;

**As professoras**, pelo incentivo, apoio e dedicação, em participarem como testemunhas desta caminhada: meu eterno agradecimento.

**Aos meus colegas de curso**, pela aprendizagem conjunta, pelo sofrimento, alegrias e experiências compartilhados juntos;

**A Orientadora Profa. Enfa. Luciana Rosa**, por me apontar caminhos para execução e conclusão deste trabalho;

**A meus colegas de trabalho**, em especial a todos do Pronto Atendimento 24 horas que foram minha segunda família, vivenciando comigo cada passo dado neste período de especialização;

**A todos** que fizeram parte deste trabalho e que contribuíram direta ou indiretamente para que este sonho se concretizasse.

**Obrigada!!!**

## RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe um grande avanço para o sistema de saúde do país, mas dificuldades em possibilitar acesso aos serviços de saúde e garantir resolutividade da assistência surgem como desafios a serem superados. As emergências hospitalares e pronto-atendimentos são reconhecidos como porta de entrada do sistema e sofrem com a superlotação dos serviços e incapacidade de ordenar os atendimentos de forma a identificar e priorizar os mais necessitados. Neste contexto, buscando contribuir para a solução desses problemas cria-se a Política Nacional de Humanização (PNH), destacando-se dentro desta, os dispositivos do acolhimento e da avaliação com classificação de risco, que surgem buscando conferir um impacto positivo na reorganização das relações de trabalho e assistência nos setores de emergência e pronto atendimento. O presente estudo elencou como questão norteadora: que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a atenção de enfermagem no processo de acolhimento em um Pronto Atendimento 24Hs, fundamentada em Wanda Horta? Buscando responder esta questão traçou-se como objetivo geral: Desenvolver e aplicar uma proposta de prática assistencial de enfermagem para atenção ao acolhimento a um grupo de pacientes. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso. Foram realizadas cinco consultas de enfermagem com pacientes que procuram o serviço de pronto atendimento. Para tanto, respeitou-se os aspectos éticos em conformidade com a resolução 196 de 1996. Observou-se uma demanda muito grande de pacientes que buscam atendimento imediato a problemas de saúde muitas vezes, solucionados em serviços ambulatoriais. Notou-se ainda a falta de informação dos pacientes e a busca imediata por resolutividade de seu problema. A incorporação de um processo de acolhimento pode ser utilizada como estratégia durante todo o desenvolvimento da atenção à saúde do usuário que procuram atendimento.

**Palavras – chave:** acolhimento, urgência e emergência.

## ABSTRACT

The creation of the Unified Health System (SUS) has brought a major breakthrough for the country's health system, but difficulties in providing access to health services and ensure outcomes of care emerge as challenges to be overcome. Emergencies and hospital emergency care are recognized as the gateway system and suffer from overcrowding of services and inability to sort the calls in order to identify and prioritize the most needy. In this context, seeking help to solve these problems it creates the National Humanization Policy (NHP), especially within this, the devices and the host of an evaluation rating, which arise in the search confer a positive impact on the reorganization of labor relations and assistance in emergency departments and emergency care. This study listed the following guiding question: what strategies can be developed to describe the nursing care process in the host in an Emergency Department 24Hs, based on Wanda Horta? Trying to answer this question drew up general objective is to develop and implement a proposed practice of nursing care for the host to a group of patients. This is a qualitative study, the type of case study. A total of five visits by nurses to patients seeking emergency service. To do so, it respected the ethical aspects in accordance with resolution 196 of 1996. There was a very big demand from patients seeking immediate care to health problems often solved in outpatient services. It was noted also the lack of information to patients and immediate search for solving your problem. The incorporation of a reception process can be used as a strategy throughout the development of health care user seeking treatment.

**Key - words:** care, emergency care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**COREN** - Conselho Regional de Enfermagem

**COREN-MG** - Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais

**COREN-SC** - Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina

**HumanizaSUS** - Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS

**MS** - Ministério da Saúde

**PNH** - Política Nacional de Humanização

**QUALISUS** - Política Nacional de Qualificação do SUS

**SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>11</b>
2.1 SUS e o Acolhimento .....	11
2.2 Acolhimento nos Serviços de Urgência e Emergência.....	13
2.3 A Enfermagem Inserida no Contexto do Acolhimento.....	17
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
3.1 WANDA HORTA - Teoria das necessidades básicas .....	19
3.2 Conceitos Inte-Relacionados.....	20
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>22</b>
4.1 Abordagem Metodológica.....	22
4.2 Tipo de Pesquisa.....	22
4.3 Local do Estudo.....	23
4.4 Sujeitos do Estudo .....	23
4.5 Coleta de Dados.....	23
4.6 Aspectos Éticos.....	25
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
5.1 Caracterização do Campo de Estágio .....	26
5.2 Tema 1: Relato Das Atividades Desenvolvidas.....	27
5.3 Tema 3: Avaliação Da Prática Assistencial .....	28
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>34</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>38</b>
Apêndice A – Ofício de Encaminhamento .....	39
Apêndice B – Protocolo de Consulta de Enfermagem Segundo Wanda Horta .....	40
Apêndice C – Avaliação da Prática Assistencial Segundo O Olhar do Enfermeiro do Setor .....	45
<b>ANEXOS</b> .....	<b>46</b>
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	47

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Os serviços de urgências e emergências têm se caracterizado pela superlotação, ritmo acelerado e desordenado, ocorrendo uma sobrecarga no atendimento nestes setores.

Vivenciamos uma era onde a evolução tecnológica é muito rápida, exigindo dos profissionais uma busca constante do conhecimento. Com isso o enfermeiro, profissional que atua com o cuidar, deve buscar o conhecimento e a qualificação para possibilitar melhora na aplicação de seus conhecimentos técnico-científicos e no uso da metodologia de assistência de enfermagem de forma sistematizada para alcance do cuidado com qualidade e eficiência para o cliente.

A enfermagem é uma ciência e como tal está interessada em aprimorar a assistência de enfermagem prestada aos usuários que procuram atendimento em saúde, desenvolvendo e aplicando seus conhecimentos visando uma assistência de qualidade.

A Atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescência, recuperação e reabilitação.

As unidades de urgência e emergência podem ser consideradas como um dos serviços de maior complexidade da assistência, com maior fluxo de atividades de profissionais e necessidades dos usuários. Nestes locais são exigidos, uma assistência imediata, eficiente e de amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e emprego de recursos tecnológicos.

Entretanto, com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observa-se um enorme fluxo de circulação desordenada de usuários nas portas dos Prontos Socorros, tornando necessária a reorganização do processo de trabalho nestas unidades de atendimento.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004),

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnico, éticos, humanitários e de solidariedade reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde. (BRASIL, 2004, p 5).

Desta forma o acolhimento segundo Programa Nacional de Humanização é uma estratégia de interferência nos processos de trabalho onde,

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústia e invenções. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde. (BRASIL, 2004, p 9).

Deste modo, em relação ao que foi citado anteriormente este trabalho busca o desenvolvimento e aplicação de um método de assistência de enfermagem que possa compreender as necessidades no acolhimento dos pacientes que buscam o atendimento em um pronto atendimento 24hs.

Portanto se elencou como questão norteadora: que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a atenção de enfermagem no processo de acolhimento em um Pronto Atendimento 24hs, fundamentada em Wanda Horta.

Para que pudesse responder a questão norteadora traçou-se como objetivo geral: Desenvolver e aplicar uma proposta de prática assistencial de enfermagem para atenção ao acolhimento a um grupo de pacientes fundamentada em Wanda Horta em um pronto atendimento 24hs. Como objetivos específicos: realizar um levantamento e traçar um perfil da população que procuram o pronto atendimento 24hs, identificar as ações desenvolvidas no pronto atendimento 24hs, verificar o envolvimento da equipe no processo de acolhimento aos pacientes que procuram o pronto atendimento 24hs, desenvolver estratégias de enfermagem para melhorar a qualidade no processo de acolhimento aos pacientes que procuram o Pronto Atendimento 24hs, elaborar um protocolo de consulta de enfermagem aos pacientes que procuram o pronto atendimento 24hs, com base na Teoria de Wanda Horta, aplicar a consulta de enfermagem desenvolvida aos pacientes que procuram o pronto atendimento 24hs, e que participaram da prática assistencial, avaliar a proposta desenvolvida segundo o olhar do enfermeiro e dos pacientes participantes da prática assistencial.

Para que se pudesse apresentar o estudo de forma mais organizada propôs-se: **Capítulo 1** – Contextualização, em que se apresentam a justificativa, questão norteadora, objetivo geral e objetivos específicos. **Capítulo 2** – Revisão de literatura: neste capítulo estão explanados; os conteúdos que dão subsídios teóricos referentes ao acolhimento. **Capítulo 3** – Referencial Teórico. **Capítulo 4** -

Metodologia: são apresentados os caminhos percorridos para o alcance dos objetivos; **Capítulo 5** – Apresentação e discussão dos resultados: utilizou-se a categorização proposta por Minayo (2008), **Capítulo 6** – Considerações finais e **Capítulo 7** – Referências.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 SUS e o Acolhimento

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um produto da reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para aprovar novas políticas e novos modelos de organização de sistemas e práticas de saúde. Tal mobilização teve como principal objetivo formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudáveis, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e segurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir à saúde. (VASCONCELOS E PASCHE, 2008).

A partir destas mobilizações que a constituição promulgada em 1988, conhecida como constituição cidadã, já que uma de suas marcas foi o reconhecimento de muitos direitos de cidadania, delineou o Sistema Único de Saúde (MATTOS, 2006). Assim, o SUS inicia sua trajetória com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tomando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

Conforme reza na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), em seu artigo 196, a saúde é então garantida e reconhecida como: [...] direito de todos e dever do estado, garantido mediante a políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e reuperação.

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, garantido mediante políticas sociais e econômicas à redução do risco de doença e de outros agravos (SAMU). A partir daí, o SUS tem procurado sua superação e a construção de ações que concretizem seus princípios e diretrizes, incluindo propostas como ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância e promoção da saúde. (CARVALHO, et al 2008, p 94).

O Ministério da Saúde (MS) propôs por meio do programa Humaniza SUS, a humanização como eixo norteador das praticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. De acordo com tal programa, humanizar é: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos

profissionais”. (BRASIL, 2007).

Conforme Gallo, Mello (2009 v.5, p.1), “quando se fala em humanização, pensa-se na descentralização de atendimento e remete-se a necessidade de resgate de um atendimento mais humano que seja capaz de focar a dignidade das pessoas em situação de necessidade de cuidados e atenção”.

Nesta linha o Ministério da saúde passa a elaborar políticas públicas para reorganizar a assistência das unidades de saúde em todos os níveis, buscando atender as reais necessidades da população. Destacam-se neste plano a Política Nacional de Qualificação do SUS (QualiSUS), a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção às Urgências.

O QualiSUS tem o objetivo de qualificar a assistência dos serviços de saúde, oferecendo apoio na implantação de programas e de outras políticas, por meio do acompanhamento *in loco* por profissionais do Ministério da Saúde na construção e na ampliação das citadas políticas e fornecendo subsídios para compra de equipamentos e adequação física que muitas vezes necessárias para o funcionamento dos serviços. (BRASIL, 2009).

Por meio da criação da PNH, HumanizaSUS, entre outras propostas, inicialmente, buscou-se modificar o modelo de atendimento das unidades básicas por meio do uso de uma nova estratégia de trabalho e interação entre profissionais e usuários: o acolhimento. Surge como uma proposta para enfrentar o desafio de criar um modelo de atenção e gestão das práticas de saúde, que tome como espelho os princípios do SUS, priorizando o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. (BRASIL, 2004).

O acolhimento significa a humanização do atendimento, isto é, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde e com seus usuários, atuando como uma tecnologia para a reorganização dos serviços. (FRANCO et al 1999).

Ele pode atuar ainda como uma ferramenta assistencial que segundo Miranda e Miranda (1996), se juntam às relações humanas e habilidades interpessoais dos profissionais que atendem os usuários.

O acolhimento denota um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e definir respostas mais adequadas aos usuários, prestando um atendimento resolutivo e responsável.

(BRASIL, 2008).

Tradicionalmente o acolhimento pode ser pensado como uma estrutura física confortável e uma forma de triagem para repassar os casos que extrapolam a capacidade de atendimento do serviço, o que é um equívoco. Mais do que isso, o acolhimento é uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e criatividade, não constituindo uma simples triagem, pois não se constitui como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (BRASIL, 2006b)

Rocha (2009) cita que o acolhimento é uma mudança de paradigma, de forma a atender todas as pessoas que buscam os serviços de saúde e implica em proporcionar atendimento individualizado ao usuário por uma equipe de saúde com vistas à identificação ao potencial de risco, orientação, priorização e encaminhamento resolutivo do usuário de acordo com os princípios de Sistema Único de Saúde.

## **2.2 Acolhimento nos Serviços de Urgência e Emergência**

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar resposta mais adequada aos usuários.

Os serviços de urgência e emergência constituem uma importante porta de entrada para os usuários que buscam resolução para os mais variados problemas de saúde, gerando atendimento evitáveis ou desnecessário, evidenciando a necessidade de um modelo assistencial e estratégia de acolhimento. (ROCHA, 2009, s/p).

Com a crescente demanda e a procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas de pronto-socorros, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho destes serviços de saúde para possibilitar uma maneira de atender os variados níveis de especialidade, com resolutividade na assistência prestada, de forma que o atendimento oferecido seja de acordo com os diferentes

graus de necessidades ou sofrimento e não o mais impessoal e por ordem de chegada. (BRASIL, 2004)

Os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda por atendimento de urgência e emergência devido, principalmente, ao aumento do número de acidentes e violência urbana, e ao modelo de enfrentamento das condições crônicas na lógica das condições agudas.

A realidade da superlotação dos pronto-socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais destes serviços, como o atendimento por ordem de chegada sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes. Este aumento da demanda, acrescido à insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído de forma substancial para a sobrecarga dos serviços de atendimento de Urgência e Emergência disponibilizadas à população. (BRASIL, 2006a).

Os serviços de urgência e emergência públicos superlotados freqüentemente são focos de problemas por não conseguirem oferecer uma qualidade ideal no atendimento aos usuários e acabam por atrair a atenção e a preocupação da população. (MACHADO et al., 2007).

MAGALHÃES et al, (1998, p.183) ressalta que:

O tempo de espera prolongado, a falta de contato com a equipe de saúde e a distância física entre o cliente e os recursos para atendimento de emergência são fatores que aumentam o risco de vida das pessoas que buscam os serviços de saúde, propiciando o agravamento de situações de urgência e impossibilitando a detecção precoce das prioridades e casos de emergência técnicas.

Ciente dos problemas existentes, o Ministério da Saúde Brasileiro vem buscando alternativas para a organização da rede de atenção às Urgências e Emergências, tendo sido instituída em 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências. Esta política é pautada, sobretudo na necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos pronto-socorros. (BRASIL, 2006a).

Contudo, apesar dos esforços para organização e estruturação da rede de atenção às urgências e emergências, os pronto-socorros ainda continuam sendo

os locais mais procurados pelos indivíduos, independente do grau de complexidade ou gravidade de sua queixa.

Neste sentido, segundo Albino et al. (2007) medidas têm sido adotadas para a organização desta demanda elevada, no intuito de minimizar o risco para os pacientes que esperam por atendimento médico, e apontam a triagem estruturada como uma das medidas mais importantes, uma vez que permite que pacientes mais graves sejam atendidos primeiro.

Estudos citados por Everidge et al (1998) classificam os seguintes itens como objetivos da triagem: identificar rapidamente pacientes com condições que apresentam risco a vida; determinar a área de tratamento mais adequada para pacientes que procuram o serviço de emergência; diminuir o congestionamento nos serviços de emergência; fornecer uma avaliação previa dos pacientes; fornecer informação aos pacientes e familiares acerca do serviço, cuidado esperando e tempo de espera; contribuir com informação que ajude a definir a eficácia do serviço.

O significado de triagem na língua portuguesa é escolha, seleção. Triar vem do verbo francês e significa triar, tipar, escolher, e aplicado à área da saúde, o termo significa que é um processo no qual haverá priorização do atendimento, mas com escolha de quem receberá ou não atendimento médico. (FERREIRA, 2001).

As unidades de emergência são locais adequados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididos em pronto atendimento, pronto socorro e emergência. (WEHBE, GALVÃO 2001).

O Ministério da Saúde (1985) define:

- ✓ Pronto atendimento como a "unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato";
- ✓ Pronto socorro é o "estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante às 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação";
- ✓ Emergência é a "unidade destinada a assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato".

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1451, de 10/03/1995, temos:

- Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco

potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

- Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Segundo o SAMU: emergências são situações que apresentem alteração do estado de saúde, com risco iminente de vida. O tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos, sendo que, urgências são situações que apresentem alteração do estado de saúde, porém sem risco iminente de vida, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento médico com a maior brevidade possível. O tempo para resolução pode variar de algumas horas até um máximo de 24 horas.

No Brasil preconiza-se o termo Acolhimento com Classificação de Risco, que é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

São objetivos da classificação de risco (BRASIL, 2004):

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro humanizando o atendimento;
- Descongestionar o pronto-socorro;
- Reduzir o tempo de espera para o atendimento médico;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;
- Informar os tempos de espera;
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;
- Retornar informações a familiares.

O usuário que antes chegava a um serviço e aguardava seu atendimento por ordem de chegada, atualmente, por meio da utilização do acolhimento com avaliação e classificação de risco, passa ser avaliado e classificado dentro de parâmetros técnicos que irão definir a necessidade de atendimento desse usuário e agilidade que este atendimento terá considerando o quadro apresentado no momento da avaliação.

Desta forma, acolhimento com avaliação e classificação de risco implica na determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de

protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, visando atenção centrada no nível de complexidade. Assim, exerce-se uma análise (avaliação) sob a ótica de um protocolo pré-estabelecido, e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. A classificação de risco é considerada um dispositivo de humanização do atendimento, na medida em que o atendimento deve ser priorizado de acordo com a gravidade clínica e não de acordo com a ordem de chegada ao serviço. (BRASIL, 2004).

### **2.3 A Enfermagem Inserida no Contexto do Acolhimento**

A enfermagem tem como compromisso produzir cuidados integrais de saúde, buscando o atendimento das necessidades de saúde dos seres humanos nas diferentes fases do ciclo vital, tanto no âmbito dos serviços públicos de saúde, quanto nos serviços privados. (BRASIL, 2000).

A enfermagem participa como equipe de saúde do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco que é uma tecnologia do Ministério da Saúde, fundamentada em padrões internacionais estabelecidos pelo “protocolo Manchester”. (PROTOCOLO MANCHESTER, 1997)<sup>1</sup>.

Esta tecnologia situa-se no escopo da Política Nacional de Humanização, com vistas a dinamizar a identificação dos usuários que necessitam de pronto atendimento, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco requer protagonismo da equipe de saúde, reorganização do trabalho e intervenção compartilhada pela equipe multiprofissional responsável pela escuta e resolutividade dos problemas do usuário. A equipe de enfermagem é parte desta equipe multiprofissional, tendo o enfermeiro uma função preponderante no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. (COREN, 2010)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>[http://www.abenpr.org.br/controle/arq\\_usuario/mural/classificacao\\_de\\_risco\\_-\\_posicionamento\\_do\\_coren-sc.pdf](http://www.abenpr.org.br/controle/arq_usuario/mural/classificacao_de_risco_-_posicionamento_do_coren-sc.pdf) ACESSO EM 19/09/10

<sup>2</sup>[http://www.abenpr.org.br/controle/arq\\_usuario/mural/classificacao\\_de\\_risco\\_-\\_posicionamento\\_do\\_coren-sc.pdf](http://www.abenpr.org.br/controle/arq_usuario/mural/classificacao_de_risco_-_posicionamento_do_coren-sc.pdf) ACESSO EM 19/09/10

A enfermagem se insere neste contexto, na medida em que o enfermeiro tem sido o profissional indicado para ser o responsável por classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência. Esta atividade está fundamentada na Lei do Exercício Profissional Nº 7498/86 e no Parecer Técnico 001/2009 emitido pelo COREN/SC.

Os Conselhos Regionais de Enfermagem - COREN tem emitido pareceres diferentes sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco, dentre os quais pode-se citar:

Parecer COREN-MG Nº. 010/2007: “O acolhimento com classificação de risco deverá ser implantado e realizado por profissionais de nível superior, devidamente treinado mediante a existência de protocolos técnicos e administrativos da Unidade. Os membros da equipe de enfermagem podem participar do acolhimento mediante definição clara de atribuições e competências previamente estabelecidas em protocolo”.

Para o exercício legal de sua profissão, o enfermeiro que realiza a classificação de risco deve ser orientado por um protocolo direcionador, entendendo por protocolo *“algo que se pré-dispõe a por algo pronto a ser utilizado, por meio de recursos a ele atribuídos, ou ainda, é a padronização de leis e procedimentos que são dispostos à execução de uma determinada tarefa”*. (WIKIPEDIA, 2008).

A utilização de protocolos direcionadores é importante, pois visa diminuir o viés de subjetividade implicado na avaliação da queixa do paciente que procura o serviço de urgência e emergência.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 WANDA HORTA - Teoria das necessidades básicas**

Nasceu em 11 de agosto de 1926, natural de Belém do Pará, filha de Alberico Herketh de Aguiar e Felice Cardoso de Aguiar. Em 1936 a família Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1948. Licenciada em História Natural pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade do Paraná, Curitiba em 1953. Pós-graduada em pedagogia e didática aplicada à Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1962.

Doutora em Enfermagem, na Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro com a tese intitulada "A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos", apresentada à cadeira de Fundamentos de Enfermagem, Rio de Janeiro, em 31 de outubro de 1968. Professora livre-docente, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1970. Professora Adjunta, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, concurso realizado em 2 de abril de 1974.

Trabalhou em diversas instituições no período de 1948 a 1958 entre as quais destacamos, Chefe de Enfermagem do Serviço de Enfermagem do Hospital Central Sorocabano, São Paulo, no período de 1954 a 1955 e como professora do Curso de Auxiliares de Enfermagem do Hospital Samaritano, São Paulo, no período de 1956 a 1958. Na escola de enfermagem da Universidade de São Paulo no período de 1959 a 1981, como professora auxiliar de Ensino da cadeira de Fundamentos de Enfermagem de 1959 a 1968, como Professor Livre Docente no período de 1970 a 1974, como Professor Titular das disciplinas Introdução à Enfermagem e Fundamentos de Enfermagem, no período de 1968 a 1974, como Professor adjunto de 1974 a 1977. Exerceu funções didáticas, técnicas e administrativas. Realizaram palestras, aulas, conferências e ministrou inúmeros cursos. Obteve bolsa de estudos e viagens culturais para Portugal, Espanha, Bélgica, Itália, Suíça e Estados Unidos. Realizou outras atividades profissionais como participação em bancas examinadoras, orientações de teses de Doutorado e Mestrado. Em 1981, ano do seu falecimento, foi proclamada Professor Emérito pela Egrégia Congregação da Escola de Enfermagem da USP. (LEOPARDI, 2006).

Horta buscou ao longo de sua trajetória criar e transmitir um conceito de

enfermagem que englobasse os aspectos, muitas vezes conflitantes, de arte humanitária, ciência e profissão, a partir da teoria da motivação humana, de Maslow admite o ser humano como parte integrante do universo e desta integração surge os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço.

### **3.2 Conceitos Inte-Relacionados**

O ser humano é parte integrante do universo dinâmico e, como tal, sujeito a todas as leis que regem, no tempo e no espaço. O ser humano esta em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estado de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. O ser humano se distingue dos demais seres do universo, por sua capacidade de reflexão, por ser dotado de poder de imaginação e simbolização, além de poder unir presente, passado e futuro.

Necessidades psico-sociais são aquelas relacionadas com sua convivências com outros seres humanos, em sua família, nas instituições sociais e políticas, desde ter direito a privacidade, ao lazer, ao trabalho, até à participação em grupos de vivência, partidos políticos e assim por diante.

A partir desta base, Horta define a enfermagem como a ciência que tem por objetivo a satisfação de Necessidades Humanas, durante eventos que implicam em perda ou diminuição da saúde.

Segundo Wanda Horta,

"Enfermagem é ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência por meio da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais". (WANDA HORTA apud LEOPARDI, 2006, p.195).

A enfermagem, como integrante da equipe de saúde, tem por função procurar manter o indivíduo em perfeito equilíbrio e com saúde, prevenir e tentar reverter os eventuais desajustes, usando o seu conhecimento técnico e princípios científicos, provenientes da ciência físico química, biológicas e psico-sociais, para executar esse papel. Internamente a enfermagem tem uma formação hierarquizada, cujos componentes abarcam todas as atividades necessárias à satisfação das necessidades de promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação e

manutenção da saúde. O enfermeiro é o responsável técnico e legal da assistência de enfermagem.

O foco do trabalho da Enfermagem, segundo Horta:

“É levar o ser humano ao estado de equilíbrio, ou seja, à saúde, pelo atendimento de suas necessidades básicas, constituídas conceitualmente como problemas de enfermagem. O enfermeiro tem como responsabilidade avaliar as necessidades não cobertas por ações do próprio paciente, para supri-las com os cuidados planejados de acordo com o grau de dependência do mesmo.” (Leopardi, 2006, p.191).

Horta define seus pressupostos como princípios:

- ✓ A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade de ser humano.
- ✓ A enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio.
- ✓ Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.
- ✓ A enfermagem reconhece o ser humano como um membro de sua família e de sua comunidade.
- ✓ A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo do seu auto-cuidado.

## **4 METODOLOGIA**

Para realização da pesquisa foi necessário desenvolver um caminho por meio da determinação de pressupostos para fundamentar o estudo.

A metodologia coloca a disposição do pesquisador um conjunto de diretrizes que podem auxiliá-lo na tarefa de pesquisa em diferentes conteúdos científicos.

Metodologia é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida na trajetória do trabalho de pesquisa.

Segundo Leopardi (2002, p.163), “metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da realidade por meio do estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos”.

### **4.1 Abordagem Metodológica**

O estudo em questão é de natureza qualitativa descritiva, já que se propôs a responder a questões muito particulares, se preocupando com o que não pode ser quantificado.

Segundo Minayo (2003, p.21-22),

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Com esse tipo de pesquisa, tentamos compreender um problema das perspectivas dos sujeitos que o vivenciam, é esse nosso objetivo ao desenvolvermos a pesquisa. (LEOPARDI, 2002).

### **4.2 Tipo de Pesquisa**

Utilizou-se pesquisa tipo estudo de caso, que segundo Minayo (2008, p.164), “utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão.”

### 4.3 Local do Estudo

O estudo deu-se em um Pronto Atendimento 24Hs da região sul, que possui dez leitos, distribuídos em três quartos, sendo dois leitos isolamento, sala de emergência, sala asséptica, sala séptica, posto de enfermagem, banheiros feminino e masculino, sala de curativo, dois consultórios médicos, sala de enfermagem, sala de triagem, recepção.

### 4.4 Sujeitos do Estudo

A pesquisa foi realizada com um grupo de cinco pacientes que aceitaram participar do desenvolvimento da assistência de enfermagem pela acadêmica por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, no entanto, as ações para a organização da assistência foram extensivas a todos os pacientes.

### 4.5 Coleta de Dados

**Primeiro Momento** – Autorização para desenvolvimento da prática Assistencial por meio de ofício endereçado ao enfermeiro gerente do setor em que a Prática Assistencial foi sendo desenvolvida (Apêndice A).

**Segundo Momento** – Apresentação do projeto de Prática Assistencial ao Enfermeiro Gerente do Serviço de Saúde.

**Terceiro Momento** – Reconhecimento detalhado do Setor em que a prática Assistencial de Enfermagem será desenvolvida.

**Quarto Momento** – Reconhecimento dos pacientes para receberem o acolhimento.

**Quinto Momento** – Desenvolvimento do protocolo para consulta de enfermagem (Apêndice B).

A legislação do exercício profissional da Enfermagem indica como atividade privativa do Enfermeiro, a consulta de enfermagem que, entre outros

componentes, inclui o histórico de Enfermagem, o Exame Físico do paciente e o diagnóstico de Enfermagem. Por meio da consulta, o Enfermeiro terá condições de apreender a gravidade da situação e a necessidade de um atendimento de urgência ou não. (PARECER DO COREN-SC 001/CEC/2006).<sup>3</sup>

Para Campedelli (1990), apud Fornazier e Siqueira (2006, p.281),

A consulta de enfermagem é uma atividade exclusiva do enfermeiro, que, usando de sua autonomia profissional, assume responsabilidade quanto à ação da enfermagem a ser prestada nos problemas detectados e em nível de complexidade da intervenção: a) Cuidados diretos e indiretos necessários; b) orientações indicadas para a situação; c) encaminhamento para outros profissionais (quando a competência de resolução do problema fugir do seu âmbito de ação). Portanto o procedimento requer o desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão, de forma a proporcionar uma assistência integral e eficaz.

**Sexto Momento** – Aplicação das consultas de enfermagem aos pacientes.

**Sétimo Momento** – Avaliação da Prática Assistencial desenvolvida por meio de entrevista semi-estruturada com enfermeiro do setor (Apêndice C).

Quando utiliza a entrevista semi-estruturada “o pesquisador já acredita que acontece algo e que quer apenas determinar sua freqüência, buscar saber o que acontece e como acontece, a partir de conversação, descrições e informações que são aprendidas em processo”. (TRENTINE e PAIM, 1991, p. 95).

Explicando esta questão, ressalta Leopardi (2002):

A coleta de dados, em qualquer de suas formas, deve ser criteriosamente prevista, considerando as possibilidades de acesso, critérios de escolha das fontes, por meio de evitar vieses ideológicos e assim por diante. O conjunto de dados obtidos devem ser identificados e armazenados cuidadosamente, para não haver perdas e evitar erros durante sua organização. (LEOPARDI, 2002, p.106).

A entrevista semi-estruturada foi realizada conforme disponibilidade dos enfermeiros no ambiente de trabalho.

---

<sup>3</sup> [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anais/arquivos/0366\\_0321\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0366_0321_01.pdf)

Após o término das consultas de enfermagem e entrevista a pesquisadora realizou a condensação dos dados segundo o proposto por Minayo (2008, p.78), que orienta os seguintes passos:

- **Ordenação dos Dados:** neste momento, faz-se o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação;
- **Classificação dos Dados:** Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica, por meio de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). Com base nesse processo se elaboram as categorias específicas. Nesse sentido determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação.
- **Análise Final:** Neste momento, procuramos estabelecer entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, teoria e a prática. (MINAYO, 2008, p.78).

Segundo Leopardi (2002, p.261) a análise de conteúdo é:

“Toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento, enfim, tudo aquilo que pode refletir a realidade, e que, além de permitir a formulação de postulados explicativos ou compreensivos, pode ainda produzir novas interrogações sobre a mesma realidade”.

#### 4.6 Aspectos Éticos

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde se fundamenta nos direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao estado e aos sujeitos envolvidos na pesquisa, respeitando o desejo dos mesmos em relação ao sigilo e anonimato das informações fornecidas, além da desistência a qualquer tempo da participação na pesquisa.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela categorização dos dados, por meio da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados, conforme Minayo (2008).

Serão analisados em 4 momentos:

- **Primeiro momento:** Caracterização do campo de estágio;
- **Segundo momento:** Relato das atividades desenvolvidas;
- **Terceiro momento:** Dificuldades na prática assistencial;
- **Quarto momento:** Avaliação da prática assistencial;

Os momentos doravante serão denominados temas, conforme propõe Minayo (2008), para que se possa melhor organizar a apresentação dos dados e discussão dos resultados.

O levantamento dos dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2010. Foram concluídas 80 horas para observação, realização das consultas de enfermagem e entrevistas.

Para preservação da identidade dos participantes e manutenção do sigilo das informações obtidas por meio da realização das entrevistas, obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 196/96, a qual envolve pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a sigla “E” para identificar o profissional.

### 5.1 Caracterização do Campo de Estágio

O estágio iniciou com apresentação ao enfermeiro responsável pelo setor de emergência da Unidade Mista 24 Hs. Na ocasião, foi apresentado o projeto de estágio, dando ênfase ao grupo de pacientes que seriam abordados e os objetivos do projeto. Em todos os momentos houve colaboração por parte da equipe no desenvolvimento do trabalho.

O Pronto Atendimento 24 Hs realiza cerca de 5.550 atendimentos mês, sendo 650 atendimentos de pacientes de outros município próximos.

Em relação ao campo de estágio, observou-se uma demanda muito grande de pacientes que buscam atendimento imediato a problemas de saúde muitas vezes, solucionados em serviços ambulatoriais. Durante o período de estágio

notou-se, que alguns pacientes procuravam atendimentos todos os dias no mesmo horário, para receber dorlantina, pedir receitas de uso contínuo e controlado, fazer nebulização, outros querendo atestado médico, ganho de peso, retirada de sinal, pedir requisições para exames laboratoriais e RX. Com isso superlotando a unidade de emergência, prolongando o tempo de espera para o atendimento. Observou-se que não existem fluxograma nem protocolo para atender os pacientes que procuram atendimento e não há uma integração entre a equipe. O acolhimento humanizado não existe, é realizado triagem por um profissional não habilitado, priorizando o atendimento dos casos mais aparentemente mais graves.

Em relação à assistência de enfermagem os pacientes eram atendidos pelo médico plantonista, medicados conforme prescrição, e liberados muitas vezes sem receitas, encaminhamentos e orientações. Não é utilizada a sistematização da assistência de enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científico na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. (BITTAR, PEREIRA, LEMOS,2006).

## **5.2 Tema 1: Relato Das Atividades Desenvolvidas**

Durante a execução do estágio, foram realizadas cinco, consultas de enfermagem, aplicado assistência por meio por meio de um protocolo de consulta de enfermagem embasado na teoria de Wanda Horta.

A consulta de enfermagem é uma atividade de grande importância e resolutividade quando realizada de maneira adequada pelos enfermeiros. A realização da consulta de enfermagem exige do profissional enfermeiro uma série de conhecimento e constante treinamento que o instrumentalize a desenvolver esta prática.

Conforme Vanzin apud MARTINELLI (2004, p.210) [...] “a consulta de enfermagem é uma atividade essencial do enfermeiro no processo da assistência ao cliente”. Essa atividade é de grande importância e resolutividade quando realizada de maneira adequada, pois, além de gerar autonomia e realização profissional, fortalece o acolhimento entre o enfermeiro e o usuário e vice-versa.

Nesse período, buscou-se observar procedimentos na unidade de

emergência, como sondagem nasoentérica, punção venosa, sondagem de alívio, sondagem vesical de demora, entre outros.

Observou-se que há um número elevado de procura por atendimento de acidentes de trabalho, níveis pressóricos acima do valor que preconiza o ministério da saúde, intoxicações alimentares. Muitos pacientes acabavam retornando a unidade para novo atendimento.

A utilização desordenada dos serviços de urgência, com casos que não necessitam destes serviços, acabam por desgastar os trabalhadores destes serviços e cria um sentimento de abandono por parte do usuário, evidenciando a necessidade de se repensar a comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde, construindo práticas que privilegiem o indivíduo como centro da assistência. (MARQUES ET AL, 2007).

Na medida do possível, foi procurado prestar atendimento a todos os pacientes, sempre procurando ouvir e buscando o que eles conheciam da doença, informações sobre os sintomas, adesão ao tratamento, fatores de risco e hábitos de vida, procura por grupos de apoio.

Desta forma desenvolvia-se uma comunicação capaz de estabelecer um relacionamento de ajuda-confiança, a qual é apontada por Watson<sup>4</sup> como um dos melhores instrumentos da enfermeira para garantir uma relação harmônica e cuidadosa. A autora, ao desenvolver esta idéia, sinaliza a empatia, a congruência e o calor como características para o alcance da ajuda-confiança.

### **5.3 Tema 3: Avaliação Da Prática Assistencial**

#### **Categoria 1 - Avaliação da prática assistencial aplicada pela acadêmica de enfermagem durante o período de estágio**

No local de estágio, não foi possível identificar ações voltadas para o acolhimento humanizado. Durante o período de estágio buscou-se realizar uma investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida e receberam reforço nas orientações sobre estilo de vida pessoal, uso de medicação, grupo de apoio e incentivo a adesão ao tratamento, salientando a importância da investigação de seus

---

4 Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Boulder (USA): Associated University Press; 1979.

problemas de saúde como um fator imprescindível ao sucesso do controle da doença. Também foi oferecida a oportunidade para que o paciente esclarecesse suas dúvidas e anseios.

Notou-se ainda a falta de informação dos pacientes e a busca imediata por resolutividade de seu problema. Muitos relatavam a demora de atendimento nas unidades de saúde e falta de profissionais especializados, o que justificavam a procura por atendimentos no Pronto Atendimento.

Quando um usuário procura o serviço de saúde e expressa suas necessidades, o profissional que o assiste deve agrupá-las, estabelecer um diagnóstico de acordo com seu campo de atuação e, caso o problema possa ser resolvido dentro de sua área de atribuição, traçar planos terapêuticos ou assistencial, programar as ações necessárias e depois avaliar os resultados. Já quando a resolutividade do problema não pode ser alcançada, o profissional deve estar plenamente consciente de sua responsabilidade em realizar o encaminhamento adequado a este indivíduo.

Segundo (SILVA e SILVA)<sup>5</sup> essas atividades descritas fazem parte de todo o desenvolvimento do processo de acolhimento.

Todos os pacientes manifestaram interesse pelo assunto e consideraram válida a proposta da prática assistencial.

Segundo o olhar da enfermeira do setor a prática teve caráter positivo, visto que a mesma considera a importância do acolhimento humanizado nos serviços de urgência e emergência.

*E: “A prática teve uma avaliação geral boa. Assimilar a teoria das práticas de acolhimento com a realidade de um pronto atendimento fez com que acadêmica pudesse valorizar os seus conhecimentos.”*

## **Categoria 2 – Importância da prática de enfermagem direcionada ao acolhimento dos pacientes**

É necessário repensar o acolhimento quanto aos aspectos teóricos e práticos, para que se constitua em uma prática capaz de instituir um modelo de

---

5 SILVA; G.D. Lívia. SILVA Da. Marcelo. O Acolhimento Como Ferramenta De Práticas Inclusivas De Saúde. **Rev. APS**, V.11. Nº 1, 2008. 74-84 p

saúde seguindo as diretrizes do SUS, com a implementação de um sistema de atendimento humanizado, entre gestores, trabalhadores e usuários voltada para a promoção da qualidade de vida, da autonomia e da integralidade da assistência, que possa responder às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde de forma hierarquizada e regionalizada.

Em toda a situação de atendimento prestado por profissionais de saúde, o acolhimento deve estar presente com intuito de atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis e tendo uma postura responsável, buscando articular uma solução com outros serviços quando esta ao alcance do nível local. (MARQUES; LIMA, 2007).

*E: “Sim. Importante principalmente em duas visões: Na seleção e classificação dos pacientes conforme escala de agravo, para um atendimento diferenciado preconizando o atendimento dos pacientes mais acometidos e/ou com risco de vida. Quanto a orientação ao paciente quanto aos atendimentos públicos de saúde, e suas especificidades”.*

### **Categoria 3: Sugestões sobre o desenvolvimento da prática assistencial aplicada**

O acolhimento é visto pelos profissionais como um avanço importante na organização das demandas e do fluxo de atendimento, mesmo sendo visto como de difícil execução e gerador de cansaço e estresse na equipe, pelos inúmeros empates que se produzem entre profissionais da equipe e usuários. Os profissionais entendem que o uso de tecnologias leves, como o acolhimento com avaliação e classificação de risco, permite uma compreensão mais ampla dos problemas dos usuários, do que o simplesmente restringir-se a sinais e sintomas. (SOUZA et al., 2008).

*E: “Ofertaria maior tempo e integração do acadêmico a pratica assistencial. Proporcionaria também maior relação entre teoria e prática assistências, trazendo um protocolo e um plano de ação em que os profissionais do setor pudessem participar ativamente e avaliar a viabilidade e forma de aplicar o projeto”.*

Considerando que o serviço de urgência e emergência é um segmento bastante complexo e que a habilidade e experiência são adquiridas principalmente com a prática, seria essencial uma carga horária maior para o período de estágio, oportunizando ao aluno uma convivência maior com os casos de urgência e emergência, visto que se trata de uma especialização na área.

#### **Categoria 4 - Continuidade da prática assistencial de enfermagem voltada ao acolhimento de paciente admitido no pronto atendimento 24h**

A incorporação de um processo de acolhimento pode ser utilizada como estratégia durante todo o desenvolvimento da atenção à saúde do usuário que procuram atendimento.

O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, e deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar, de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. (BRASIL, 2004)

***E: "Sim."***

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do SUS é um processo dinâmico e da mesma maneira se comporta a ampliação e implementação de suas políticas públicas de saúde, com uma gama de processos e tecnologias.

A agregação dessas tecnologias às rotinas dos serviços de urgência e emergência cumpre um papel dentro da construção do SUS, pois demonstra que também nessa área é possível desenvolver processos de saúde em consonância com as diretrizes do atual sistema de saúde.

Nos últimos anos, o tema "humanização" passou a ser discutido amplamente na sociedade, particularmente nos serviços de saúde e hospitais como uma reação ao modelo hegemônico de assistência à saúde.

Sabe-se que o governo nacional tem priorizado o atendimento humanizado e incentivado que as instituições sigam os modelos padronizados conforme o Programa Nacional de Humanização (PNH).

O acolhimento com avaliação e classificação de risco quebra um paradigma de produção de saúde centrada na figura do médico, ao preconizar o envolvimento de todos os profissionais na produção de saúde a partir das áreas de conhecimento, ou seja, respeitando as características e atividades particulares de cada profissional.

A conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância de valorizar a figura humana do paciente colabora para que sua ansiedade seja diminuída. É importante que seja analisado não somente a sua entrada no serviço de atendimento de urgência, mas toda a situação pela qual o paciente está passando, buscando, além de recuperar sua saúde física no momento, identificar suas emoções, suas frustrações e seus desejos na ânsia de sair do caráter emergencial bem de saúde.

Conclui-se por meio deste estágio que o atendimento humanizado, principalmente nos setores de urgência e emergência, é um ato a ser seguido, mas que requer um certo tempo de adaptação. Trata-se de treinamento das equipes de atendimento de profissionais de saúde, principalmente aqueles que possuem muitos anos de serviço e que estão acostumados com uma rotina, muitas vezes fria, centrada somente no cuidar, deixando de lado a função de assistir integralmente o doente e seus familiares.

Apesar do pouco tempo em campo de estágio, conseguiu-se atingir os objetivos propostos. O período foi proveitoso e rendeu aumento dos conhecimentos adquiridos anteriormente, bem como a oportunidade de aplicar os conhecimentos referidos, ficou claro que há possibilidades de implantação de um processo assistencial humanizado no Pronto Atendimento 24 Hs, mesmo que em longo prazo, desde que este tema seja abordado na prática, visando a integralidade do atendimento ao paciente.

## REFERÊNCIAS

ALBINO, R.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um service de urgência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v.36, n.4, 2007. 75p.

Disponível em:

<[www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/.../cristiane\\_chaves\\_de\\_souza.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/.../cristiane_chaves_de_souza.pdf)>

BITTAR, DB, PEREIRA, LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto e Contexto Enferm**. 2006. 617p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004.

<Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902005000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300007)>

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado.

<Disponível em <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/7351/um-novo-modelo-para-o-servico-publico-de-saude-brasileiro>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS – acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004. 49p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Série B. textos básicos de saúde. Brasília: MS. 2004.

<Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71417109.pdf>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2ª ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as Urgências**. 3ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 256p.

Disponível em:

<[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-83FKCZ/1/cristiane\\_chaves\\_de\\_souza.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-83FKCZ/1/cristiane_chaves_de_souza.pdf)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico nº10, de 22 de fevereiro de 2007.** Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Minas gerais, Belo Horizonte, 2007.

EVERIDGE, R.; CLARK, B.; JANE, L.; et al. **Canadian Emergency.** Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. CJEM 1999.

FERREIRA, ABH. **Mini Aurélio:** século XXI. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FORNAZIER, Mariana Lorencetti; SIQUEIRA, Marluce Miguel. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J.Bras Psiquiatr**, 2006.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a04v55n4.pdf>.>

Acesso em: 11 jun. 2011.

FRANCO TB, BUENO WS, MERHY EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública** 1999;15(2):345-53.

GALLO, Adriana Martins, HELLEN Carolina de Mello. Atendimento humanizado em urgência e emergência. **Revista F@pciencia**, Apucarana- PR, ISSN1984-2333, v.5, n.1, , 2009. 11 p.

<<http://www.slideshare.net/guest426f0c1/apostila-do-samu-santa-catarina>>

Acessado: 08/10/2010

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200012)>

LEOPARDI, Maria Tereza et al. **Metodologia de Assistência na Saúde.** Florianópolis: Papa livros, 2002.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e Metodologia em Assistência de Enfermagem.** Florianópolis – SC, Editora Soldasoft. 2006. p.191.

MACHADO, S CEP. ET AL. Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos paciente s na emergência. **Relato de experiência.** Hospital das clinicas em porto alegre. 2007.

Disponível em:

<[http://inovacao.enap.gov.br/index.php?option=com\\_doc= view&gid=103](http://inovacao.enap.gov.br/index.php?option=com_doc= view&gid=103)>

MAGALHÃES JR, HM. Urgência e Emergência – a participação do município. In: CAMPOS, CR. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público.** São Paulo: Xamã VM Editora e Gráfica Ltda, 1998. V. 1. 387 p. 265-286

MARQUES, G. Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuário a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev.latino-americana de enfermagem**, V.15, N.2, 13-19 p. 2007.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf)>

MARQUES, G. Q. et al. As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. Online Brazilian. **JORNAL OF NURSING**, V. 6, N. 2, 2007.

Disponível em:

<<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.660/194>>

MARTINELLI, Marisa; CAMARGO, Sabrina B; PULGA, Janaina; FRAPORTI, Lucilene; MORETTO, Eliane Flora Sobiesiack. TAGLIARI, Maristela. Consulta de Enfermagem no Programa de Saúde da Família na visão do enfermeiro. **Revista Técnico Científica de Enfermagem**. Curitiba, v.2, 11. 2004. 209-216 p.

MATTOS, Rubem Araújo de. Os sentidos da integralidade: Alguns reflexos acerca de valores que merecem ser definidos. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem de Araújo de. **Os Sentidos da Integralidade e no Cuidado a Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método é criatividade**. 22° ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

MINISTERIO DA SAUDE. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2ª. Ed. Brasília: MINISTERIO DA SAUDE, 2004, 48p.

MINISTERIO DA SAUDE. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª. Ed. Brasília: MINISTERIO DA SAUDE, 2008, 72p.

MINISTERIO DA SAUDE. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2004.

Disponível em:

<[www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus) >

Acessado em: 19/10/2010

MINISTERIO DA SAUDE. QUALISUS. Brasília. 2009.

Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=12592&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=12592&janela=2)>

Acessado em: 19/10/2010

MINISTERIO DA SAUDE. **Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MIRANDA CF, MIRANDA ML. **Construindo a relação de ajuda**. 6.ed. Belo Horizonte: Editora Crescer; 1990.

PINTO, I. C.; RODOLPHO, F.; OLIBEIRA, M.M. Pronto Atendimento: a percepção da equipe de enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. **Rev. Gaúcha de enfermagem**, v.25, N.1. 2004. 81-88p.

ROCHA. Denise J. M.; QUADROS. Valdete Alves S. DE. ALBINI Rejane Maestri Nobre. **O acolhimento é uma estratégia que consiste na mudança de paradigmas, de forma a atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde e implica em prestar atendimento individualizado ao cliente**. 2009. Disponível em:  
<[www.sispnh.com.br/.../implantação\\_acolhimento\\_pronto\\_atendimento](http://www.sispnh.com.br/.../implantação_acolhimento_pronto_atendimento)>

SILVA. Gomes Da. Lívia. SILVA Marcelo Da. O Acolhimento Como Ferramenta De Práticas Inclusivas De Saúde. Artigo De Revisão. **Rev. APS**, V.11. N1, 2008. 84p.  
SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, V.11, n.1, 2008. 74-84p.

SOUZA, E.C.F. et AL. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. De saúde pública**, v, 24, sup. 1, 2008. 100-110p.

TRENTINE, Mercedes; PAIM, Lygia; **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3º edição; Ed. Cortez; São Paulo, 1991.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dario Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: GASTÃO, Vagner de Souza Campos et al. **Tratado De Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2006. 531-559.p.

WEHBE G, GALVÃO MC. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino enfermagem**. 2001.

WIKIPEDIA FOUNDATION. A enciclopédia livre. Disponível em:  
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Protocolo>>. Acesso em: 19/10/10

**APÊNDICES**

**Apêndice A – Ofício de Encaminhamento****UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Of. N.º. 001/ Enf. /2010.

Criciúma, 20 de setembro de 2010.

Ilma. Sr<sup>a</sup> Renata Cristine Leite  
ENFERMEIRA GERENTE 24 HS PRÓSPERA  
CRICIÚMA - SC

Prezada Senhora,

Vimos, por meio deste, solicitar campo de estágio para desenvolvimento de Trabalho de Prática Assistencial de Enfermagem da Acadêmica Aline Cristiane Alves do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC, do período de setembro a novembro de 2010, no Pronto Atendimento 24Hs do Bairro Próspera. Trata-se da aplicação de um projeto Assistencial utilizando a Metodologia da Assistência em Enfermagem (MAE) na Atenção ao acolhimento fundamentado na Teoria de Wanda Horta.

A acadêmica Aline Cristiane Alves (fone: 34433160) estará sob a responsabilidade, supervisão e orientação da Prof<sup>a</sup>. Especialista Luciana Rosa (fone: 48-9954 3730).

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento, e aguardamos deferimento.

Atenciosamente,

---

Luciana Rosa

Professora Orientadora - UNESC

**Apêndice B – Protocolo de Consulta de Enfermagem Segundo Wanda Horta**



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA  
SEGUNDO WANDA HORTA  
Mágada Tessmann Shwalm**

Data do atendimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Trazido por:  Bombeiro  SAMU  Familiares  Polícia  
 Outro: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Queixa principal-situação em que o paciente foi encontrado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias:  Sim  Não

Qual: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

**Necessidades psicobiológicas:**

**Sono/Repouso:**  Insônia;  Dificuldade de dormir;  Acorda Várias Vezes a Noite;  Sonolência durante Dia;  Dorme \_\_\_\_\_ por Noite.

Pressão Arterial \_\_\_X\_\_\_ mmHg; FC \_\_\_ bpm; FR: \_\_\_ mrpm T \_\_\_ °C;

Peso \_\_\_ Kg; Altura \_\_\_ cm. Dor:  Sim  Não.

Localização e Características: \_\_\_\_\_

**Nível de Consciência:**  Glasgow  menos de 3  4 a 8  9 a 13  
 14-15.  Pupilas Isocóricas  Pupilas anisocóricas  Fotorreagente  
 Não-fotorreagente  
 Maior a direita  maior à esquerda

OBS: \_\_\_\_\_

**Pele/Tecido:**  Sem Alterações;  Cianose;  Icterícia;  Hipocorado;  
 Hipercoreado;  Lesões na Pele;  Úlcera de pressão grau:\_\_\_\_\_.

Obs \_\_\_\_\_

**Cabeça:**  abaulamento;  convexidade;  Sensação de cisalhamento sseo;  
 Lesões com sangramento:

Descrição \_\_\_\_\_

**Olhos e pápebras:**  Exoftalmia  Enoftalmia  Desvio  Nistagmo; dema;

Obs \_\_\_\_\_

**Ouvido:**  Zumbido;  Otorréia;  Otorragia  Rubor   
 secreção purulenta

**Nariz:**  Rinorragia;  Rinorréia;  Rubor  Epistaxe;

**Boca:**  Lesões orais;  Desvio mandibular ;  Alterações na coloração da mucosa

**Pescoço:**  Linfonodos Palpáveis;  Tireóide Aumentada;  Carótida pulsáteis acentuadas;  Engurgitamento jugular Traqueostomia;  Lesões ou queimadura

**Tórax:**  Ginecomastia;  Nódulos mamários;  Mastite;  
 Tórax chato;  Tórax em forma de tonel;  Tórax infundiforme (sapateiro);  
 Tórax cariniforme (peito de pombo);  Tórax piriniforme (sino);  
 Tórax cifótico;  Tórax escoliótico;  Tórax cifoescoliotico;  
 Tórax instável traumático.

**Ritmo respiratório:**  Dispnéia;  Platipnéia (aliviada em posição deitada);  
 Ortopnéia;  Trepopnéia (aliviada em decúbito lateral);  Cheyne stokes;  
 Kussmaul;  Biot;  Respiração suspirosa;  Respiração profunda;  
 Respiração superficial;  Taquipnéia;  Bradipnéia;  Apnéia;  
 Eupnéia;  Tiragem

**Expansão, ausculta pulmonar:**  Boa expansibilidade ápice e ou base  
 Expansibilidade reduzida em base a \_\_\_\_\_;  em ápice a \_\_\_\_\_  
 Aumento de frêmito toracovocal;  Diminuição de frêmito toracovocal;  
 Hipersonoridade pulmonar;  Submacicez e macicez;  Som timpânico  
 Estertores finos e ou grossos  Roncos, sibilos ou estridor;  
 Atrito pleural

### Inspeção e Ausculta Cardíaca:

Abaulamento  Batimentos ou movimentos  Palpação de bulhas  
 Frêmito cardiovascular;  Ritmo cardíaco normal;  Arritmico;  
 Taquicardia;  Bradicardia;  Sopro  Bulha hiperfonética  
 Bulha hipofonética  
 Bigeminismo  Trigemínismo  Ritmo de galope

**Abdômen:**  Normal;  Globoso;  Batráquio  Avental;  Pendular  
 Côncavo  Timpanismo;  Macicez  RHA+  RHA -  
 Dor a Palpação ponto \_\_\_\_\_;  Blumberg +  Rechaço +  
 Murphy +  Jordano +  Gersuny+  Vascolejo +

Obs \_\_\_\_\_

**Membros Superiores:**  Pulsos Periféricos Palpáveis;  Pulsos Periféricos não Palpável;  
 Paresia;  Plegia;  Edema;  Lesões;  Fraturas:  
 localização e descrição \_\_\_\_\_  
 Amputações;  Gesso;  Tala Gessada;  Lesões;  Tônus muscular  
 diminuído a \_\_\_\_\_. Obs: \_\_\_\_\_

**Membros Inferiores:** :  Pulsos Periféricos Palpáveis;  Pulsos Periféricos não Palpável;  Paresia;  Plegia;  Edema;  Lesões;  Fraturas: localização e descrição \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

Amputações;  Gesso;  Tala Gessada;  Lesões;  Tônus muscular diminuído a \_\_\_\_\_  Babinsky +. Obs: \_\_\_\_\_

**Genitourinário e anal:**

Sangramento no meato uretral  Sangramento retal  Menstruação presente

Incontinência urinária  Anúria  Polaciúria  Nictúria  Piúria

Disúria  Hematúria  Lesões genitais: características \_\_\_\_\_

Constipação  Diarréia

**Resultado de Exames:** Gasometria: \_\_\_\_\_

ECG: \_\_\_\_\_

Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_ mgdl Uréia: \_\_\_\_\_; creatinina: \_\_\_\_\_

Amilase: \_\_\_\_\_ ( ) Outros: \_\_\_\_\_

RX: \_\_\_\_\_

USG: \_\_\_\_\_

TC: \_\_\_\_\_

**Necessidades psicossociais:** \_\_\_\_\_

**Necessidades psico-espirituais:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

**D1:** \_\_\_\_\_

**D2:** \_\_\_\_\_

**D3:** \_\_\_\_\_

**Plano de Intervenções (encaminhamentos) :** \_\_\_\_\_ e intervenções: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avaliação das intervenções:**

---

---

---

**Enfermeiro(a):** \_\_\_\_\_ **Coren:** \_\_\_\_\_

**Apêndice C – Avaliação da Prática Assistencial Segundo O Olhar do  
Enfermeiro do Setor**

1. Como você avalia a prática assistencial aplicada pela acadêmica de enfermagem durante o período de estágio?
  
2. Você considera importante uma prática de enfermagem direcionada a pacientes no acolhimento?
  
3. O que você mudaria com relação ao desenvolvimento deste trabalho na prática assistencial aplicada?
  
4. Você considera viável a continuidade da prática assistencial de enfermagem voltada ao paciente no acolhimento do Pronto Atendimento 24 h?

**ANEXOS**

## Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC**

**CURSO DE ENFERMAGEM**



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Estamos realizando um projeto para o Estágio do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência intitulado Prática Assistencial de Enfermagem na atenção ao acolhimento no Pronto Atendimento 24 Hs do Bairro Próspera – Criciúma – SC, Fundamentada em Wanda Horta.

Estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivos principais: Desenvolver e aplicar uma proposta de Prática Assistencial de Enfermagem para atenção ao acolhimento a um grupo de pacientes fundamentada em Wanda Horta em um Pronto Atendimento 24Hs de Criciúma – SC.

Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

A coleta de dados será realizada pela acadêmica, Aline Cristiane Alves – (fone: 34433160) do Curso de Pós Graduação, Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC e orientado pela professora Luciana Rosa (fone:99543730).

Criciúma (SC)\_\_\_\_de setembro de 2010.

---

Assinatura do Participante