

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

05 ABR 2002 0 188

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR  
ESTUDO DE CASO: DOENÇA BRONCO PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA,  
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA E TUBERCULOSE.

CEFET-SC BIBLIOTECA

REL ENF  
0017

CEFET - UE Joinville



\*0361\* REL ENF 0017  
Relatório de estágio curricular

Revis  
Em 04/04  
405

1414  
Cecilio

LISIANE APARECIDA SILVA

PORTO UNIÃO  
OUTUBRO DE 2001.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DIRETORIA DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS  
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

## TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

A EMPRESA FUNDAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE SANTA CATARINA, FETESC, CGCMF 80.485.212/0001-45, estabelecida em FLORIANÓPOLIS, representada por, Prof<sup>o</sup> Enio Miguel de Souza, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a) ESTAGIÁRIO(A) Lisiane Aparecida Silva, matriculado(a) na 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> fase do Curso Técnico de Enfermagem cód.( 59 ) e a ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA, representada pela Técnica em Assuntos Educacionais, Valéria Magalhães Rodrigues, na qualidade de Coordenadora do Serviço de Integração Escola- Empresa, SIE-E, acertam o seguinte, na forma das Leis n<sup>o</sup> 6.494 de 07/12/1977 e n<sup>o</sup> 8.859 de 23/03/94 e Decreto n<sup>o</sup> 87.497 de 18/08/82.

Art. 1<sup>o</sup> - O(A) ESTAGIÁRIO(A) desenvolverá atividades dentro de sua área de formação, ficando certo que qualquer exigência estranha implicará configuração de vínculo empregatício.

Art. 2<sup>o</sup> - A ETF/SC analisará programa de atividades elaborado pela Empresa, a ser cumprido pelo ESTAGIÁRIO(A), em conformidade com as disciplinas cursadas pelo mesmo.

Art.3<sup>o</sup> - O Estágio será de 720 ( setecentos e vinte ) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

| Carga Horária | Instituição/Setor   | Período                 |
|---------------|---|-------------------------|
| 400 h         | Hospital São Braz/Regional Hospital/Hospital Vicente de Paula                                       | 22/01/2001 a 24/07/2001 |
| 166 h         | A.P.M.I./Hospital Vicente de Paula/Hospital São Braz/Regional Hospital                              | 01/10/2001 a 16/11/2001 |
| 154 h         | Ambulatório Rede Municipal/Clinica HJ/Hospital São Braz/Regional Hospital/Hospital Vicente de Paula | 14/01/2002 a 21/03/2002 |

Parágrafo 1<sup>o</sup> - Este período poderá ser prorrogado mediante prévio entendimento entre as partes.

Parágrafo 2<sup>o</sup> - Tanto a EMPRESA, a ESCOLA ou o (a) ESTAGIÁRIO(A) poderão, a qualquer momento, dar por encerrado o Estágio, mediante comunicação por escrito.

Art. 4<sup>o</sup> - Pelas reais e recíprocas vantagens técnicas e administrativas, a EMPRESA designará como Supervisor interno de Estágio o(a) Sr(a). Ondina Machado, ao qual caberá a orientação e a avaliação final do ESTAGIÁRIO(A).

Art. 5<sup>o</sup> - O(A) ESTAGIÁRIO(A) declara concordar com as Normas Internas da ETF/SC e da EMPRESA, propondo-se a conduzir-se dentro da ética profissional e submeter-se a acompanhamento de seu desempenho e aproveitamento.

Art. 6<sup>o</sup> - O ESTAGIÁRIO obriga-se a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

Art. 7<sup>o</sup> - Nos termos do Art. 4<sup>o</sup> da Lei n<sup>o</sup> 6.494/77, o(a) ESTAGIÁRIO(A) não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a EMPRESA, ficando, aquele(a), segurado contra acidentes pessoais ocorridos durante o Estágio pela Apólice n<sup>o</sup> 81.93.0008162.0008163 da Companhia AGF Brasil Seguros.

Art. 8<sup>o</sup> - Fica firmado o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 14 de fevereiro de 2001.

  
EMPRESA  
Assinatura e Carimbo

  
ESTAGIÁRIO

  
Valéria Magalhães Rodrigues  
Coordenadora do SIE-E/ETF-SC

  
Testemunha



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DIRETORIA DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS  
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

PROGRAMA DE ESTÁGIO

Estagiário(a): Lisiane Aparecida Silva Matrícula: 0027117-0 Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.  
Supervisor na Empresa: Ondina Machado COREN: 39560 - SC

| LOCAL  | PERÍODO   | ATIVIDADES PREVISTAS  | CARGA HORÁRIA |
|--|---|---|---------------|
| 1. Hospital São Braz<br>Regional Hospital<br>Hospital Vicente de Paula   | 22/01/2001 a 26/02/2001<br>02/04/2001 a 17/05/2001<br>25/06/2001 a 24/07/2001 | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fundamentos de Enfermagem</li><li>▪ Clínica Médica - UTI e Emergência</li><li>▪ Enfermagem CME/CC/Cirúrgico</li></ul> | 400h          |
| 2. A. P. M. I<br>Hospital Vicente de Paula<br>Hospital São Braz<br>Regional Hospital                               | 01/10/2001 a 16/11/2001   | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Enfermagem Obstetrícia</li><li>▪ Enfermagem Neonatológica</li><li>▪ Enfermagem Pediátrica</li></ul>                   | 166h          |
| 3. Ambulatório Rede Municipal<br>Clínica HJ<br>Hospital São Braz<br>Regional Hospital<br>Hospital Vicente de Paula | 14/01/2002 a 21/03/2002   | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Enfermagem em Saúde Pública</li><li>▪ Enfermagem Administrativa</li><li>▪ Enfermagem Psiquiátrica</li></ul>           | 154h          |

*Lisiane A. Silva*  
Estagiário(a)  
Assinatura

*[Handwritten Signature]*  
Supervisor na Empresa  
Assinatura e Carimbo

Coordenador do Curso  
Assinatura e Carimbo  
**JURISTA MARILIA TISCHEK**  
**GERENTE DA UNIDADE DE**  
**SAÚDE DE JOINVILLE**

Prof. Enf.  
**Ondina Machado**  
COREN-SC 39560

| ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  |                         |                    |              |
|---|-------------------------|--------------------|--------------|
| CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PORTO UNIÃO |                         |                    |              |
| CRONOGRAMA DE CLÍNICA MÉDICA I            |                         |                    |              |
| PERÍODO                                   | 19.02.2001 A 31.03.2001 |                    |              |
| CARGA HORÁRIA TOTAL 290 HORAS             | TEÓRICA: 130            | PRÁTICA: 160 HORAS |              |
| DATA                                      | U                       | HORAS              | PROFESSOR    |
| 22,23/02/2001                             | I                       | 20 H               | RONI         |
|   | II                      |                    |              |
|   | III                     |                    |              |
|   | IV                      |                    |              |
| 26,27,28,01,02,03/200                     | V                       | 20 H               | JEDIAEL      |
|   | VI                      |                    |              |
|   | VII                     |                    |              |
|   | VIII                    |                    |              |
| 8,9/03/2001                               | XI                      | 20 H               | ONDINA       |
|   | XIV                     |                    |              |
|   | XV,XIII                 |                    |              |
| 12,13,14,15,16/03/200                     | XI                      | 20 H               | JEDIAEL      |
|   | IX                      |                    |              |
|   | X                       |                    |              |
| 19,20,21,22,23/03/200                     | XI                      | 20 H               | JEDIAEL      |
|   |                         |                    |              |
|   |                         |                    |              |
|   |                         |                    |              |
|   |                         |                    |              |
|   |                         |                    |              |
|   |                         |                    |              |
|   |                         |                    |              |
|   |                         |                    |              |
|   |                         |                    |              |
| 26,27,28,29,30/03/2001                    |                         | 20 H               | ILSE/GEDIAEL |
|   |                         |                    |              |
| 31/03/01                                  |                         | 10 H               |              |

Introdução a Enfermagem Médica, Homeostasia  
 Processos fisiopatológicos  
 Resposta humana à doença  
 Necessidade de evitar a dor  
 Afecções sistema Neurológico  
 Oncologia  
 Afecções olhos e ouvidos  
 Afecções sistema Endócrino  
 Afecções sistema Digestório  
 Afecções sistema Respiratório  
 Afecções sistema Hematológico  
 Afecções sistema Cardio Vascular  
 Afecções sistema Reprodutor  
 Afecções sistema Renal  
 Afecções sistema Musculo esquelético  
 Enfermagem em situação de Emergência  
 Prioridade e princípios tratamento emergência  
 Sistema de atendimento ao trauma  
 Hemorragia gastrointestinal  
 Corpos estranhos  
 Crise convulsiva  
 Emergência de temperatura  
 Queimaduras  
 Envenenamentos  
 Intoxicação  
 Unidade de Terapia Intensiva  
 Principais Complicações patológicas em UTI  
 Técnicas mais usadas em UTI  
 Conselho de classe final

**ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
 GERÊNCIA EDUCACIONAL DE JOINVILLE

**CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DE PORTO UNIÃO**

|                           |          | III FASE 2001 / II |                         | DATAS   |  | PROFESSOR               |
|---------------------------|----------|--------------------|-------------------------|---|--|-------------------------|
| DISCIPLINAS               | CH       | INICIO             | TÉRMINO                 |   |  |                         |
| CIRURGICA I               | 90       | 04/05/01           | 02/06/01                | 4,5,7,8,9,10,11,18,19,21,22,23,24,28,01,02/06         |  | Ordina, Jedael, Sirltel |
| CIRURGICA II              | 110      | 06/06/01           | 03/07/01                |   |  | Sirltel, Jedael         |
| OBSTETRICIA I             | 50       | 06/07/01           | 14/07/01                | 6,7,9,10,11,12,12,14/07                               |  | Juraci                  |
| NEONATOLOGIA I            | 40       | 27/07/01           | 04/08/01                | 27,28,03,04/08  |  |                         |
| PEDIATRIA I               | 50       | 06/07/01           | 24/08/01                | 6,7,8,9,10,17,18,20,21/08                             |  |                         |
| FÉRIAS - 16 A 26/07       |          |                    |                         |   |  |                         |
| IV FASE 2001/III          |          |                    |                         |   |  |                         |
| MAT. INFANTIL II          | 166      | 03/08/01           | 11/10/01                |   |  |                         |
| SAUDE PUBLICA I 90        | 15/10/01 | 14/11/01           |                         | 15,16,17,18,19,26,27,29,30,31,01,09,10,11,12,13,14/11 |  |                         |
| SAUDE PUBLICA II 90       | 19/11/01 | 13/12/01           |                         |   |  |                         |
| FÉRIAS 15/12 A 13/01/2002 |          |                    |                         |   |  |                         |
| ADMINISTRAÇÃO I 40        | 18/01/02 | 25/01/02           | 18,19,21,21,23,24,25/01 |   |  |                         |
| PSIQUIATRIA I 40          | 01/02/02 | 08/02/02           | 01,02,4,5,6,7,8/02      |   |  |                         |
| ADMINISTRAÇÃO II 32       | 14/02/02 | 20/02/02           |                         |   |  |                         |
| PSIQUIATRIA II 32         | 21/02/02 | 28/02/02           |                         |   |  |                         |

# ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA

## CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM - PORTO UNIÃO

### CRONOGRAMA SAÚDE PÚBLICA I

| DATAS             | HORAS | PROFESSOR      | CONTEÚDO   |
|-------------------|-------|----------------|--|
| 15,16,17,18,19/10 | 20    | <i>Felicia</i> | <p>UNIDADE I: INTRODUÇÃO A SAÚDE PÚBLICA<br/>Definição de saúde, Saúde individual e coletiva, processo saúde-doença, Conceito de saúde pública Níveis de atenção à saúde, Enfermagem em saúde pública, Atuação comunitária, Curva do desenvolvimento humano.</p> <p>UNIDADE II: UNIDADES SANITÁRIAS<br/>Conceito, Tipos, Atividades desenvolvidas na US: Ações programadas, não programadas, pré consulta, Consulta médica, pós consulta, visita domiciliar, Reuniões, Varredura, Consulta de Enfermagem</p> <p>UNIDADE III: DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS<br/>Meningite meningocócica, Tuberculose, Caxumba, Tétano, Sarampo, Rubéola, Leptospirose, cólera, Dengue, Hanseníase, Aids, Varicela.</p> <p>UNIDADE IV: IMUNIZAÇÕES<br/>Classificação da Imunidade, Composição das vacinas, Vacinas do esquema básico: BCG, Sabin, DPT, Antisarampo, VTV, Dupla d.T, Antitetânica TT, AT, Hepatite. Adiantamento das vacinas, Contra indicações, observações complementares - Raiva. Durabilidade das vacinas, Funcionamento da sala de vacinação. Teste do pezinho.</p> |
| 26,27/10          | 20    | Ondina         | <p>UNIDADE V: PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA<br/>1. Introdução: Definição e importância dos programas, ações voltadas para a mulher em idade fértil (15 a 49 anos), ações voltadas às crianças e adolescentes, ações voltadas para o adulto em geral. 2. Programa de assistência integral à saúde da mulher: Objetivos, programa de incentivo ao pré-natal. Controle do câncer cérvico-uterino e de mama. Programa de assistência ginecológica, programa de assistência integral à saúde da criança: Programa de assistência ao lactente, prevenção de acidentes na infância: Programa de assistência à criança da creche, programa de assistência ao escolar. Programas de assistência aos adultos em geral: Programa de assistência aos diabéticos e aos hipertensos.</p>  |
| 29,30,31,01/11    | 16    | <i>Sunão</i>   | <p>UNIDADE VI: DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS<br/>Gonorréia, Sífilis, Cancro mole, Linfogranuloma venéreo.<br/>Epidemiologia: Conceito e importância, objetivo, definição dos termos mais usados, Medidas e indicadores de saúde, vigilância epidemiológica, Notificação Compulsória, Ações de Enfermagem em epidemiologia. Planejamento familiar: Introdução, antigos métodos contraceptivos, programa de assistência, contracepção, métodos contraceptivos, consideração final. Dependências Alcoólicas. Dependência às drogas, as drogas e seus efeitos.</p>  |
| 9,10/11           | 20    | <i>Felicia</i> |  |
| 12,13,14/11       | 14    | <i>Sunão</i>   |  |

A/C VERA

0211 322-11648

# ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA

## CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PORTO UNIÃO

### CRONOGRAMA ESTÁGIO DE ENFERMAGEM CIRÚRGICA - 110 HORAS

| MESES   | JUNHO  |   |   |    |    | JUNHO |  |    |    |    | JUNHO / JULHO |  |    |    |    |    |    |   |   |
|---|--|---|---|----|----|-------|--|----|----|----|---------------|--|----|----|----|----|----|---|---|
| ALUNOS  | 6  | 7 | 8 | 11 | 12 | 13    | 15   | 18 | 19 | 20 | 21            | 22   | 25 | 28 | 27 | 28 | 29 | 2 | 3 |
| Ana Maria C. Fryder<br>Júlio Nunes Junior<br>Maria Madalena Turkot<br>Marcia Ap. Przybichewski<br>Alexandre G. Henrique<br>Lisiane Aparecida Silva<br>Leusa Martins Custódio<br>Anderson Fabio Odppes | ENF. SIMÃO<br>APMI<br>MANHÃ<br>CENTRO CIRÚRGICO                      |   |   |    |    |       | 15/16/17<br>ENF. ONDINA<br>CLÍNICA CIRÚRGICA<br>SÃO BRAZ             |    |    |    |               | ENF. SIRLEI<br>REGIONAL HOSPITAL<br>MANHÃ<br>CLÍNICA CIRÚRGICA |    |    |    |    |    |   |   |
| Maristela Morandi<br>Paulo E. Bauermeister<br>Raquel Ines S. Santos<br>Vanice M. da Rosa<br>Dor Terezinha S. Trento<br>André Fellip Dillenburg<br>Reni José Aguiar<br>Gladis Antonelli Bolsoni        | 08/09/10<br>ENF. SIMÃO<br>CLÍNICA CIRÚRGICA<br>APMI                  |   |   |    |    |       | ENF. SIRLEI<br>REGIONAL HOSPITAL<br>MANHÃ<br>CENTRO CIRÚRGICO        |    |    |    |               | ENF. JEDIAEL<br>SÃO BRAZ<br>TARDE<br>CLÍNICA CIRÚRGICA         |    |    |    |    |    |   |   |
| Maílete Colli<br>Theli Kempinski<br>Alice Delonzek<br>Marcia Zadoreski<br>Wilson do Valle<br>Eunice Marcianiak<br>Cristina Sidor Neubauer<br>Carla Carolina O. Setim<br>George Lech                   | ENF. JEDIAEL<br>SÃO BRAZ<br>TARDE<br>CLÍNICA CIRÚRGICA               |   |   |    |    |       | 22,23,24<br>REGIONAL HOSPITAL<br>CLÍNICA CIRÚRGICA<br>ENF. ANA PAULA |    |    |    |               | ENF. SIMÃO<br>APMI<br>MANHÃ<br>CENTRO CIRÚRGICO                |    |    |    |    |    |   |   |
| Andro José Krawczik<br>Lio Rosa<br>Lemanda R. Liscoski<br>Lyênia Delonzek<br>Cicio J.A. de Oliveira<br>André de F. Santana<br>Zemiro Bez  | ENF. SIRLEI<br>REGIONAL HOSPITAL<br>MANHÃ<br>CENTRO CIRÚRGICO        |   |   |    |    |       | ENF. JEDIAEL<br>SÃO BRAZ<br>TARDE<br>CLÍNICA CIRÚRGICA               |    |    |    |               | 29/30<br>ENF. SIMÃO<br>CLÍNICA CIRÚRGICA<br>APMI               |    |    |    |    |    |   |   |
| Ana Claudete Campos<br>Ana da Rocha<br>Alinaldo Schimanski<br>Arônica Naidek Camargo<br>Liana Ap. Lançana<br>Terezinha da Luz<br>Terlei dos Santos  | 08,09,10<br>ENF. ANA PAULA<br>REGIONAL HOSPITAL<br>CLÍNICA CIRÚRGICA |   |   |    |    |       | ENF. SIMÃO<br>APMI<br>MANHÃ<br>CENTRO CIRÚRGICO                      |    |    |    |               | 29/30<br>ENF. ONDINA<br>CLÍNICA CIRÚRGICA<br>SÃO BRAZ          |    |    |    |    |    |   |   |

HORARIO: MANHÃ 07:00 - 12:00 HORAS

TARDE 13:00 - 19:00 HORAS

03.2001 - 19:00 HORAS - CONSELHO DE CLASSE FINAL

**ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PORTO UNIÃO**

CRONOGRAMA ESTÁGIO DE ENFERMAGEM MÉDICA - 160 HORAS

| MESES<br>ALUNOS   | MARÇO                                    |   |   |   |   |    |    |    |    |    | MARÇO ABRIL   |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ABRIL   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|---|--|---|---|---|---|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
|   | 5  | 6 | 7 | 8 | 9 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 19  | 20 | 21 | 22 | 23 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 | 10 | 20 | 21 | 22 | 27 | 28 |
| Ana Maria C. Fryder<br>Raquel Ines S. Santos<br>Maria Madalena Turkot<br>Marco J.A. de Oliveira<br>Eugênia Delonzek<br>Elair Terezinha S. Trento<br>Edilson do Valle<br>Anderson Fabio Odppes | MANHÃ<br>CLÍNICA MÉDICA                  |   |   |   |   |    |    |    |    |    | SÃO BRAZ<br>TARDE<br>UTI / EMERG                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    | SEM<br>ATIVIDADE                                      |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| Cristina Sidor Neubauer<br>Paulo E. Bauermeister<br>Alice Delonzek<br>Ivanice M. da Rosa<br>Júlio Nunes Junior<br>André Fellip Dillenburg<br>Ren. José Aguiar<br>Nadalete Colli               | SÃO BRAZ<br>TARDE<br>UTI / EMERG         |   |   |   |   |    |    |    |    |    | SÃO BRAZ<br>MANHÃ<br>CLÍNICA MÉDICA                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    | SEM<br>ATIVIDADE                                      |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| Gisele Kempinski<br>Sandro José Krawczik<br>Solange Lech<br>Neusa Martins Custódio<br>Elenice Marcianiak<br>Fernanda R. Liscoski<br>Lisiane Aparecida Silva                                   | 23, 24, 25<br>SÃO BRAZ<br>CLÍNICA MÉDICA |   |   |   |   |    |    |    |    |    | 30, 31, 01 / 06, 07, 08<br>REGIONAL<br>CLÍNICA MÉDICA |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 20, 21, 22 / 27, 28, 29<br>REGIONAL<br>UTI / EMERG    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| Carla Carolina O. Setim<br>Glacis Antonelli Bolsoni<br>Marcia Zadoreski<br>Élcio Rosa<br>Alexandre G. Henrique<br>Marstela Morandi<br>Marcia Ap. Przybichewski<br>Dilandre de F. Santana      | 23, 24, 25<br>REGIONAL<br>UTI / EMERG    |   |   |   |   |    |    |    |    |    | 30, 31, 01 / 06, 07, 08<br>SÃO BRAZ<br>CLÍNICA MÉDICA |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 20, 21, 22 / 27, 28, 29<br>REGIONAL<br>CLÍNICA MÉDICA |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| Arzemiro Bez.<br>María Claudete Campos<br>Lucila da Rocha<br>José Inaldo Schimanski<br>Verônica Naidek Camargo<br>Gilmara Ap. Lançana<br>Arli Terezinha da Luz<br>Vanderlei M. dos Santos     | 23, 24, 25<br>REGIONAL<br>CLÍNICA MÉDICA |   |   |   |   |    |    |    |    |    | 30, 31, 01 / 06, 07, 08<br>REGIONAL<br>UTI / EMERG    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 20, 21, 22 / 27, 28, 29<br>SÃO BRAZ<br>CLÍNICA MÉDICA |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |

HORÁRIO: MANHÃ 07:00 - 12:00 HORAS  
 TARDE 13:00 - 18:00 HORAS  
 30.04.2001 - CONSELHO DE CLASSE FINAL



**ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DE PORTO UNIÃO**  
**CRONOGRAMA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM I – 2000 II**  
**PERÍODO: 03.11.2000 A 16.12.2000 e 12.01.2000 a 19.01.2001**  
**CARGA HORÁRIA TOTAL: 300 hora/aula // Teórica: 170 h/a Prática: 130 h/a.**

| <b>DATAS</b>             | <b>CARGA HORÁRIA</b> | <b>PROFESSOR</b>              | <b>CONTEÚDO</b>   |
|--------------------------|----------------------|-------------------------------|---|
| 03.11.2000               | 2 AULAS              | ONDINA                        | INTRODUÇÃO A DISCIPLINA                                       |
| 03.11.2000               | 3 AULAS              | ONDINA/<br>VALDIRENE          | VISITA AO HOSPITAL  |
| 03.11.2000               | 5 AULAS              | ONDINA                        | HISTÓRIA DA ENFERMAGEM  |
| 04.11.2000               | 10 AULAS             | ONDINA                        | ASSEPSIA MÉDICA CIRÚRGICA<br>LAVAGEM MÃOS, CALÇAR LUVAS       |
| 6/11/2000                | 5 AULAS              | VALDIRENE                     | UNIDADE DO PACIENTE<br>LIMPEZA E PREPARO DO LEITO             |
| 7/11/2000                | 5 AULAS              | VALDIRENE                     | ADMISSÃO, ALTA,<br>TRANSFERENCIA<br>E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
| 8,9 /11/2000             | 10 AULAS             | VALDIRENE                     | SINAIS VITAIS   |
| 17/11/2000               | 10 AULAS             | RONI                          | BANHO DE LEITO, HIGIENE ORAL,<br>XAMPU, LAVAGEM EXTERNA       |
| 18/11/2000               | 5 AULAS              | RONI                          | MUDANÇAS DE DECÚBITO,<br>POSIÇÕES                             |
| 18/11/2000               | 5 AULAS              | RONI                          | RESTRICÇÕES E MOVIMENTAÇÕES                                   |
| 20/21<br>22/11/2000      | 15 AULAS             | VALDIRENE                     | ADMINISTRAÇÃO<br>MEDICAMENTOS                                 |
| 23/11/2000               | 5 AULAS              | VALDIRENE                     | APLICAÇÕES QUENTES E FRIAS<br>FLUIDOTERAPIA                   |
| 01,02/12/2000            | 20 AULAS             | ONDINA                        | CÁLCULOS DE DOSAGENS  |
| 4,5/12/2000              | 10 AULAS             | VALDIRENE                     | OXIGENIOTERAPIA<br>ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES                     |
| 6/12/2000                | 5 AULAS              | VALDIRENE                     | ENEMAS E COLOSTOMIA   |
| 7/12/2000                | 5 AULAS              | VALDIRENE                     | PREPARO CORPO APÓS MORTE                                      |
| 15,16/12/2000            | 15 AULAS             | RONI                          | CURATIVOS, RP e BANDAGEM                                      |
| 16/12/2000               | 5 AULAS              | RONI                          | SONDAGEM GÁSTRICA E<br>ENTERAL<br>ALIMENTAÇÃO                 |
| 12/01/2001               | 10 AULAS             | ONDINA                        | CATETERISMO VESICAL   |
| 13/01/2001               | 10 AULAS             | ONDINA                        | TERMINOLOGIA CIENTÍFICA                                       |
| 18/01/2001<br>19/01/2001 | 10 HORAS             | ONDINA/<br>RONI/<br>VALDIRENE | PROVA TEÓRICA FINAL<br>ENTREGA CADERNETA<br>PROVA PRÁTICA     |

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA

GERÊNCIA EDUCACIONAL DE JOINVILLE

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DE PORTO UNIÃO

III FASE 2001 / II

| DISCIPLINAS    | CI INÍCIO   | TÉRMINO  | DATAS   | PROFESSOR               |
|----------------|-------------|----------|---|-------------------------|
| CIRÚRGICA I    | 9/04/05/01  | 02/06/01 | 4,5,7,8,9,10,11,18,19,21,22,23,24,28,01,02/06 | Ondina, Jediael, Sirlei |
| CIRÚRGICA II   | 11/06/06/01 | 03/07/01 |   | Sirlei Jediael          |
| OBSTETRICIA I  | 5/06/07/01  | 14/07/01 | 6,7,9,10,11,12,12,14/07                       | Juraci                  |
| NEONATOLOGIA I | 27/07/01    | 04/08/01 | 27,28,03,04/08                                |                         |
| PEDIATRIA I    | 5/06/07/01  | 24/08/01 | 6,7,8,9,10,17,18,20,21/08                     |                         |

FÉRIAS - 16 A 26/07

IV FASE 2001/II

|                  |          |          |   |  |
|------------------|----------|----------|---|--|
| MAT. INFANTIL II | 166      | 03/08    | 11/10/01  |  |
| SAÚDE PÚBLICA I  | 15/10/01 | 14/11/01 | 15,16,17,18,19,26,27,29,30,31,01,09,10,11,12,13,14/11 |  |
| SAÚDE PÚBLICA II | 19/11/01 | 13/12/01 |   |  |

FÉRIAS 15/12 A 13/01/2002

|                  |          |          |                         |  |
|------------------|----------|----------|-------------------------|--|
| ADMINISTRAÇÃO I  | 18/01/02 | 25/01/02 | 18,19,21,22,23,24,25/01 |  |
| PSIQUIATRIA I    | 01/02/02 | 08/02/02 | 01,02,4,5,6,7,8/02      |  |
| ADMINISTRAÇÃO II | 14/02/02 | 20/02/02 |                         |  |
| PSIQUIATRIA II   | 21/02/02 | 28/02/02 |                         |  |

FORMAÇÃO 2001

I FASE 2000/2

| DISCIPLINAS          | PERÍODO            | DATAS                    | PROFESSOR            | CH  |
|----------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|-----|
| PSICOLOGIA E ÉTICA   | 11/08 a 25/08/2000 | 11,12,25/08              | ONDINA               | 30  |
| HIGIENE E PROFILAXIA | 18/08 a 19/08/2000 | 18,19/08                 | RONI                 | 20  |
| MICRO E PARASITOL    | 26/08 a 09/09/2000 | 26,1,2,8,9/9             | MARLISE              | 50  |
| ESTUDOS REGIONAIS    | 15/09 a 16/09/2000 | 15,16/9                  | Everton Carlos Crina | 20  |
| NUTRIÇÃO E DIETÉTICA | 22/09 a 23/09/2000 | 22,23/09                 | RONI                 | 20  |
| ANATOMIA E FISILOGIA | 29/09 a 21/10/2000 | 29,30,6,7,13,14,20,21    | MARLISE              | 80  |
| FARMACOLOGIA         | 27/10 a 28/10/2000 | 27,28/10                 | ONDINA               | 20  |
| FUNDAMENTOS ENFGEM I | 03/11 a 16/12/2000 | 3,4,10,11,17,18,24,25/11 | Roni                 |     |
|                      | 12/01 a 19/01/2001 | 1,2,8,9,15,16/12         | VALDIRENE            | 170 |
|                      |                    | 12,13,19/01/2001         | RONI/ONDINA          | 410 |

II FASE - 2001/1

|                       |                    |                           |  |     |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|--|-----|
| FUNDAMENTOS ENFGEM II | 22/01 a 26/02/2001 |                           |  | 130 |
| CLINICA MÉDICA I      | 09/03 a 20/04/2001 | 9,10,16,17,23,24,30,31/03 |  | 130 |
|                       | 19/02 a 31/03      | 6,7,13,14,20/04           |  |     |
| CLINICA MÉDICA II     | 02/04 a 06/06/2001 |                           |  | 160 |

02/04 a 17/05

*Bisiane*

# ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA

## CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PORTO UNIÃO

### CRONOGRAMA ESTÁGIO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA II - 90 HORAS

| MESES   | NOVEMBRO   | NOVEMBRO  | DEZEMBRO  |
|---|--|---|---|
| ALUNOS  | 19 20 21 22 23 26  | 27 28 29 30 03 04   | 05 06 07 10 11 12   |
| Alexandre G. Henrique<br>Maria Fryder <i>matilde</i><br>Carolina O Setim <i>alicia</i><br>Wilson do Valle<br>Ilio Nunes Junior<br>Aristela Morandi <i>Luiz</i><br>Quel Ines S. Santos<br>Lange Lech | PRONTO ATENDIMENTO<br>VESPERTINO<br>Enf. Jediael Camargo   | PSF - LIMEIRA<br>VESPERTINO<br>Enf. Ana-Cristina da Silva<br><i>marlise</i>             | SECRETARIA DE SAÚDE<br>PORTO UNIÃO<br>VESPERTINO<br>Enf. Simão Ilczyszyn                |
| Lenice Marcianiak<br>seli Kempinski<br>inice M. da Rosa<br>Marcia Zadoreski<br>Marcio J. A de Oliveira<br>Julio E. Bauermeister<br>ni José Aguiar   | PSF - LIMEIRA<br>MATUTINO<br>Enf. Ana-Cristina da Silva<br><i>marlise</i>                          | PSF - SALETE<br>MATUTINO<br>Enf. Ana Paula Stelmach                                     | SECRETARIA DE SAÚDE<br>PORTO UNIÃO<br>MATUTINO<br>Enf. Marly T.D.L.Maffezzolli          |
| Boir Terezinha S. Trento<br>Eugênia Delonzek <i>Ana</i><br>Adis Antonelli Bolsoni<br>Iriane Aparecida Silva<br>Marcia Ap. Prybichewski<br>Maria Madalena <i>marlise</i><br>Luisa Martins Custódio   | <i>Porto União</i><br>SECRETARIA DE SAÚDE<br>PORTO UNIÃO<br>MATUTINO<br>Enf. Marly T.D.Maffezzolli | PSF - SAGRADA FAMÍLIA<br>MATUTINO<br>Enf. Marlise Ceretta Kuyava<br><i>Ana Cristina</i> | PRONTO ATENDIMENTO<br>VESPERTINO<br>Enf. Jediael Camargo                                |
| Alice Delonzek <i>marlise</i><br>Anderson Fabio Odppes<br>André Fellip Dillenburg<br>Cristina Sidor Neubauer<br>Elcio Rosa<br>Fernanda R. Liscoski<br>Dalete Colli<br>André José Krawczik           | SECRETARIA DE SAÚDE<br>PORTO UNIÃO<br>VESPERTINO<br>Enf. Simão Ilczyszyn                           | PRONTO ATENDIMENTO<br>VESPERTINO<br>Enf. Jediael Camargo                                | PSF - SAGRADA FAMÍLIA<br>MATUTINO<br>Enf. Marlise Ceretta Kuyava<br><i>Ana Cristina</i> |
| Artj Terezinha da Luz<br>Ademiro Bez<br>André de F. Santana<br>Mara Ap. Lançana<br>José Inaldo Schimanski<br>Lucila da Rocha<br>Ivéria Claudete Campos<br>Tônia Naidek Camargo                      | BITURUNA<br>Enf. Sirlei Pedrollo Bez   | BITURUNA<br>Enf. Sirlei Pedrollo Bez  | BITURUNA<br>Enf. Sirlei Pedrollo Bez  |
| HORÁRIO: PSF - MATUTINO : 08 - 13 h<br>PRONTO ATENDIMENTO: 13-18 h  |  | PSF - VESPERTINO: 13 - 18 h<br>SECR.SAÚDE: 07-12h - 13 - 18h                            |   |
| 12/2001 19 :30 HORAS - CONSELHO DE CLASSE FINAL   |  |   |   |

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu forças para chegar até aqui, e a todos que de uma maneira ou outra me ajudaram.

Dedico a minha família que muito me apoiou e incentivou-me pelo meu esforço e dedicação.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....   | 07 |
| 2. A EMPRESA.....  | 09 |
| 2.1. Corpo Clínico.....  | 09 |
| 3. ESTUDO DE CASO.....   | 10 |
| 3.1. Apresentação.....   | 09 |
| 3.2. Anamnese.....   | 10 |
| 3.3. Exame físico.....   | 11 |
| 3.4. Diagnóstico principal .....                                 | 11 |
| 3.5. Conceito das doenças.....                                   | 11 |
| 3.5.1. D.B.P.OC.....   | 11 |
| 3.5.1.1. Fisiopatologia e etiologia .....                        | 13 |
| 3.5.1.2. Sintomatologia de D.B.P.OC.....                         | 13 |
| 3.5.1.3. Tratamento .....  | 13 |
| 3.5.1.4. Cuidados de enfermagem.....                             | 13 |
| 3.5.1.5. Orientações ao Paciente.....                            | 14 |
| 3.5.2. Insuficiência Respiratória.....                           | 14 |
| 3.5.2.1. Fisiopatologia e etiologia .....                        | 15 |
| 3.5.2.2. Manifestações Clínicas.....                             | 17 |
| 3.5.2.3. Tratamento.....   | 17 |
| 3.5.2.4. Cuidados de Enfermagem.....                             | 17 |
| 3.5.2.5. Orientação ao Paciente.....                             | 18 |
| 3.5.3. Tuberculose.....  | 18 |
| 3.5.3.1. Formas Anatomo-Clínicas da Tuberculose.....             | 19 |
| 3.5.3.1.1. Tuberculose de Primo Infecção.....                    | 19 |
| 3.5.3.1.2. Evolução do Complexo Primário Tuberculoso.....        | 20 |
| 3.5.3.1.3. Tuberculose por Reinfecção.....                       | 21 |
| 3.5.3.1.4. Evolução do Nódulo Apical.....                        | 21 |
| 3.5.3.1.5. Tuberculose Miliar por Disseminação Hematogênica..... | 22 |

|  |    |
|--|----|
| 3.5.3.2. Resistência Adquirida.....              | 23 |
| 3.5.3.3. Fisiopatologia e Etiologia.....         | 24 |
| 3.5.3.4. Sintomatologia.....                     | 24 |
| 3.5.3.5. Tratamento .....                        | 25 |
| 3.5.3.6. Cuidados de Enfermagem .....            | 25 |
| 3.5.3.7. Orientação ao Paciente.....             | 26 |
| 3.5.3.8. Tratamento Clínico e Medicamentoso..... | 26 |
| 3.6. Considerações Finais.....                   | 30 |
| CONCLUSÃO.....                                   | 31 |
| ANEXO 1.....                                     | 32 |
| Hemograma.....                                   | 33 |
| Balanço Hídrico – Sinais Vitais.....             | 34 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                  | 40 |

## LISTA DE SÍMBOLOS

DBPOC = Doença Bronco-Pulmonar Obstrutiva Crônica

SSVV = Sinais Vitais

P.A = Pressão Arterial

B.C = Bronquite Crônica

I.R.C = Insuficiência Respiratória Crônica

V.A = Vias Aéreas

C.V = Capacidade Vital

F.I.N = Força Inspiratória Negativa.

P.P.D = Derivado Proteína Purificada

I.R = Insuficiência Respiratória

Tb = Tuberculose



## 1. INTRODUÇÃO

Considerando a exigência do mundo de trabalho, é necessário um aperfeiçoamento cada vez mais criterioso, especificamente na área de saúde, motivo para qual a realização do Estágio visa dar melhores condições de aprendizagem no CTE.

O Estágio de Fundamentos de Enfermagem foi realizado no hospital São Braz no período de 22/01/01 à 26/02/01, conhecemos toda a unidade e a equipe com quem íamos trabalhar, e a função de cada setor.

Aprendemos todas as técnicas básicas, como arrumar um leito, calçar luvas, como lavar um leito, dar banho etc.

Cuidamos de pacientes, auxiliamos para o banho, arrumamos leito, foi realizado banho no leito, lavamos materiais no expurgo, verificamos sinais vitais, aprendemos trocar soro, fazer medicação, diluir e como administrar.

No estágio de UTI, cuidamos dos pacientes mais graves, que exigiam maior atenção, conhecemos todos os materiais, o carrinho de emergência, verificou-se SSVV a cada 2 horas, mudança de decúbito de 3/3h, banho no leito, medicação, evolução de enfermagem.

Durante os estágios de Clínica Cirúrgica, prestamos cuidados aos pacientes cirúrgicos, como SSVV, banho no leito, se necessário, auxiliamos no banho de aspersão, curativos, medicações etc.

No estágio de Centro Cirúrgico, nos paramentamos para poder entrar no CC, aprendemos como montar a mesa da instrumentadora, e a posição em que são colocados.

Observamos fazer a anestesia, antissepsia, assistimos a cirurgia de nódulo na mama, de próstata, hérnia incisional, colecistectomia, junção de fêmur, e a duas ou três cesárias, sempre cuidando para não contaminar nada e não atrapalhar o médico.

O estágio de Obstetrícia e Neonatologia, cuidamos da mãe e do R.N, demos banho de aspersão no R.N, fizemos kanation, teste do pezinho, SSVV na mãe, medicamos e fizemos evolução.

No estágio de Pediatria prestamos todos os cuidados às crianças, SSVV, banhos, medicações.

Já o estágio de Saúde Pública foi muito bom, fizemos visitas domiciliares, cadastro do cartão SUS, verificamos PA dos hipertensos, vacinamos cachorros, fizemos curativos, assistimos a preventivos.

Em Psiquiatria, cuidamos das pessoas com problemas psicológicos.

Durante o Estágio de Administração, tivemos uma noção de como funciona a administração dos hospitais.

O estudo de caso constante neste relatório, foi realizado durante os estágios na clínica médica do hospital Regional Nossa Senhora Aparecida nos finais de semana, no período de 23/03/01 à 29/04/01, supervisionado pela professora Ondina.

## 2. A EMPRESA

Regional Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida, está situado na BR 476, Km 03 Bairro São Joaquim em União da Vitória PR.

Foi fundado em 28 de junho de 1956, com verba alemã. Foi inaugurado em 1973, iniciando seu funcionamento em 1974. De 1974 para cá vem crescendo em área física, corpo funcional, corpo clínico, equipamentos e atendimentos. É um hospital moderno com boas condições de atendimento e em franco desenvolvimento. Em 1995, foi considerado por dois órgãos de pesquisa, o melhor hospital da região; o mesmo também acontecendo em 1996.

A direção do hospital não está apenas preocupado em tratar doenças, mas também em promover saúde, isto é, hospital deixando de ser casa de doença e da morte, para se r casa da saúde e da vida.

Há uma administração participativa com objetivos transparentes e modernos, tendo Conselho de Administração (semanal); Comitê de Administração (mensal); Reuniões de Setores (mensal); Gasto c/ pessoal-proporcional ao faturamento (37,5%); Funcionários participam da lucratividade (10%).

### 2.1 - Corpo clínico

| Especialidade           | no. Profissionais |                           |    |                     |    |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|----|---------------------|----|
| Anestesiologia          | 02                | Otorrino                  | 01 | Cardiologia         | 03 |
| Neurolog. e Neurocirur. | 01                | Psiquiatria               | 02 | Pneumologia         | 01 |
| Clinica Médica          | 06                | Anatomia Patológica       | 02 | Urologia            | 01 |
| Pediatria               | 03                | Ginecol. e Obstetrícia    | 06 | Clínica Cirurgica   | 03 |
| Ortopedia               | 02                | Oftalmologia              | 03 | Cirurgia Torácica   | 01 |
| Gastroent. Cirúrgica    | 02                | Cirurg. Plástica Reparad. | 02 | Endocrinologia      | 01 |
| Tomo. Comp. E US        | 01                | Psicologia                | 01 | Fisioterapia        | 03 |
| Farmacêutica            | 01                | Assistência Social        | 01 | Odontólogos         | 03 |
| Enfermeiros             | 05                | Enferm./internamentos     | 30 | Enferm./Ambulatório | 06 |
| Enfermagem C.C.         | 06                |                           |    |                     |    |

## ESTUDO DE CASO

### 3.1. Apresentação

Este estudo relata um pouco da vida do paciente, suas patologias, DBPOC, Tuberculose e Insuficiência Respiratória, e todos os cuidados prestados.

O senhor J.M. portador dessas patologias, vem se tratando há 4 meses, começou sentindo febre e cefaléia, apresenta dispnéia e tosse com expectoração.

### 3.2. Anamnese

O paciente J.M. mora na Colônia Rio Vermelho, na linha E, em União da Vitória PR. É de nacionalidade brasileira, religião católica, cor branca, sexo masculino, 64 anos. Aposentado da lavoura, ganha 1 salário mínimo, casa própria, de madeira, simples, possui 1 TV, 1 geladeira, fogão a lenha, guarda-louças, pia, mesa, cadeiras, estudou somente até o 4º ano primário. Não possui automóvel.

Casado, 3 filhas, 4 netos. Moram 3 pessoas na casa, ele, a esposa e 1 filha, as outras duas são casadas.

Internou-se no dia 27/03/01 no hospital Regional, no período da tarde, chegou à casa hospitalar de carro acompanhado do irmão A.M., foi transportado para a mesma de cadeira de rodas, pois sentia-se muito fraco para deambular.

Em casa não estava se sentindo muito bem, o mesmo relatou que não conseguia se alimentar direito, apresentava anorexia, ele achou que não seria necessário ir para o hospital, e que logo melhoraria, mas por insistência de sua esposa e de seu irmão resolveu ir. Estava com dispnéia (dificuldade para respirar) já esteve internado duas vezes devido ao mesmo motivo, suas eliminações vesicais são presentes em bastante quantidade de cor escura, e intestinais ausentes.

### 3.3. Exame físico

O paciente apresenta cabelos grisalhos, curtos, couro cabeludo íntegro, olhos pretos, rosto envelhecido, usa dentadura, corpo sem cicatrizes, órgãos genitais sem quaisquer danos, unhas cortadas, pés e mãos sem deficiência, em perfeito estado.

Faz barba com auxílio, pois não tem coordenação motora nas mãos, banho diariamente, lava os cabelos uma vez por semana com xampu, higiene bucal duas vezes por dia, boa aparência.

### 3.4. Diagnóstico Principal

O diagnóstico principal foi DBPOC (doença bronco-pulmonar obstrutiva crônica) e secundário, insuficiência respiratória e tuberculose.

### 3.5 Conceito das doenças

#### 3.5.1. D.B.P.O .C.

DBPOC é uma mistura de três processos patológicos diferentes, que se combinam para formar o quadro clínico final.

Esses processos são a bronquite crônica, enfisema e, menos freqüente, a asma.

Cada caso de DBPOC é único na intensidade desses três processos, mas há dois tipos principais da doença. No primeiro tipo, a bronquite crônica é o principal determinante no processo.

Ela é definida como a produção excessiva de muco pela árvore brônquica, com tosse produtiva brônquica ou recorrente durante pelo menos três meses, por ano, por dois anos consecutivos, não resultantes de causas aparentes, como bronquiectasias, tuberculoses ou outras doenças que possam causar sintomas idênticos.

Não existe uma causa definida para bronquite crônica e vários fatores podem contribuir como: tabagismo, infecções no trato respiratório e poluição atmosférica.

Na maioria dos casos, a doença resulta em uma somação desses fatores, entre os quais o tabagismo ocupa o primeiro lugar.

É a inflamação e a secreção de mucos que determina o componente obstrutivo da bronquite crônica.

Em contraste com o enfisema, o leito capilar está relativamente preservado.

Ocorre um variado grau de enfisema, mas este usualmente é centrolobular e não panlobular.

Há um decréscimo da ventilação e o organismo responde com um aumento do débito cardíaco.

Isso resulta em uma circulação rápida em um pulmão pobremente ventilado, levando à hipoxemia e policitemia.

Eventualmente, hipercapnéia e acidose respiratória aparecem, levando a vasoconstrição arterial pulmonar e cor pulmonale. Com o aumento da retenção de  $\text{CO}_2$ , esses pacientes desenvolvem sinais de insuficiência direita do coração e são conhecidos como "blue bloates"- azul pletórico.

O segundo tipo predominante é constituído pelos pacientes cujo enfisema é o processo subjacente primário.

Enfisema é definido como uma alteração anatômica caracterizada pelo aumento anormal dos espaços aéreos distais ao bronquiolo terminal não respiratório, acompanhada por alterações destrutivas das paredes alveolares.

O tabagismo é a principal causa de enfisema e DBPOC.

A gasometria e pressão parcial dos gases são normais em relação aos pacientes com DBPOC.

Devido a diminuição do débito cardíaco, o resto do corpo pode sofrer de hipoxemia tecidual e caquexia respiratória.

Eventualmente esses pacientes desenvolvem diminuição da massa muscular e perda de peso, sendo conhecidos como soprador rosado.

### 3.5.1.1. Fisiopatologia e Etiologia

A causa exata de DBPOC é desconhecida, mas pode ocorrer com complicação da asma brônquica, bronquite.

O fumo e a poluição ambiental parecem desempenhar um papel importante no aparecimento do enfisema e fatores hereditários.

A DBPOC é a quarta causa de morte nos EUA, afetando 32 milhões de adultos, ocorre predominantemente nos indivíduos acima de 40 anos. O início da doença é lento, o paciente torna-se progressivamente dispneico, limitação progressiva aos exercícios e alterações no estado mental, o tórax rígido e as costelas fixadas em suas articulações. Pode provocar anorexia, perda de peso, cianose de extremidades, rosto avermelhado e arroxeadado.

### 3.5.1.2. Sintomatologia de DBPOC

Apresenta dificuldade para respirar, ausência de apetite, descompensação cardíaca.

Estes pacientes tendem a reter sódio, assim o uso de diurético pode causar hipocalemia.

### 3.5.1.3. Tratamento

Não existe tratamento específico, uma vez que se trata de uma doença irreversível.

O tratamento visa aliviar os sintomas e evitar o agravamento dos distúrbios pulmonares, antibióticos se houver infecção, expectorantes, broncodilatadores, oxigenioterapia e exercícios respiratórios.

### 3.5.1.4. Cuidados de enfermagem

É necessário:

- a) Observar e anotar dados sobre expectoração;

- b) Incentivar os pacientes a fazerem exercícios respiratórios;
- c) Estimular a ingestão de líquidos para promover maior fluidificação das secreções;
- d) Controlar SSVV;
- e) Orientar os pacientes fumantes quanto ao não uso do fumo;
- f) Cuidar na administração de aminofilina, porque a administração rápida pode provocar assistolia;

#### 3.5.1.5. Orientação ao paciente

O paciente foi orientado para que se possível abandone o vício do fumo, pois o fumo exerce uma irritação constante na mucosa dos brônquios fazendo com que ocorra a produção de mais muco predispondo à complicações.

#### 3.5.2. Insuficiência Respiratória

Insuficiência respiratória é a alteração na função do sistema respiratório que faz a  $PO_2$  cair abaixo de 50mmHg (hipoxemia) ou a  $PCO_2$  subir acima de 50mmHg (hipercapnia), conforme verificado pela gasometria arterial.

A insuficiência respiratória pode ser classificada em :

- a) Insuficiência respiratória aguda, caracterizada por hipoxemia, hipercapnia e acidemia (ph abaixo de 7,35), pois ocorre rapidamente, em geral dentro de minutos a horas ou dias.
- b) Insuficiência respiratória crônica, caracterizada por hipoxemia ( $PO_2$  baixa) ou hipercapnia ( $PCO_2$  elevada) com um ph normal (7,35 a 7,40) (obs.: surge em um período de meses a anos, possibilita a ativação de mecanismos compensatórios).
- c) Insuficiência respiratória aguda e crônica, caracterizada pelo aumento súbito no grau de hipoxemia ou hipercapnia nos pacientes com I.R.C. prévia. Pode ocorrer após uma infecção respiratória alta aguda ou pneumonia, ou sem uma causa



óbvia, o grau de deterioração é mais bem avaliado comparando-se a gasometria arterial atual do paciente com gasometria anteriores (normais).

### 3.5.2.1. Fisiopatologia ou Etiologia

A falência da oxigenação é caracterizada pela redução na  $PO_2$  e por um  $PCO_2$  normal ou baixa.

O principal problema é a incapacidade de oxigenar adequadamente o sangue, o que resulta em hipoxemia.

Sobrevêm hipoxemia porque a lesão da membrana alvéolo-capilar causa extravasamento do líquido para o espaço intersticial, ou para dentro dos alvéolos, e retarda ou impede o movimento de oxigênio dos alvéolos para o leito capilar pulmonar.

Normalmente, esta lesão é generalizada, resultando em muitas áreas de hipoventilação ou na não ventilação do pulmão. As conseqüências resultam em grave desequilíbrio ventilação-perfusão e shunt.

A hipocapnia decorre da hipoxemia e da menor complacência pulmonar.

O líquido no interior dos pulmões torna estes menos complacentes (mais rígidos).

A modificação da complacência estimula de maneira reflexa o aumento em resposta à hipoxemia. Por fim, a  $PCO_2$  subirá e o paciente apresentará elevação da  $PCO_2$  e queda da  $PO_2$  se o tratamento não tiver êxito.

A etiologia inclui:

- a) Edema pulmonar cardiogênico (insuficiência ventricular esquerda; estenose e mitral);
- b) Síndrome de angústia respiratória do adulto ou SARA (choque de qualquer etiologia; causas infecciosas como sépsis Gramnegativa, pneumonia viral, pneumonia bacteriana, traumatismo, tal como embolia gordurosa, traumatismo craniano, contusão pulmonar, aspiração de suco gástrico, semi-afogamento, inalação de toxinas, como altas concentrações de oxigênio, fumaça, substâncias químicas corrosivas, condições hematológicas, como transfusões volumosas, pós-derivação cardiopulmonar e distúrbios metabólicos como pancreatite e uremia);

c) Insuficiência ventilatória com pulmões normais, é caracterizada pela queda da  $PO_2$ , aumento da  $PCO_2$  e diminuição do pH.

O Principal problema é a estimulação deficiente do centro respiratório ou o movimento ineficiente da parede torácica, os quais resultem em hipoventilação dos alvéolos.

A hipercapnia decorre da deficiência da função neuromuscular ou porque a expansão da parede torácica limita a quantidade de dióxido de carbono eliminado dos pulmões.

O principal problema não está nos pulmões, a ventilação-minuto do paciente (volume corrente vezes o número de respirações por minuto) é insuficiente para permitir uma troca gasosa normal dos alvéolos.

O  $CO_2$  não eliminado pelos pulmões combina-se com o  $H_2O$  para formar o ácido Carbônico ( $H_2CO_3$ ). Isso predispõe a acidemia e queda do PH.

A Hipoxemia é uma consequência da hipercapnia.

A  $PO_2$  deve cair quando a  $PCO_2$  sobe, a menos que sejam acrescentados grandes quantidades de oxigênio ao ar inspirado.

A etiologia inclui:

- a) Atividade deficiente do centro respiratório (intoxicação medicamentosa, tal como dose excessiva de narcótico, anestesia gera; distúrbios vasculares, como insuficiência vascular cerebral, tumor do cérebro, traumatismo craniano, hipertensão intracraniana).
- b) Função ineficiente da parede torácica (doenças neuromusculares como Guillain Barré, miastenia grave, poliomielite, traumatismo da parede torácica, causando várias fraturas, traumatismo medular, cifoescoliose).
- c) Insuficiência ventilatória com pneumopatia intrínseca, é caracterizada pela queda do  $PO_2$  e diminuição do PH.
- d) O principal problema é a exacerbação aguda ou progressão crônica de uma pneumopatia existente, o que resulta em retenção de  $CO_2$ .

A hipercapnia ocorre porque a lesão do parênquima pulmonar e a obstrução das vias aéreas limita a quantidade de dióxido de carbono removida pelos pulmões.

O Principal problema é a pneumopatia existente, geralmente bronquite crônica, enfisema ou asma grave.

Isto reduz a eliminação de  $CO_2$  dos pulmões.

### 3.5.2.2 Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas apresentam:

- a) Hipoxemia: agitação, impaciência, dispnéia, desorientação, confusão, delírio, perda da consciência;
- b) Hipercapnia: cefaléia, sonolência, tonteira, confusão;

A princípio traquipnéia, depois bradipnéia, quando o indivíduo não consegue mais compensar, uso dos músculos acessórios, respiração assíncronas.

### 3.5.2.3. Tratamento

O tratamento ministrado foi:

- a) oxigenoterapia para corrigir a hipoxemia;
- b) fisioterapia respiratória e hidratação para mobilizar as secreções;
- c) broncodilatadores e possivelmente corticosteróides para reduzir o broncoespasmo e a inflamação;
- d) diuréticos para a congestão pulmonar;
- e) ventilação mecânica, se indicado.

### 3.5.2.4. Cuidados de Enfermagem

As orientações quanto aos cuidados de enfermagem foram:

- a) Administrar antibióticos, medicamentos cardíacos e diuréticos prescritos para o distúrbio subjacente;
- b) Administrar oxigênio para manter a PO<sub>2</sub> em 60 mm Hg ou a SaO<sub>2</sub>>90% usando dispositivos que forneçam grandes concentrações de oxigênio (máscara de aerosol, máscara com reinalação parcial, máscara sem reinalação);
- c) Monitorar o balanço hídrico medindo a ingesta e o débito, a densidade específica da urina, o peso diário e a medida direta da pressão capilar pulmonar, para detectar a presença de hipo/hipercolemia;

- d) Verificar as alterações sugestivas de aumento do trabalho da respiração (sudorese, retração dos músculos intercostais) ou de edema pulmonar;
- e) Verificar os sons respiratórios;
- f) Verificar o nível de consciência e a capacidade de tolerar um aumento no trabalho da respiração;
- g) Determinar a CV, a frequência respiratória, a FIN.

#### 3.5.2.5 Orientação ao Paciente

As orientações ao Paciente foram:

- a) Instruir o paciente com pneumopatia preexistente a procurar intervenção precoce para infecções, com o objetivo de impedir a insuficiência respiratória aguda;
- b) Ensinar a posologia dos medicamentos ao paciente;
- c) Incentivar os pacientes em risco, em especial os idosos e aqueles com pneumopatia, a procurar imunizações anuais contra a influenza e a pneumonia pneumocócica.

#### 3.5.3. Tuberculose

Doença grave, transmitida pelo ar, que pode atingir todos os órgãos do corpo, em especial os pulmões.

O microorganismo causador da doença é o bacilo de Koch, cientificamente chamado de *Mycobacterium tuberculosis*.

Apesar de também atingir vários órgãos do corpo, a doença só é transmitida por quem estiver infectado com o bacilo nos pulmões.

A disseminação acontece pelo ar; o espirro de uma pessoa infectada joga no ar cerca de dois milhões de bacilos, pela tosse, cerca de 3,5 mil partículas são liberadas.

Os bacilos da tuberculose jogados no ar permanecem em suspensão durante horas.

Quem espirra em um ambiente onde passou um tuberculoso pode se infectar.

O indivíduo que entra em contato pela primeira vez com o bacilo de Koch não tem ainda resistência natural, mas adquire.

Se o organismo não estiver debilitado, consegue matar o microorganismo antes que este se instale como doença. É também estabelecida proteção contra futuras infecções pelo bacilo.

Após um período de 15 dias, os bacilos passam a se multiplicar facilmente nos pulmões, pois ainda não há proteção natural do organismo contra a doença. Se o sistema de defesa não conseguir encurralar o bacilo, instala-se a tuberculose primária, caracterizada por pequenas lesões (nódulos) nos pulmões.

Com o tempo e sem o tratamento, o avanço da doença começa a provocar sintomas mais graves. De pequenas lesões, os bacilos cavam as chamadas cavernas tuberculosas nos pulmões, que costumam inflamar e sangrar com frequência. A tosse, nesses casos, não é seca mas com pus e sangue. É chamada hemoptise.

Como o bacilo de Koch se reproduz e desenvolve rapidamente em áreas do corpo com muito oxigênio, o pulmão é o principal órgão do corpo a ser atingido pela tuberculose.

Atualmente, consiste na principal preocupação mundial em relação a doença. O abandono do tratamento faz com que os bacilos se tornem resistentes aos medicamentos e estes deixam de surtir efeito.

A tuberculose resistente pode desencadear uma nova onda da doença virtualmente incurável em todo o mundo.

Os números da doença são:

- a) 1/3 da população mundial está infectada com o bacilo da tuberculose;
- b) 45 milhões de brasileiros estão infectados;
- c) 5 a 10% dos infectados contraem a doença;
- d) 30 milhões de pessoas no mundo podem morrer da doença nos próximos 10 anos;
- e) 6 mil brasileiros morrem de tuberculose por ano.

### 3.5.3.1. Formas anatomo-clínicas da Tuberculose

#### 3.5.3.1.1 Tuberculose de primo infecção ( primária ou infantil) primeiro contato com o bacilo.

Ela é representada pelo complexo primário tuberculoso ou tríade lesional, assim sendo:

- a) nódulo de Ghon-Kuss (subpleural);
- b) Linfagite ( vaso linfático comprometido);
- c) Linfadenite (linfonado comprometido).

A primo infecção ocorre principalmente no pulmão. O bacilo localiza-se o mais periféricamente possível (no alvéolo da região subpleural), ou seja, no andar médio subpleural.

Inicialmente a lesão alveolar é exudativa e dura alguns dias.

Os polimorfosnucleares do exudato são destruídos pelo bacilo. Depois chegam os histiócitos, que formam o nódulo histiocitário subpleural, e, por fim, formam-se as células epitelióides.

O nódulo mede cerca de 5 a 6 mm e corresponde a um conglomerado no qual aparece a necrose cerca de dez dias após a entrada do bacilo. Nesta fase ocorre a viagem do PPD, pois já há o processo inflamatório o qual atinge vasos linfáticos. Então formam-se gânglios linfáticos mediastinais de acordo com o número de bacilos, resistência e patogenicidade do bacilo. Quanto maior a intensidade desses fatores, maior o número de nódulos.

Por outro lado, quanto maior a resistência do indivíduo, menor a quantidade de nódulos.

Esses gânglios também são comprometidos.

#### 3.5.3.1.2. Evolução do Complexo Primário Tuberculoso

Ele tem tendência ao desaparecimento em 90 a 95 % dos casos, dando apenas como sintomas, febre, resfriado, cura e sensibilização pela tuberculose.

Quando a evolução da lesão termina com cura, resolução, fibrose e calcificação, nesse caso origina-se o nódulo residual do complexo primário tuberculoso, o qual dura pelo resto da vida. Ele é calcificado e, por vezes, ossificado.

Em alguns casos ocorre a progressão da doença para dois tipos de processos:

- a) processo exudativo;
- b) processo produtivo.

Na pneumonia gelatinosa, o exudato possui aspecto gelatinoso e o pulmão

A primo infecção ocorre principalmente no pulmão. O bacilo localiza-se o mais periféricamente possível (no alvéolo da região subpleural), ou seja, no andar médio subpleural.

Inicialmente a lesão alveolar é exudativa e dura alguns dias.

Os polimorfosnucleares do exudato são destruídos pelo bacilo. Depois chegam os histiócitos, que formam o nódulo histiocitário subpleural, e, por fim, formam-se as células epitelióides.

O nódulo mede cerca de 5 a 6 mm e corresponde a um conglomerado no qual aparece a necrose cerca de dez dias após a entrada do bacilo. Nesta fase ocorre a viagem do PPD, pois já há o processo inflamatório o qual atinge vasos linfáticos. Então formam-se gânglios linfáticos mediastinais de acordo com o número de bacilos, resistência e patogenicidade do bacilo. Quanto maior a intensidade desses fatores, maior o número de nódulos.

Por outro lado, quanto maior a resistência do indivíduo, menor a quantidade de nódulos.

Esses gânglios também são comprometidos.

#### 3.5.3.1.2. Evolução do Complexo Primário Tuberculoso

Ele tem tendência ao desaparecimento em 90 a 95 % dos casos, dando apenas como sintomas, febre, resfriado, cura e sensibilização pela tuberculose.

Quando a evolução da lesão termina com cura, resolução, fibrose e calcificação, nesse caso origina-se o nódulo residual do complexo primário tuberculoso, o qual dura pelo resto da vida. Ele é calcificado e, por vezes, ossificado.

Em alguns casos ocorre a progressão da doença para dois tipos de processos:

- a) processo exudativo;
- b) processo produtivo.

Na pneumonia gelatinosa, o exudato possui aspecto gelatinoso e o pulmão assume consistência também gelatinosa.

O tubérculo pode erodir vasos linfáticos, alcançando linfonodos regionais e ducto torácico.

assume consistência também gelatinosa.

O tubérculo pode erodir vasos linfáticos, alcançando linfonodos regionais e ducto torácico.

Com isso, teremos disseminação da tuberculose. Ainda pode haver também erosão de vasos sanguíneos gerando a disseminação pulmonar ou sistêmica.

A propagação pelo sangue (hematogênica) origina o quadro de tuberculose miliar, na qual encontramos múltiplos nódulos em diversos órgãos.

O nódulo residual, apesar de calcificado, possui bacilos vivos.

Eventualmente numa queda de resistência, os bacilos podem se desenvolver, caracterizando a reinfecção endógena.

#### 3.5.3.1.3. Tuberculose por Reinfecção

Na reinfecção endógena (por primo infecção) ou exógena (reesposição ambiental ao bacilo) encontramos lesões tuberculosas na região alveolar.

Enquete com estudantes de medicina permitiu estudo radiológico que demonstrava o processo exudativo na região subclavicular. Na maioria deles a lesão desaparecia, em outros, a tuberculose evoluía, podendo causar cavernas tuberculosas.

Esse fenômeno foi descrito por Aschoff e Puhl (Lesão Apical) e foi denominado Nódulo de Aschoff e Puhl.

Nódulo de Aschoff e Puhl: com o tratamento quimioterápico pode desaparecer. Se tal nódulo persistir, material necrótico cai na árvore brônquica podendo se disseminar pelo resto do pulmão, caracterizando uma disseminação ápico-caudal ou endocanolicular. Pode haver comprometimento de ácinos alveolares como o que ocorre na tuberculose acinoalveolar, característica da tuberculose de disseminação endobrônquica ou endocanolicular

#### 3.5.3.1.4. Evolução do Nódulo Apical

Se o bacilo se disseminar pela via hematogênica, a tuberculose desenvolver-se-á em qualquer órgão e então será chamada de tuberculose miliar.



Antigamente estabelecia-se igualdade de pressão atmosférica entre pleura e lesão, gerando o pneumotórax e a tendência à cura da caverna está nas regiões apicais acometidas.

Se a caverna estivesse perto do diafragma, esmagava-se o nervo frênico e imobilizava-se o diafragma.

Então, fazia-se o pneumotórax para colobar as cavernas tuberculosas.

Outras formas de portal de entrada de tuberculose são o aparelho digestivo (pela ingestão de alimentos contaminados com o bacilo bovino ou tuberculosis) sendo rara sua ocorrência. Nesse caso o complexo primário da tuberculose desenvolve-se no intestino, após passar pelo estômago, mais precisamente na placa de Peyer.

Pelos vasos linfáticos e, a partir daí, os bacilos atingem os linfonodos da raiz do mesentério. A lesão no intestino é similar a que ocorre no pulmão.

Outras portas: cutânea (comum em indivíduos com lesões na pele, que trabalham com materiais contaminados com o bacilo). Forma-se então o complexo tuberculoso primário que pode aparecer não só no pulmão, mas também na mão, no braço, linfonodos, trocleares ou axilares. A via placentária de transmissão tuberculosa não existe, pois o bacilo não atravessa a placenta.

#### 3.5.3.1.5. Tuberculose Miliar por Disseminação Hematogênica

Ela pode ou não envolver nos órgãos, voltando a evoluir quando há menor resistência, causando tuberculose no órgão em questão.

Na tuberculose, num órgão isolado após menor resistência, houve o desenvolvimento de bacilos, o que não ocorreu nos outros. Tuberculose intestinal pode ter duas vias de disseminação:

Hematogênica e digestiva. No primeiro caso há disseminação das úlceras tuberculosas originando tuberculose miliar no intestino. Por outro lado, há a via de disseminação digestiva, na qual ocorre deglutição de material contaminado, proveniente do próprio pulmão doente.

O curso de infecção da tuberculose varia nas pessoas de acordo com a resistência racial ou individual. Quanto maior a resistência, melhor será a evolução da doença. Índios e negros possuem menor resistência ao bacilo gerando então, a tuberculose racial.

Se a caverna estivesse perto do diafragma, esmagava-se o nervo frênico e imobilizava-se o diafragma.

Então, fazia-se o pneumotórax para colobar as cavernas tuberculosas.

Outras formas de portal de entrada de tuberculose são o aparelho digestivo (pela ingestão de alimentos contaminados com o bacilo bovino ou tuberculosis) sendo rara sua ocorrência. Nesse caso o complexo primário da tuberculose desenvolve-se no intestino, após passar pelo estômago, mais precisamente na placa de Peyer.

Pelos vasos linfáticos e, a partir daí, os bacilos atingem os linfonodos da raiz do mesentério. A lesão no intestino é similar a que ocorre no pulmão.

Outras portas: cutânea (comum em indivíduos com lesões na pele, que trabalham com materiais contaminados com o bacilo). Forma-se então o complexo tuberculoso primário que pode aparecer não só no pulmão, mas também na mão, no braço, linfonodos, trocleares ou axilares. A via placentária de transmissão tuberculosa não existe, pois o bacilo não atravessa a placenta.

#### 3.5.3.1.5. Tuberculose Miliar por Disseminação Hematogênica

Ela pode ou não envolver nos órgãos, voltando a evoluir quando há menor resistência, causando tuberculose no órgão em questão.

Na tuberculose, num órgão isolado após menor resistência, houve o desenvolvimento de bacilos, o que não ocorreu nos outros. Tuberculose intestinal pode ter duas vias de disseminação:

Hematogênica e digestiva. No primeiro caso há disseminação das úlceras tuberculosas originando tuberculose miliar no intestino. Por outro lado, há a via de disseminação digestiva, na qual ocorre deglutição de material contaminado, proveniente do próprio pulmão doente.

O curso de infecção da tuberculose varia nas pessoas de acordo com a resistência racial ou individual. Quanto maior a resistência, melhor será a evolução da doença. Índios e negros possuem menor resistência ao bacilo gerando então, a tuberculose racial.

Existem pessoas com resistência à tuberculose de origem genética que não apresentam tuberculose, mesmo em áreas ricas em bacilos.

Existem pessoas com resistência à tuberculose de origem genética que não apresentam tuberculose, mesmo em áreas ricas em bacilos.

Fatores raciais e individuais, no que diz respeito à hereditariedade, quanto maior o número de casos de tuberculose na família, maior a chance de aquisição de tuberculose por outros componentes da família. Gêmeos bi ou univitelinos tem 1/3 de chance de ter tuberculose se o irmão tiver a doença.

### 3.5.3.2 Resistência Adquirida

Imunidade e hipersensibilidade estão relacionados ao curso da tuberculose e do tratamento.

O bacilo tem lipóides em grande quantidade na sua estrutura própria. Além disso, existem muitos protídeos e hidrocarbonetos (menor importância). Tais lipóides agredem e sensibilizam o organismo.

Numa infecção posterior, o organismo reconhece o lipóide e desenvolve uma reação contra o bacilo (certa imunidade). Isso foi estudado por Koch da seguinte forma: pegou-se uma cobaia normal (nunca em contato com o bacilo) e nela era injetada na coxa, bacilos virulentos. Alguns dias depois, o ponto de inoculação desaparecia e aparecia um nódulo no lugar. Depois tal nódulo sofria ulcerações e o glânglio linfático próximo torna-se aumentado. Depois havia disseminação do bacilo e a cobaia morria.

Numa cobaia com tuberculose anterior, fazia-se o mesmo procedimento. Entretanto não havia nódulo e o ponto de inoculação aparentemente se curava. Tempos depois, aparecia uma úlcera que desaparecia gradualmente e se curava.

Nesse caso, o glânglio não aumentava de tamanho e a tuberculose não se disseminava. Este processo foi chamado de Fenômeno de Koch. Ele é explicado por um fenômeno alérgico que se desenvolve no indivíduo previamente sensibilizado pela tuberculose.

Cientistas atenuaram a virulência do bacilo e os inocularam no indivíduo normal causando sensibilização da pessoa. Quando a pessoa entra em contato com o bacilo, ocorre o que aconteceu com a Segunda cobaia.

A fibrose é uma reação do organismo contra a doença que cerca a infecção com tecido cicatricial. Os doentes hoje em dia, não tem mais necessidade de serem encaminhados para

Fatores raciais e individuais, no que diz respeito à hereditariedade, quanto maior o número de casos de tuberculose na família, maior a chance de aquisição de tuberculose por outros componentes da família. Gêmeos bi ou univitelinos tem 1/3 de chance de ter tuberculose se o irmão tiver a doença.

### 3.5.3.2 Resistência Adquirida

Imunidade e hipersensibilidade estão relacionados ao curso da tuberculose e do tratamento.

O bacilo tem lipóides em grande quantidade na sua estrutura própria. Além disso, existem muitos protídeos e hidrocarbonetos (menor importância). Tais lipóides agredem e sensibilizam o organismo.

Numa infecção posterior, o organismo reconhece o lipóide e desenvolve uma reação contra o bacilo (certa imunidade). Isso foi estudado por Koch da seguinte forma: pegou-se uma cobaia normal (nunca em contato com o bacilo) e nela era injetada na coxa, bacilos virulentos. Alguns dias depois, o ponto de inoculação desaparecia e aparecia um nódulo no lugar. Depois tal nódulo sofria ulcerações e o glânglio linfático próximo torna-se aumentado. Depois havia disseminação do bacilo e a cobaia morria.

Numa cobaia com tuberculose anterior, fazia-se o mesmo procedimento. Entretanto não havia nódulo e o ponto de inoculação aparentemente se curava. Tempos depois, aparecia uma úlcera que desaparecia gradualmente e se curava.

Nesse caso, o glânglio não aumentava de tamanho e a tuberculose não se disseminava. Este processo foi chamado de Fenômeno de Koch. Ele é explicado por um fenômeno alérgico que se desenvolve no indivíduo previamente sensibilizado pela tuberculose.

Cientistas atenuaram a virulência do bacilo e os inocularam no indivíduo normal causando sensibilização da pessoa. Quando a pessoa entra em contato com o bacilo, ocorre o que aconteceu com a Segunda cobaia.

A fibrose é uma reação do organismo contra a doença que cerca a infecção com tecido cicatricial. Os doentes hoje em dia, não tem mais necessidade de serem encaminhados para sanatórios. Entretanto, depois de uma certa melhora, devem continuar com cuidados caseiros e prosseguir com a supervisão médica.

sanatórios. Entretanto, depois de uma certa melhora, devem continuar com cuidados caseiros e prosseguir com a supervisão médica.

O enfermo deve permanecer no hospital até que as cavidades fechem e que o exame do escarro seja negativo.

Na tuberculose miliar aguda generalizada, o bacilo dissemina-se por todos os órgãos do corpo.

A doença de Pott é uma das formas mais graves de tuberculose, causando sérios prejuízos, já que ocorre nos ossos e na coluna vertebral, locais de difícil acesso.

Hoje em dia, existem duas maneiras muito fáceis de se identificar essas doenças. As radiografias (ou radiografias feitas em aparelhos móveis conhecidas como abreugrafias) e a prova de tuberculina, que consiste na injeção de um material com proteínas produzidas pelo bacilo na pele.

A reação positiva indica apenas que outros testes deverão ser realizados já que pacientes curados da doença ainda mantêm o mecanismo imunológico que acusa a reação.

#### 3.5.3.3. Fisiopatologia e Etiologia

A tuberculose, ao provocar doenças mínimas ou nulas, pode passar despercebida, embora depois de um período de incubação de quatro a seis semanas, apresente-se hipersensibilidade à tuberculina, o que indica, pelo menos, a existência de lesões primárias.

Em algumas ocasiões, o exame radiológico clássico não fornece dados suficientes para se estabelecer um diagnóstico positivo.

Então, recorre-se à tomografia, proporcionando uma série de radiografias de diversos planos paralelos e permite observar a presença de tubérculos e cavernas.

A tuberculina, embora não tivesse as propriedades de cura esperada, ficou provada que provocava uma reação positiva na pele perfurada dos sujeitos com lesões primárias, enquanto que a reação era negativa quando se aplicava em pessoas que não haviam sofrido infecção tuberculosa.

#### 3.5.3.4. Sintomatologia

O enfermo deve permanecer no hospital até que as cavidades fechem e que o exame do escarro seja negativo.

Na tuberculose miliar aguda generalizada, o bacilo dissemina-se por todos os órgãos do corpo.

A doença de Pott é uma das formas mais graves de tuberculose, causando sérios prejuízos, já que ocorre nos ossos e na coluna vertebral, locais de difícil acesso.

Hoje em dia, existem duas maneiras muito fáceis de se identificar essas doenças. As radiografias (ou radiografias feitas em aparelhos móveis conhecidas como abreugrafias) e a prova de tuberculina, que consiste na injeção de um material com proteínas produzidas pelo bacilo na pele.

A reação positiva indica apenas que outros testes deverão ser realizados já que pacientes curados da doença ainda mantêm o mecanismo imunológico que acusa a reação.

#### 3.5.3.3. Fisiopatologia e Etiologia

A tuberculose, ao provocar doenças mínimas ou nulas, pode passar despercebida, embora depois de um período de incubação de quatro a seis semanas, apresentasse hipersensibilidade à tuberculina, o que indica, pelo menos, a existência de lesões primárias.

Em algumas ocasiões, o exame radiológico clássico não fornece dados suficientes para se estabelecer um diagnóstico positivo.

Então, recorre-se à tomografia, proporcionando uma série de radiografias de diversos planos paralelos e permite observar a presença de tubérculos e cavernas.

A tuberculina, embora não tivesse as propriedades de cura esperada, ficou provada que provocava uma reação positiva na pele perfurada dos sujeitos com lesões primárias, enquanto que a reação era negativa quando se aplicava em pessoas que não haviam sofrido infecção tuberculosa.

#### 3.5.3.4. Sintomatologia

O sintoma mais conhecido da doença é a tosse, que se persistir, o paciente deve ser encaminhado ao médico. Ainda:

O sintoma mais conhecido da doença é a tosse, que se persistir, o paciente deve ser encaminhado ao médico. Ainda:

- a) febre;
- b) suor noturno (que chega a molhar o lençol);
- c) dor no tórax;
- d) aumento da temperatura à tarde;
- e) elevação da frequência do pulso;
- f) mal-estar;
- g) perda de peso lenta e progressiva;
- h) cansaço fácil;
- i) dor no peito;
- j) escarro com sangue;
- k) perda de apetite;
- l) indisposição.

#### 3.5.3.5. Tratamento

A prevenção usual é a vacina BCG, aplicada nos primeiros 30 dias de vida e capaz de proteger contra as formas mais graves da doença.

Se houver a contaminação, o tratamento consiste basicamente na combinação de três tipos de medicamentos: rifampicina, isoniazida e pirazinamida.

O tratamento dura em torno de seis meses.

Se o tuberculoso tomar as medicações corretamente, as chances de cura chegam a 95% dos casos.

É fundamental não interromper o tratamento, mesmo que os sintomas desapareçam.

A doença deve ser diagnosticada o mais cedo possível; o tratamento dependerá da extensão da tuberculose.

#### 3.5.3.6. Cuidados de Enfermagem

Os cuidados de Enfermagem foram:

- a) observar e anotar dados sobre a expectoração;
- b) incentivar os pacientes a fazerem exercícios respiratórios;
- c) estimular a ingesta de líquidos para promover maior fluidificação das secreções;
- d) controlar os SSVV, pois os broncodilatadores causam taquicardias;
- e) orientar os pacientes fumantes ao não uso do fumo, pois a inalação causa broncoconstrição e paralisia ciliar;
- f) quando administrado aminofilina por via oral, deve-se dar com leite, pois essa droga estimula o ácido clorídrico, provocando úlceras, pirose e náuseas; por via endovenosa, administrar lentamente ou gota a gota, pois a administração rápida poderá causar assistolia.

#### 3.5.3.7. Orientação ao paciente

As orientações ao paciente foram:

- a) não cuspir ou escarrar no chão;
- b) proteger tosse ou espirro com lenço, para não atingir outras pessoas;
- c) ventilar bem o quarto e a casa;
- d) evitar aglomerado de pessoas em ambientes fechados e sem ventilação;
- e) alimentação adequada, variada, alimentos limpos e cozidos corretamente;
- f) banho diário;
- g) evitar o fumo e bebidas alcoólicas;
- h) colocar ao sol travesseiros, cobertores e colchões.

#### 3.5.3.8. Tratamento Clínico e Medicamentoso

O médico prescreveu dieta hipossódica com 2 g de sal devido hipertensão, controle de SSVV conforme rotina:

- a) PA = 120/80
- b) P = 80



- c) R = 27  
d) T = 36,6°C

O paciente J.M. vinha sendo medicado com os seguintes fármacos:

a) Furosemida (genérico)

Marcas comerciais: Lasix. Lasix Long, Rovelan.

É um diurético e anti-hipertensivo.

Indicado para crise hipertensiva, edema (devido a distúrbios cardíacos, hepáticos ou renais) edema pulmonar agudo, hipertensão arterial (leve a moderada).

Reações Adversas: alterações no sangue; aumento da glicose sanguínea; aumento do ácido úrico; barulho nos ouvidos; câibras; coceiras; confusão mental; cor amarelada na pele ou nos olhos; desidratação; dor abdominal intensa; fraqueza; hematomas; inflamação na garganta; mudança de humor; náuseas; perda do apetite; queda da pressão ao se levantar; surdez temporária (após injeção intravenosa muito rápida); vômito.

b) Aldactone ( genérico Espirolactona)

Marcas Comerciais: Aldactone (Searle)

Diurético poupador de Potássio e anti-hipertensivo; indicado para edema; hipertensão arterial (tratamento coadjuvante); prevenção ou tratamento da hipopotassemia.

Reações Adversas: aumento das mamas no homem (pode persistir mesmo após a suspensão da medicação); cansaço; coceira; cólicas; confusão mental; diarreias; dor de cabeça; erupções na pele; impotência; perturbação dos movimentos; sonolência; urticária.

c) Digoxina (genérico)

Marcas Comerciais: Lanoxin (Glaxo)

Antiarrítmico; cardiotônico (inotrópico, glicosídeo digitalco). Indicado para arritmia cardíaca; insuficiência cardíaca congestiva.

Reações Adversas: agitação; alucinação; arritmia cardíaca; aumento da intensidade da insuficiência cardíaca congestiva; diarreia; fadiga; dor de cabeça; fraqueza; falta de

O paciente J.M. vinha sendo medicado com os seguintes fármacos:

a) Furosemida (genérico)

Marcas comerciais: Lasix. Lasix Long, Rovelan.

É um diurético e anti-hipertensivo.

Indicado para crise hipertensiva, edema (devido a distúrbios cardíacos, hepáticos ou renais) edema pulmonar agudo, hipertensão arterial (leve a moderada).

Reações Adversas: alterações no sangue; aumento da glicose sanguínea; aumento do ácido úrico; barulho nos ouvidos; câibras; coceiras; confusão mental; cor amarelada na pele ou nos olhos; desidratação; dor abdominal intensa; fraqueza; hematomas; inflamação na garganta; mudança de humor; náuseas; perda do apetite; queda da pressão ao se levantar; surdez temporária (após injeção intravenosa muito rápida); vômito.

b) Aldactone ( genérico Espirolactona)

Marcas Comerciais: Aldactone (Searle)

Diurético poupador de Potássio e anti-hipertensivo; indicado para edema; hipertensão arterial (tratamento coadjuvante); prevenção ou tratamento da hipopotassemia.

Reações Adversas: aumento das mamas no homem (pode persistir mesmo após a suspensão da medicação); cansaço; coceira; cólicas; confusão mental; diarreias; dor de cabeça; erupções na pele; impotência; perturbação dos movimentos; sonolência; urticária.

c) Digoxina (genérico)

Marcas Comerciais: Lanoxin (Glaxo)

Antiarrítmico; cardiotônico (inotrópico, glicosídeo digitalco). Indicado para arritmia cardíaca; insuficiência cardíaca congestiva.

Reações Adversas: agitação; alucinação; arritmia cardíaca; aumento da intensidade da insuficiência cardíaca congestiva; diarreia; fadiga; dor de cabeça; fraqueza; falta de apetite; halo amarelo-esverdeado o redor das imagens visuais; mal-estar; paralisia repentina; parestesia (sensação anormal de formigamento; ferroadas ou queimação ao toque); queda da PA; tontura; visão borrada; visão dupla.

apetite; halo amarelo-esverdeado o redor das imagens visuais; mal-estar; paralisia repentina; parestesia (sensação anormal de formigamento; ferroadas ou queimação ao toque); queda da PA; tontura; visão borrada; visão dupla.

d) Aerolin ( Genérico Salbutamol, Albutamol)

Marcas Comerciais: Aerolin (glaxo); Asmaliv.

Broncodilatador; adrenérgico. Indicado para o broncoespasmo diurno e noturno, associado com asma, bronquite e enfisema.

Reações Adversas: angina; aumento do apetite; aumento dos batimentos cardíacos; aumento ou diminuição da PA; câibras; comportamento irritável; dificuldade para urinar; dilatação das pupilas; dor no tórax; estreitamento dos brônquios; fraqueza; irritação na boca e garganta; nervosismo; paladar estranho; queimação no estômago; reações alérgicas; sangramento pelo nariz; sudorese; tontura; tosse; tremor (principalmente nas mãos).

e) Aminofilina (genérico)

Marcas Comerciais: Eufilin AP

Broncodilatador; anti-asmático. Indicado para asma bronquica (profilaxia e tratamento); bronquite crônica (tratamento); DPOC; enfisema pulmonar.

Reações Adversas: arritmia cardíaca; aumento da glicose no sangue; aumento dos batimentos cardíacos; confusão mental; convulsão; depressão; desconforto na barriga; diarreia; dor de cabeça; dor na região do estômago; febre; inquietação; insônia; insuficiência circulatória; irritabilidade; má digestão; náusea; palpitação; parada respiratória; perda do apetite; queda da pressão arterial; respiração acelerada; tontura; vômito.

f) Hidrocortisona (genérico)

Marcas Comerciais: Cortizol; Solu-cortef; Flebocortid.

Antiinflamatório esteróide; corticosteróide; vasoconstritor. Indicado para asma brônquica; choque; colite ulcerativa; doença do colágeno; edema angioneurótico; inflamação severa; insuficiência supra-renal; reação alérgica grave.

d) Aerolin ( Genérico Salbutamol, Albutamol)

Marcas Comerciais: Aerolin (glaxo); Asmaliv.

Broncodilatador; adrenérgico. Indicado para o broncoespasmo diurno e noturno, associado com asma, bronquite e enfisema.

Reações Adversas: angina; aumento do apetite; aumento dos batimentos cardíacos; aumento ou diminuição da PA; câibras; comportamento irritável; dificuldade para urinar; dilatação das pupilas; dor no tórax; estreitamento dos brônquios; fraqueza; irritação na boca e garganta; nervosismo; paladar estranho; queimação no estômago; reações alérgicas; sangramento pelo nariz; sudorese; tontura; tosse; tremor (principalmente nas mãos).

e) Aminofilina (genérico)

Marcas Comerciais: Eufilin AP

Broncodilatador; anti-asmático. Indicado para asma brônquica (profilaxia e tratamento); bronquite crônica (tratamento); DPOC; enfisema pulmonar.

Reações Adversas: arritmia cardíaca; aumento da glicose no sangue; aumento dos batimentos cardíacos; confusão mental; convulsão; depressão; desconforto na barriga; diarreia; dor de cabeça; dor na região do estômago; febre; inquietação; insônia; insuficiência circulatória; irritabilidade; má digestão; náusea; palpitação; parada respiratória; perda do apetite; queda da pressão arterial; respiração acelerada; tontura; vômito.

f) Hidrocortisona (genérico)

Marcas Comerciais: Cortizol; Solu-cortef; Flebocortid.

Antiinflamatório esteróide; corticosteróide; vasoconstritor. Indicado para asma brônquica; choque; colite ulcerativa; doença do colágeno; edema angioneurótico; inflamação severa; insuficiência supra-renal; reação alérgica grave.

Reações Adversas: alteração da personalidade; aumento da necessidade de insulina e hipoglicemiantes orais em diabéticos; aumento da PA; aumento da pressão intracraniana; aumento da sudorese; catarata (principalmente em crianças); choque anafilático; convulsões; depressão; diarreia; distensão abdominal; dor de cabeça; euforia; fraqueza

Reações Adversas: alteração da personalidade; aumento da necessidade de insulina e hipoglicemiantes orais em diabéticos; aumento da PA; aumento da pressão intracraniana; aumento da sudorese; catarata (principalmente em crianças); choque anafilático; convulsões; depressão; diarreia; distensão abdominal; dor de cabeça; euforia; fraqueza muscular; glaucoma; insuficiência cardíaca; irregularidade menstrual; lesão no estômago; urticária; vertigens.

g) Captopril ( genérico)

Marcas Comerciais: Capoten; Captopi; Hipocatril.

Anti-hipertensivo. Indicado para hipertensão arterial; insuficiência cardíaca.

Reações Adversas: alterações no sangue; angina; aumento de potássio no sangue; aumento das mamas; aumento dos batimentos cardíacos; coceira; cor amarelada na pele ou nos olhos; dor no peito; fraqueza; infarto; impotência; problema nos rins; queda da PA; tosse seca; visão turva.

h) Narcoumar (genérico Femprocumona)

Marcas Comerciais: Marcoumar.

Anticoagulante cumarínico. Indicado para embolia pulmonar; prevenção e tratamento de infarto do miocárdio; trombose venosa profunda.

Reações Adversas: cólicas; diarreia; erupções na pele; excessivo sangramento uterino; expectoração com sangue; febre; hemorragia; hepatite; paralisia intestinal; náusea; necrose; queda de cabelos; sangue nas fezes; sensação de queimação nos pés; vômito.

i) Heparina (genérico)

Marcas Comerciais: Liquemina.

Anticoagulante. Indicado para coagulação intravascular disseminada (tratamento); tromboembolismo pulmonar (profilaxia e tratamento); trombose venosa profunda.

Reações Adversas: aumento de potássio no sangue; coceira; dor moderada; hemorragia; irritação nas veias; manchas na pele; supressão da função dos rins; tempo de coagulação do sangue muito prolongado.

j) Ranitidina (genérico)

muscular; glaucoma; insuficiência cardíaca; irregularidade menstrual; lesão no estômago; urticária; vertigens.

g) Captopril ( genérico)

Marcas Comerciais: Capoten; Captopi; Hipocatril.

Anti-hipertensivo. Indicado para hipertensão arterial; insuficiência cardíaca.

Reações Adversas: alterações no sangue; angina; aumento de potássio no sangue; aumento das mamas; aumento dos batimentos cardíacos; coceira; cor amarelada na pele ou nos olhos; dor no peito; fraqueza; infarto; impotência; problema nos rins; queda da PA; tosse seca; visão turva.

h) Marcoumar (genérico Femprocumona)

Marcas Comerciais: Marcoumar.

Anticoagulante cumarínico. Indicado para embolia pulmonar; prevenção e tratamento de infarto do miocárdio; trombose venosa profunda.

Reações Adversas: cólicas; diarreia; erupções na pele; excessivo sangramento uterino; expectoração com sangue; febre; hemorragia; hepatite; paralisia intestinal; náusea; necrose; queda de cabelos; sangue nas fezes; sensação de queimação nos pés; vômito.

i) Heparina (genérico)

Marcas Comerciais: Liquemina.

Anticoagulante. Indicado para coagulação intravascular disseminada (tratamento); tromboembolismo pulmonar (profilaxia e tratamento); trombose venosa profunda.

Reações Adversas: aumento de potássio no sangue; coceira; dor moderada; hemorragia; irritação nas veias; manchas na pele; supressão da função dos rins; tempo de coagulação do sangue muito prolongado.

j) Ranitidina (genérico)

Marcas Comerciais: Antak; Label; Logat; Zilium.

Antiulceroso. Indicado para esofagite de refluxo; úlcera do estômago; úlcera duodenal.

Reações Adversas: Agitação; alucinação; batimentos cardíacos lentos; coceira ou queimação no local da injeção; confusão mental; constipação intestinal; dor abdominal;

Marcas Comerciais: Antak; Label; Logat; Zilium.

Antiulceroso. Indicado para esofagite de refluxo; úlcera do estômago; úlcera duodenal.

Reações Adversas: Agitação; alucinação; batimentos cardíacos lentos; coceira ou queimação no local da injeção; confusão mental; constipação intestinal; dor abdominal; dor articular; dor de cabeça; erupções na pele; estreitamento dos brônquios; fraqueza; insônia; mal-estar; náusea; pancreatite aguda; queda da pressão arterial; sangramento incomum; sintomas mamários (em homens); hepatite; impotência; tontura; urticária; vertigens; visão borrada.

### 3.6. Considerações Finais

Na realização deste estudo de caso, o paciente J. M. mostrou-se interessado, respondendo com clareza a todas as perguntas que lhe foram feitas.

Entretanto, passadas algumas semanas, o Paciente veio a óbito, na madrugada de 15 de maio de 2001.

## CONCLUSÃO

Ao concluir este trabalho, houve o enriquecimento dos conhecimentos sobre as patologias DBPOC, Insuficiência Respiratória e Tuberculose.

Teve-se o prazer de acompanhar o dia-a-dia do paciente J.M. no período da realização deste estudo, pois o mesmo permitiu o recolhimento de todos os dados.

Espera-se melhorar cada vez mais para conseguir alcançar o objetivo desejado, proporcionando um bom atendimento aos pacientes.

O Curso foi muito bem aproveitado; pode-se ter uma idéia de como é ser um profissional de enfermagem.

A Escola é uma entidade que visa formar futuros profissionais capazes de suprir tecnicamente a demanda deste serviço.

As disciplinas foram ministradas com clareza por professores aptos para esta tarefa.

Porto União, outubro de 2001.

*Assinatura*



ANEXO 1  
HEMOGRAMA

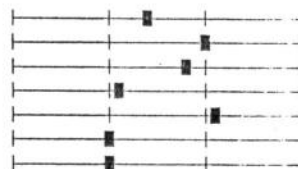
# H E M O G R A M A

## LEUCOGRAMA

|                  | %    | /mm3  |
|------------------|------|-------|
| Leucócitos.....  |      | 7.390 |
| Bastões.....     | 5,0  | 370   |
| Segmentados..... | 60,0 | 4.434 |
| Linfócitos.....  | 23,0 | 1.700 |
| Monócitos.....   | 11,0 | 813   |
| Eosinófilos..... | 1,0  | 74    |
| Basófilos.....   | 0,0  | 0     |

Régua Referencial

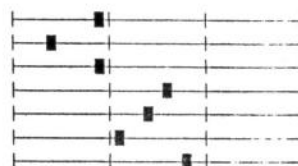
Valores Referenciais



|                |
|----------------|
| 4.000 a 11.000 |
| 1 a 5          |
| 40 a 550       |
| 36 a 66        |
| 1.440 a 7.200  |
| 20 a 40        |
| 800 a 4.400    |
| 3 a 10         |
| 120 a 1.100    |
| 1 a 6          |
| 40 a 660       |
| 0 a 1          |
| 0 a 110        |

## ERITROGRAMA

|                    |      |             |
|--------------------|------|-------------|
| Hemácias.....      | 4,2  | milhões/mm3 |
| Hemoglobina.....   | 12,6 | g/dL        |
| Hematócrito.....   | 38,6 | %           |
| VCM.....           | 91,9 | fL          |
| HCM.....           | 29,9 | pg          |
| Concentração HCM.. | 32,5 | g/dL        |
| RDW.....           | 14,2 | %           |



|             |
|-------------|
| 4,30 a 5,90 |
| 13,9 a 16,3 |
| 40,0 a 55,0 |
| 81,0 a 97,0 |
| 25,4 a 34,6 |
| 32,0 a 36,0 |
| 11,6 a 14,8 |

## PLAQUETAS

|                    |         |      |
|--------------------|---------|------|
| Plaquetas.....     | 164.000 | /mm3 |
| VPM.....           | 9,1     | fL   |
| Plaquetócrito..... | 0,15    | %    |
| PDW.....           | 16,6    |      |



|                   |
|-------------------|
| 130.000 a 450.000 |
| 7,0 a 10,5        |
| 0,15 a 0,32       |
| 15,0 a 20,0       |

\*\*\* EXAME REALIZADO A LASER, POR AUTOMACAO PELO EQUIPAMENTO ABBOTT CELL-DYN 3500 \*\*\*

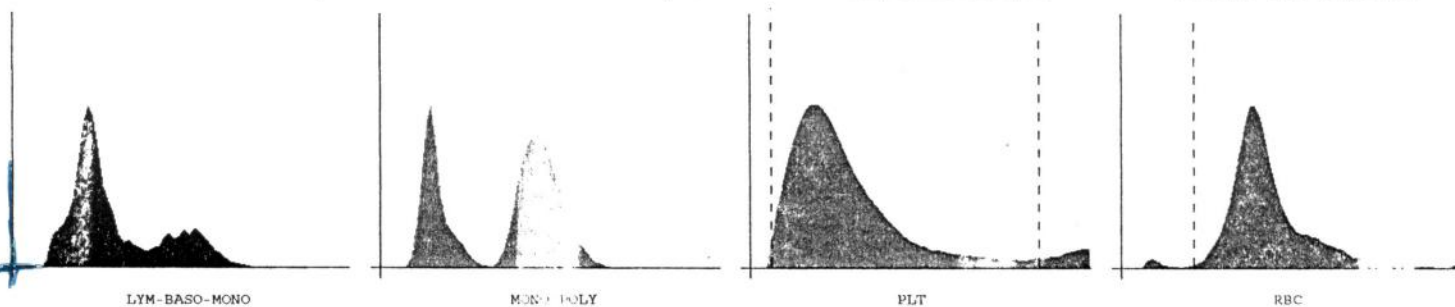
### HISTOGRAMAS

Linfócitos 1.700/mm3

Leucócitos 7.390/mm3

Plaquetas 164.000/mm3

Hemácias 4,20 milhões/mm3



Os valores dos teste de laboratórios podem influenciar de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.

# BALANÇO HÍDRICO - SINAIS VITAIS

| SINAIS VITAIS |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM |     |       |       |                                 |
|---------------|-------|--------|-----|-------|----|-------|------|--------|----|-------|---------|------------------------|-----|-------|-------|---------------------------------|
| Data          | Hora  | PA     | P   | T     | R  | Pupia | Peso | GANHOS |    |       | PERDAS  |                        |     | FEZES |       |                                 |
|               |       |        |     |       |    |       |      | VO     | VP | Urina | Vômitos | Drenos                 | SNG | Líqu. | Past. |                                 |
| 28/03         | 18:35 | 120/60 | 102 | 36°   | 24 |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | 29-03 Pcte calma, apai          |
| 29/03         | 00:30 | 130/80 | 92  | 36,5° | 26 |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | ta dispneica, edema m           |
|               | 17    | 120/60 | 92  | 36,4° | 22 |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | scap hepaticado, edema          |
|               | 14:00 | 105/50 | 101 | 37°   | 20 |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | gcs vesicais presentes e        |
| 30/03         | 14:00 | 110/60 | 54  | 36°   | 26 |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | bastante aguçada au             |
| 31/03         | 00:30 | 120/60 | 120 | 36,4° | 28 |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | mano + bagaxo - 11 -            |
| 31/03         | 08:00 | 100/60 | 60  | 36°   | 27 |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       |                                 |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | 30-03-01 Pcte calma, sil aut    |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | Mentira não hepaticado          |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | Aparente febre, apatia e        |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | retor. El. m. m. m. m. m. m.    |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       |                                 |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | transição para oca, sil aut     |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | 30-03-01 Pcte calma, lúcido dec |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | bulando, diarreia véica, vá     |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | reg. ex. ex. e intestinal 1x1   |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | maxim. fluidoterapia no MSD     |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | proico, autou bna a dieta       |
|               |       |        |     |       |    |       |      |        |    |       |         |                        |     |       |       | e TSC bin                       |

UNIPORTO Grafica e Ed  
Fone (0\*\*42) 522-2842

|                        |               |                               |                            |
|------------------------|---------------|-------------------------------|----------------------------|
| <b>TOTAIS PARCIAIS</b> |               | <b>Perdas<br/>Insensíveis</b> | <b>Balanco<br/>Hídrico</b> |
| <b>TOTAL GERAL</b>     | Administração | +                             | -                          |
|                        | Eliminado     |                               |                            |

| DATA  | PRESCRIÇÃO MÉDICA E ASSINATURA  | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM  |  | ASSINATURA | EVOLUÇÃO | OBSERVAÇÃO                                     |
|-------|---|--|--|------------|----------|--|
|       |   | HORÁRIO APLIC. MEDICAMENTOS  |  |            |          |  |
| 19/01 | 1. Anito (12g red)<br>2 (2v + 100TWA)   | SND  |  |            |          |  |
|       | 3. <del>Amoxicilina 20g EV 8+16L</del><br>4. <del>Albendazole 20g via 8L</del>  | verificar<br>16.<br>08.<br>08.<br>08.  |  |            |          | tr. A. 4/10/01 b T ac pul<br>tr. CA penicilina |
|       | 5. <del>Amoxicilina 1 (100-8)</del><br>6. <del>Amoxicilina 4 (100 8/8L)</del>   | 16. 24. 08.<br>18. 24. 08.   |  |            |          | dermo penicilina com candida<br>- 15/01/01     |
|       | 7. <del>Amoxicilina 1 (200 8/8L)</del><br>8. <del>Amoxicilina 2 (200 8/8L)</del><br>9. <del>Amoxicilina 3 (200 8/8L)</del><br>10. <del>Amoxicilina 4 (200 8/8L)</del><br>11. <del>Amoxicilina 1 (200 8/8L)</del><br>11. <del>Amoxicilina 2 (200 8/8L)</del><br>12. <del>Amoxicilina 3 (200 8/8L)</del><br>13. <del>Amoxicilina 4 (200 8/8L)</del>   | 16. 24. 08.<br>18. 24. 08.<br>14. 20. 08.<br>14. 20. 08.<br>16. 24. 08. 12.<br>16. 24. 08. 12.<br>16. 24. 08. 12.<br>16. 24. 08. 12. |  |            |          | A - D. 10/01/01<br>A - 20/01/01                |
|       | 13. <del>Amoxicilina 5 (200 8/8L)</del><br>14. <del>Amoxicilina 6 (200 8/8L)</del><br>15. <del>Amoxicilina 7 (200 8/8L)</del><br>16. <del>Amoxicilina 8 (200 8/8L)</del><br>17. <del>Amoxicilina 9 (200 8/8L)</del><br>18. <del>Amoxicilina 10 (200 8/8L)</del><br>19. <del>Amoxicilina 11 (200 8/8L)</del><br>20. <del>Amoxicilina 12 (200 8/8L)</del><br>21. <del>Amoxicilina 13 (200 8/8L)</del><br>22. <del>Amoxicilina 14 (200 8/8L)</del><br>23. <del>Amoxicilina 15 (200 8/8L)</del><br>24. <del>Amoxicilina 16 (200 8/8L)</del><br>25. <del>Amoxicilina 17 (200 8/8L)</del><br>26. <del>Amoxicilina 18 (200 8/8L)</del><br>27. <del>Amoxicilina 19 (200 8/8L)</del><br>28. <del>Amoxicilina 20 (200 8/8L)</del><br>29. <del>Amoxicilina 21 (200 8/8L)</del><br>30. <del>Amoxicilina 22 (200 8/8L)</del><br>31. <del>Amoxicilina 23 (200 8/8L)</del><br>32. <del>Amoxicilina 24 (200 8/8L)</del><br>33. <del>Amoxicilina 25 (200 8/8L)</del><br>34. <del>Amoxicilina 26 (200 8/8L)</del><br>35. <del>Amoxicilina 27 (200 8/8L)</del><br>36. <del>Amoxicilina 28 (200 8/8L)</del><br>37. <del>Amoxicilina 29 (200 8/8L)</del><br>38. <del>Amoxicilina 30 (200 8/8L)</del><br>39. <del>Amoxicilina 31 (200 8/8L)</del><br>40. <del>Amoxicilina 32 (200 8/8L)</del><br>41. <del>Amoxicilina 33 (200 8/8L)</del><br>42. <del>Amoxicilina 34 (200 8/8L)</del><br>43. <del>Amoxicilina 35 (200 8/8L)</del><br>44. <del>Amoxicilina 36 (200 8/8L)</del><br>45. <del>Amoxicilina 37 (200 8/8L)</del><br>46. <del>Amoxicilina 38 (200 8/8L)</del><br>47. <del>Amoxicilina 39 (200 8/8L)</del><br>48. <del>Amoxicilina 40 (200 8/8L)</del><br>49. <del>Amoxicilina 41 (200 8/8L)</del><br>50. <del>Amoxicilina 42 (200 8/8L)</del><br>51. <del>Amoxicilina 43 (200 8/8L)</del><br>52. <del>Amoxicilina 44 (200 8/8L)</del><br>53. <del>Amoxicilina 45 (200 8/8L)</del><br>54. <del>Amoxicilina 46 (200 8/8L)</del><br>55. <del>Amoxicilina 47 (200 8/8L)</del><br>56. <del>Amoxicilina 48 (200 8/8L)</del><br>57. <del>Amoxicilina 49 (200 8/8L)</del><br>58. <del>Amoxicilina 50 (200 8/8L)</del><br>59. <del>Amoxicilina 51 (200 8/8L)</del><br>60. <del>Amoxicilina 52 (200 8/8L)</del><br>61. <del>Amoxicilina 53 (200 8/8L)</del><br>62. <del>Amoxicilina 54 (200 8/8L)</del><br>63. <del>Amoxicilina 55 (200 8/8L)</del><br>64. <del>Amoxicilina 56 (200 8/8L)</del><br>65. <del>Amoxicilina 57 (200 8/8L)</del><br>66. <del>Amoxicilina 58 (200 8/8L)</del><br>67. <del>Amoxicilina 59 (200 8/8L)</del><br>68. <del>Amoxicilina 60 (200 8/8L)</del><br>69. <del>Amoxicilina 61 (200 8/8L)</del><br>70. <del>Amoxicilina 62 (200 8/8L)</del><br>71. <del>Amoxicilina 63 (200 8/8L)</del><br>72. <del>Amoxicilina 64 (200 8/8L)</del><br>73. <del>Amoxicilina 65 (200 8/8L)</del><br>74. <del>Amoxicilina 66 (200 8/8L)</del><br>75. <del>Amoxicilina 67 (200 8/8L)</del><br>76. <del>Amoxicilina 68 (200 8/8L)</del><br>77. <del>Amoxicilina 69 (200 8/8L)</del><br>78. <del>Amoxicilina 70 (200 8/8L)</del><br>79. <del>Amoxicilina 71 (200 8/8L)</del><br>80. <del>Amoxicilina 72 (200 8/8L)</del><br>81. <del>Amoxicilina 73 (200 8/8L)</del><br>82. <del>Amoxicilina 74 (200 8/8L)</del><br>83. <del>Amoxicilina 75 (200 8/8L)</del><br>84. <del>Amoxicilina 76 (200 8/8L)</del><br>85. <del>Amoxicilina 77 (200 8/8L)</del><br>86. <del>Amoxicilina 78 (200 8/8L)</del><br>87. <del>Amoxicilina 79 (200 8/8L)</del><br>88. <del>Amoxicilina 80 (200 8/8L)</del><br>89. <del>Amoxicilina 81 (200 8/8L)</del><br>90. <del>Amoxicilina 82 (200 8/8L)</del><br>91. <del>Amoxicilina 83 (200 8/8L)</del><br>92. <del>Amoxicilina 84 (200 8/8L)</del><br>93. <del>Amoxicilina 85 (200 8/8L)</del><br>94. <del>Amoxicilina 86 (200 8/8L)</del><br>95. <del>Amoxicilina 87 (200 8/8L)</del><br>96. <del>Amoxicilina 88 (200 8/8L)</del><br>97. <del>Amoxicilina 89 (200 8/8L)</del><br>98. <del>Amoxicilina 90 (200 8/8L)</del><br>99. <del>Amoxicilina 91 (200 8/8L)</del><br>100. <del>Amoxicilina 92 (200 8/8L)</del><br>101. <del>Amoxicilina 93 (200 8/8L)</del><br>102. <del>Amoxicilina 94 (200 8/8L)</del><br>103. <del>Amoxicilina 95 (200 8/8L)</del><br>104. <del>Amoxicilina 96 (200 8/8L)</del><br>105. <del>Amoxicilina 97 (200 8/8L)</del><br>106. <del>Amoxicilina 98 (200 8/8L)</del><br>107. <del>Amoxicilina 99 (200 8/8L)</del><br>108. <del>Amoxicilina 100 (200 8/8L)</del> |  |  |            |          |  |

| DATA       | PRESCRIÇÃO MÉDICA E ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM     |  | ASSINATURA | EVOLUÇÃO    | OBSERVAÇÃO |
|------------|--------------------------------|-----------------------------|--|------------|-------------|------------|
|            |                                | HORÁRIO APLIC. MEDICAMENTOS |  |            |             |            |
| 30/08/2011 | 1. Dieta 12g red               | SND                         |  |            | = ABRAC     |            |
|            | 2. Cú                          | oufeoi                      |  |            | = 12500.000 |            |
|            | 3. Financada 1sp 8x168         | #                           |  |            |             |            |
|            | 4. Aldacton 35, 1x1x82         | #                           |  |            |             |            |
|            | 5. Progestin 1, 1x1x82         | #                           |  |            |             |            |
|            | 6. Acedin 4, 1x1x82            | #                           |  |            |             |            |
|            | 7. Aminoflutonol 200 2x1x82    | #                           |  |            |             |            |
|            | 8. Hidrocortisona 100 2x1x82   | #                           |  |            |             |            |
|            | 9. Captopril 11,5 (1x1x82)     | #                           |  |            |             |            |
|            | 10. Mavron 21 2x1x82           | #                           |  |            |             |            |
|            | 11. 1/2 furoc 200 6x5x82       | #                           |  |            |             |            |
|            | 12. Nidol 200 1x1x82           | #                           |  |            |             |            |
|            | 13. Paratidina 50 6x1x110      | #                           |  |            |             |            |

| 64<br>DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA E ASSINATURA                  | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM     |      | ASSINATURA | EVOLUÇÃO                               | OBSERVAÇ |
|------------|---|-----------------------------|------|------------|--|----------|
|            |   | HORÁRIO APLIC. MEDICAMENTOS |      |            |  |          |
| 28/3       | 1. Dieta hiposódica<br>2. CNV                   | SND                         |      |            | Dispneia e dor                         |          |
|            | 3. Furosemida 40 Lsg VO<br>8 e 16h              | (08)                        | (16) |            | PA = 120 x 80<br>D = 80<br>T = 36,6 °C |          |
|            | 4. Aldactone 25 Lsg p/bula<br>manhã             |                             | 08   |            |  |          |
|            | 5. Digoxina 0,25 Lsg<br>pelo manhã              |                             | 08   |            |  |          |
|            | 6. Denolin 2g Lsg 8/8h                          | 18:20                       | 24   | 08         |  |          |
|            | 7. Aminofilina 200 Lsg 8/8h                     | (24)                        | (08) |            |  |          |
|            | 8. Scalp hypomuzado                             | OK                          |      |            |  |          |
|            | 9. Aminofilina 10mg CV                          |                             |      |            |  |          |
|            | Die agora                                       | 18:20                       |      |            |  |          |
|            | 10. Inalação Sme SF 7                           |                             |      |            |  |          |
|            | 5gts Benotex + 20gts Otobent 18:20              |                             |      |            |  |          |
|            | 11. Eshesim elwado                              | manter                      |      |            |  |          |
|            | 12. Ox cateter nasal                            |                             |      |            |  |          |
|            | 2 x 1 min SIN                                   | SIN                         |      |            |  |          |
|            | 13. Eshesim elwado                              |                             |      |            |  |          |
|            | 14. Ovison 2n Pedro.                            | Pente                       |      |            |  |          |
|            | Manuseio 3 <sup>o</sup> Manuseio                | 20                          | 08   |            |  |          |
|            | Manuseio 1 <sup>o</sup> Manuseio 1 <sup>o</sup> | 24                          | 08   |            |  |          |
|            | Manuseio 2 <sup>o</sup> Manuseio 2 <sup>o</sup> | 24                          | 08   |            |  |          |
|            | Manuseio 1 <sup>o</sup> Manuseio 1 <sup>o</sup> | 24                          | 08   |            |  |          |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FORBES, C.D., JACKSON, W.F. : Atlas Colorido e Texto de Clínica Médica. São Paulo: Manole. 1997. 2ª edição.
- GUYTON, Arthur C., HALL, John E.: Tratado de Fisiologia Médica. São Paulo: Guanabara Koogan, 1997. 9ª edição.
- NETINA, Sandra M. Prática de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 6ª edição.