

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIDADE DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DE PORTO UNIÃO
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM.

08 ABR 2002 0 1 9 2

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

REL ENF
0029

CEFET - UE Joinville



0466

REL ENF

0029

Relatório de estágio curricular



*Revisão em 08/04
M. Alves*

MÁRCIO JOSÉ ALVES DE OLIVEIRA

PORTO UNIÃO - SC
SETEMBRO 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, CGC/MF 80.485.212/0001-45, estabelecida em FLORIANÓPOLIS, representada por, Profº Enio Miguel de Souza, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a) ESTAGIÁRIO(A) Marcio J. A. de Oliveira, matriculado(a) na 2ª, 3ª e 4ª 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° 6.494 de 07/12/1977 e n° 8.859 de 23/03/94 e Decreto n° 87.497 de 18/08/82.

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

Art. 2º - 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.3º - 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 1º - Este período poderá ser prorrogado mediante prévio entendimento entre as partes.

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

Art. 4º - 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. 5º - 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. 6º - O ESTAGIÁRIO obriga-se a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

Art. 7º - Nos termos do Art. 4º da Lei n° 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° 81.93.0008162.0008163 da Companhia AGF Brasil Seguros.

Art. 8º - 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



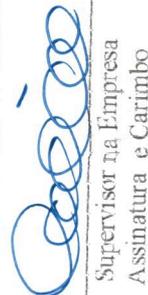
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

PROGRAMA DE ESTÁGIO

Estagiário(a): Márcio J. A. de Oliveira Matrícula: 0027127-4 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 Regional Hospital Hospital Vicente de Paula | 22/01/2001 a 26/02/2001 02/04/2001 a 17/05/2001 25/06/2001 a 24/07/2001 | <ul style="list-style-type: none">Fundamentos de EnfermagemClínica Médica - UTI e EmergênciaEnfermagem CME/CC/Cirurgico | 400h |
| 2. A. P. M. I Hospital Vicente de Paula Hospital São Braz Regional Hospital | 01/10/2001 a 16/11/2001 | <ul style="list-style-type: none">Enfermagem ObstétricaEnfermagem NeonatológicaEnfermagem Pediátrica | 166h |
| 3. Ambulatório Rede Municipal Clínica HJ. Hospital São Braz Regional Hospital Hospital Vicente de Paula | 14/01/2002 a 21/03/2002 | <ul style="list-style-type: none">Enfermagem em Saúde PúblicaEnfermagem AdministrativaEnfermagem Psiquiátrica | 154h |


Estagiário(a)
Assinatura


Supervisor na Empresa
Assinatura e Carimbo

Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo


JURACI MARIA TISCHER
GERENTE DA UNIDADE DE
SAÚDE DE JOINVILLE

Prof. Enf.
Ondina Machado
COREN-SC 39560

DEDICATÓRIA

Dedico o meu trabalho à minha esposa e filhos, os quais são a razão de tudo o que faço.

AGRADECIMENTO

Agradeço à **DEUS** por ele estar me concedendo saúde para que eu possa concretizar todos os meus sonhos e a todos os meus amigos e colegas que de uma forma ou outra me ajudaram.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 06 |
| 2 EMPRESA | 07 |
| 3 APRESENTAÇÃO | 08 |
| 3.1 Anamnese..... | 08 |
| 3.2 Diagnóstico Principal..... | 08 |
| 3.3 Conceito da Doença..... | 08 |
| 3.4 Fisiopatologia..... | 09 |
| 3.5 Exames Laboratoriais..... | 09 |
| 3.6 Sintomatologia..... | 09 |
| 3.6.1 Diagnóstico Clínico..... | 10 |
| 3.6.2 Diagnóstico Laboratorial..... | 10 |
| 3.7 Tratamento..... | 11 |
| 3.7.1 Medicamentos..... | 11 |
| 3.8 Prevenção..... | 12 |
| 3.9 Assistência de Enfermagem..... | 12 |
| 3.10 Diagnóstico Secundário..... | 12 |
| 3.10.1 Conceito da Doença..... | 12 |
| 3.10.2 Causas..... | 12 |
| 3.10.3 Manifestações Clínicas..... | 13 |
| 3.10.4 Tratamento..... | 13 |
| 3.10.5 Fatores de Riscos..... | 13 |
| 3.10.6 Assistência de Enfermagem..... | 13 |
| 3.11 Doença Terciaría..... | 14 |
| 3.11.1 Conceito da Doença..... | 14 |
| 3.11.2 Tipos I Diabetes Mellitus Insulino – Dependente (DMID)..... | 14 |
| 3.11.3 Fisiopatologia..... | 14 |
| 3.11.4 Tipo II Diabetes Mellitus não Insulino – Dependente (DMNID)..... | 14 |
| 3.11.5 Fisiopatologia..... | 14 |
| 3.11.6 Tratamento..... | 15 |
| 3.11.7 Assistência de Enfermagem com Insulinoterapia..... | 15 |
| 4 CONCLUSÃO | 16 |
| ANEXOS | 17 |
| Anexo 1 – RX de tórax P.A..... | 17 |
| Anexo 2 – Gasometria..... | 18 |
| Anexo 3 – Sangue tempo de Tromboplastina..... | 19 |
| Anexo 4 – Hemograma..... | 20 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 21 |

INTRODUÇÃO

Tendo em vista a necessidade da formação de novos profissionais de Enfermagem, realizou-se o Curso Técnico de Enfermagem, oferecido à população de Porto União da Vitória e Região pela Escola Técnica Federal de Santa Catarina, em parceria com a Escola Dama de Canoinhas-SC.

O curso realizou-se em fases, sendo dividida em blocos teóricos, ministrada nas dependências do Colégio Santos Anjos no Município de Porto União – SC e bloco prático que foi realizado em forma de estágio nos Municípios de Porto União - SC, União da Vitória - PR e Bituruna - PR.

O estágio curricular faz-se necessário como instrumento de aprendizado prático após a conclusão dos blocos teóricos e de estágios específicos de cada área de Enfermagem, sendo incluído nesse período o estudo de caso, que se trata de uma patologia chama Angina de Peito, que teve seu desenvolvimento no mês de abril de 2001 no hospital São Braz na disciplina de Clínica Médica.

O estágio de Fundamentos de Enfermagem foi realizado no Hospital São Braz , do dia 22/01/2001 à 26/02/2001, tendo como supervisora a Professora e Enfermeira Ondina Machado, com o objetivo de colocar em prática as técnicas de Enfermagem, capacitando assim os estagiários.

Na disciplina de Clínica Médica, a prática foi desenvolvido no posto 2 do Hospital São Braz, entre os dias 02/04/2001 à 17/05/2001, com supervisão da Professora e Enfermeira Roni, tendo com objetivo comparar as Patologias estudadas na sala de aula com as encontradas no estágio.

No bloco de centro cirúrgico, UTI e emergência, foram realizados nos hospitais Regional e São Braz entre os dias 06/06/01 à 03/07/01, tendo como supervisores os professores Jediael e Sirlei, com o objetivo de atender as necessidades dos pacientes no pré e pós-operatório de acordo com sua patologia, prestar um bom atendimento no setor de emergência.

O bloco Materno-Infantil, composto por Pediatria, Neonatologia e Obstetrícia teve seu estagio realizado nas Pediatrias dos Hospitais São Braz e APMI, entre os dias 03/08/01 à 11/10/01, com supervisão dos professores Jediael, Simão e Marlise, com o objetivo de prestar cuidados e orientações com a puérpera e recém-nascido

O estagio de Saúde Pública foi desenvolvido nos PSF da Limeira, São Cristovão e no SUS de Porto União, entre os dias 19/11/01 à 13/12/01, com a supervisão dos professoras Marlise, Ana Paula e Marli,

Em Noções de Administração de Enfermagem, o estagio ocorreu no posto 2 do hospital São Braz no período de 14/02/02 à 20/02/02, tendo à supervisão o Professor Simão, com o objetivo conhecer como funciona a parte administrativa de um hospital.

Finalmente, a Enfermagem Neuropsiquiátrica, foi realizado no HJ no período de 21/02/02 à 28/02/02, com supervisão da Professora Rosemaria, tendo com objetivo conhecer esta parte da Enfermagem que é tão importante e poucos dão valor.

A EMPRESA

O Hospital de Caridade São Braz foi criado em 1926, na cidade de Porto União (SC), por iniciativa religiosa e da sociedade local, em terreno cedido pela Mitra Diocesana, localizada ao lado da Igreja da Paróquia Nossa Senhora das Vitórias. No início, era somente um casebre de madeira, mas já se destacava como ponto de referência no que dizia respeito a saúde.

A construção da nova instalação do Hospital foi levada a frente, e custeada com recursos próprios, obtidos através de festivais e quermesses organizadas por senhoras da sociedade local, por doações efetuadas por diversos segmentos da sociedade e também com recursos advindos do Governo Federal.

O São Braz é um hospital de referência, onde atende pacientes das Região norte de Santa Catarina e Sul do Paraná.

Administrativamente, o Hospital é dirigido pela Diretoria Executiva, que responde pelo bom andamento administrativo e funcional do Hospital. A diretoria Executiva é subordinada à Mitra Diocesana, a qual é responsável o Sr. Bispo da Diocese de Caçador, que tem como seu representante local na pessoa do Padre Vigário da paróquia Nossa Senhora das Vitórias de Porto União, o Frei Alcides Cella.

O São Braz, como é conhecido pela população, é um Hospital moderno que possui uma estrutura administrativa e profissional capacitada, conta com um aparato técnico de grande monta, que permite ao Corpo Clínico prestar um bom atendimento ao paciente, com aparelhagem Radiológica, Tomografia Computadorizada, Vídeo Cirurgia, Sistema Holter (Eletrocardiograma 24 horas), entre outros.

Em abril de 1995, entrou em funcionamento a UTI, conta com aparelhagem extremamente sofisticada, a maior parte importada. Este serviço somente era possível àqueles que procuravam ajuda nos grandes centros, como Curitiba, Florianópolis ou Joinville, o que tornava muitas vezes inviável financeiramente para as famílias dos pacientes. Hoje, está aí, disponível a população da região, e salvando cada vez mais vidas.

O Hospital de Caridade São Braz é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, localizado a Rua Frei Rogério, 579, no Centro de Porto União – SC.

ESTUDO DE CASO : ANGINA DO PEITO

O estágio de clínica médica foi realizado no mês de abril de 2001 no Hospital São Braz no posto dois, sob a supervisão da professora e Enfermeira Romi.

3.1 Anamnese

J. S. , 71 anos, casado, cor branca, natural de Porto União – SC tem três filhos. Relatou que já havia sido hospitalizado outras vezes por outros motivos.

No dia 28 de Março 2001, o paciente apresenta dispnéia e uma forte dor na região anterior do tórax. Interna-se no mesmo dia, sendo encaminhado à UTI , lá ficou em observação por dois dias, após foi encaminhado para o posto dois.

Ao ser realizado exame físico no paciente, constatou-se peso igual a 80Kg, altura 1,72, com presença de cicatrizes em várias regiões do corpo, de cirurgias anteriores.

3.2 Diagnóstico principal

Foi diagnosticado, através de exames, Angina do Peito.

3.3 Conceito da doença

Angina do peito (angina pectoris) é a síndrome clínica caracterizada por crises de dor ou sensação de pressão na região anterior do tórax.

3.4 Fisiopatologia

É a síndrome clínica caracterizada por crise de dor ou sensação de pressão na região anterior do tórax, a causa é o fornecimento insuficiente de sangue para as coronárias, resultando no suprimento inadequado de oxigênio para o miocárdio; em outras palavras, as necessidades de oxigênio do miocárdio excedem a sua oferta.

A angina do peito geralmente se manifesta em condições especiais um esforço maior, refeições exageradas, excitação emocional. Mas, se ela aparece, é porque algo anda errado; ou seja, ela depende de condições predisponentes. Em 95% dos casos, a causa predisponente é a arteriosclerose das coronárias, processo degenerativo que tem como consequência a diminuição do calibre das artérias coronárias. O fluxo sanguíneo que corre por essas artérias é prejudicado pelo estreitamento do espaço interno. Todo esse quadro interfere na irrigação do miocárdio. Dessa forma, por ocasião de um esforço físico maior, em que o coração necessita de mais sangue, os vasos não são suficientes para suprir as necessidades. O coração não recebe a quantidade ideal de oxigênio e possivelmente a angina surge como resultado da oxigenação deficiente.

Mas a insuficiência das que suprem o coração pode ter outras origens. A raiz principal da angina está no problema inicial que desencadeia a insuficiência. Febre reumática, sífilis, lesões da válvula aorta são alterações que podem provocar a diminuição do fluxo sanguíneo nas coronárias e, assim, constituir causa de angina.

3.5 Exames laboratoriais

Foi realizado no paciente radiografia de tórax, gasometria e hemograma.

3.6 Sintomatologia

O sintoma mais comum é uma dor dentro na parte central do tórax, irradiando-se para o ombro esquerdo, face interna da mandíbula, braço e dedos. Algumas vezes esse sintoma de irradiação da dor, não é descrito pelo paciente. É muito comum os pacientes não se referirem a este sintoma como dor e sim como sensação de desconforto, pontada, queimadura ou mesmo formigamento, entretanto quase todos relatam que o seu aparecimento ocorreu após um esforço físico e que após um período de repouso esses sintomas desaparecem por completo. Essa relação é tão íntima, que involuntariamente as pessoas interrompem por completo a atividade que estão exercendo. Se essa dor diminui com a continuidade do exercício físico, então será muito pouco provável que se trate de angina do peito. Esse sinal é tão importante que praticamente sela este diagnóstico.

Serão colocados os sinais e sintomas que a bibliografia apresenta correlacionados com os do paciente.

| Bibliografia | Paciente |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A angina do peito geralmente se manifesta em condições especiais um esforço físico maior, refeições exageradas e excitação emocional. | apresenta angina ao realizar esforço físico, quando se alimenta em grande quantidade a noite e também quando fica preocupado. |
| Em pessoas portadoras de hipertensão ou diabete, a insuficiência coronária pode desencadear a angina. | O paciente é hipertenso e diabético. |
| Falta de ar | Vários episódios de Dispneia |

3.6.1 Diagnóstico Clínico

O diagnóstico é muito simples e basicamente é feito em cima das queixas anteriormente descritas, entretanto outros dados precisam ser colhidos para obtermos a certeza. A história familiar buscando parentes próximos que sofrem de infarto, ou se queixaram dos mesmos sintomas e faleceram abruptamente, ajudam no diagnóstico.

Devemos notar também se a pessoa é obesa, se sofre de diabetes, o ritmo de vida agitado, os hábitos alimentares, etc.

Muitas vezes a ansiedade leva o elemento a pensar que possa estar com a doença e quando seus problemas são resolvidos, desaparecem como num passe de mágica. O bom senso deve prevalecer, para que possamos avaliar corretamente e saber diferenciar as doenças.

O mesmo caso ocorre com as dores de origem esquelética que são diferentes, ou seja, elas arrastam por muitos anos o indivíduo não lembra o dia em que começou. Não é o caso da angina, em que geralmente é lembrada até a hora do primeiro sintoma. No caso de dores esqueléticas, elas aparecem mais à noite e principalmente após um exaustivo dia de trabalho e são mais acentuadas no inverno e com o tempo úmido. Elas doem com a movimentação do esqueleto e não melhoram com o repouso e geralmente melhoram com o a mudança de posição, calor e uso de aspirinas (analgésicos).

As dores de origem gastrointestinais também devem ser lembradas para diferenciar uma doença de outra. Essas são desencadeadas por tensão nervosa e após a ingestão de alguns tipos de alimentos. Sua duração é longa e geralmente não é lembrada seu início. A diferenciação é feita principalmente porque neste caso não há qualquer relação com o esforço físico ou com o repouso.

3.6.2 Diagnóstico Laboratorial

O eletrocardiograma (ECG) é um aparelho muito utilizado na medicina e especialmente na área de cardiologia e serve para avaliar as condições gerais do coração. Ele funciona basicamente registrando os impulsos nervosos que circulam em todo o músculo cardíaco. Se essa musculatura não estiver recebendo uma boa irrigação sanguínea, ela passará por um sofrimento que será registrado pelo ECG.

Quando o paciente procura o médico e teve os sintomas da angina, mas geralmente não está no momento sentindo nada e por isso não é raro, não aparecem sinais eletrocardiográficos de sua doença e principalmente quando os sintomas estão no início. Nestes casos é recomendada a utilização contínua de um eletrocardiograma (Holter), que num período de 24 horas irá registrar tudo o que ocorreu em seu coração. O paciente continua com suas atividades normais e se no decorrer do período os sintomas aparecerem, o indivíduo irá anotar o tipo de sintoma, intensidade, hora e minuto que ocorreram. Desta forma o médico poderá avaliar a fita com os sintomas anotados pelo paciente e fazer o diagnóstico correto.

Outro método é a prova de esforço também conhecida como **ergometria**. Para esta prova são utilizadas bicicletas ergométricas ou mais comumente as esteiras rolantes. Neste caso o médico coloca o paciente em situação de esforço físico leve, passando por moderado, até se for o caso chegar a grandes esforços. Tudo isso é feito com acompanhamento da pressão arterial, pulsação e registrado continuamente por um eletrocardiograma. No momento do aparecimento de algum sinal visível de isquemia, a prova é interrompida e o diagnóstico estabelecido.

Um método muito utilizado atualmente é a **arteriografia coronária**. Esta geralmente é a última etapa dos exames que irá localizar o ponto exato onde está ocorrendo a obstrução. Neste método o paciente precisa ficar um período de repouso que antecede o exame e permanecer no hospital por algumas horas em observação, após a conclusão do exame. Seu custo é relativamente alto, é um pouco demorado e associado a um certo desconforto e por isso sua aplicação fica restrita a casos absolutamente necessários.

3.7 Tratamento

Os objetivos do tratamento médico na angina são reduzir o consumo de oxigênio pelo miocárdio e aumentar a oferta de oxigênio. Clinicamente, estes objetivos são atingidos pelo tratamento farmacológico e controle dos fatores de risco. Cirurgicamente, estes objetivos são alcançados pela revascularização da irrigação sanguínea para o miocárdio, pela cirurgia de derivação arterial coronariana ou angioplastia para o miocárdio, pela cirurgia de derivação arterial coronariana ou angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP). Frequentemente, utiliza-se uma combinação dos trabalhos de clínico e cirúrgico. Três principais técnicas que oferecem alívio para o paciente com a doença incluem a colocação de cânulas intracoronarianas para aumentar o fluxo sanguíneo, o uso de laser para a vaporizar as placas e a utilização da endarterectomia coronariana percutânea para extrair as obstruções.

3.7.1 Medicamento

Foram usados os seguintes medicamentos:

- a) **AAS (Ácido Acetil Salicílico):** é analgésico, anti-inflamatório não esteróide, antitérmico; antiagregante plaquetário;
- b) **ZYLIUM (Ranitidina):** é antiulceroso;
- c) **ISORDIL (Dinitrato de Isossorbida):** é usado para angina do peito;
- d) **PROPRANOLOL:** é antianginoso, anti-hipertensivo, anti-tremor, anti-arritmico classe II;
- e) **CAPOTEN (Captopril):** anti-hipertensivo e para insuficiência cardíaca;
- f) **HEPARINA:** anticoagulante, serve para coagulação intravascular disseminada (tratamento), tromboembolismo pulmonar (profilaxia e tratamento), trombose venosa profunda (profilaxia e tratamento);
- g) **INSULINA:** é usada para cetocidose diabética, coma diabético, diabetes mellitus tipo I e II.

3.8 Prevenção

Não há nenhuma dúvida de que a prevenção é o melhor método para se livrar desses problemas. Ocorre que nem sempre isso é possível, mesmo porque, na maioria das vezes, só aprendemos a prevenir, quando o problema já está criado. Essas informações só chegam ao nosso conhecimento na idade adulta. No caso das doenças coronarianas, desde o crescimento começam a se acumular nas paredes dos vasos, depósitos de gordura, que com o tempo vão aumentando e dificultando cada vez mais a passagem do sangue, até aparecerem os sintomas.

Então devemos evitar o uso de alimentos que possuem um grande teor de gordura e colesterol. A alimentação deve ser o suficiente para suprir suas necessidades diárias; aquilo que excede torna a pessoa obesa. Os exercícios físicos devem ser contínuos e iniciados desde a infância, pois nessa fase as artérias aumentam suas ramificações. Se no futuro houver necessidade, elas ali estarão para irrigar melhor o coração. O fumo, o álcool e o estresse são importantes fatores de risco e seria muito fácil dizer simplesmente que esses 3 fatores devem ser eliminados da vida de quem quer viver mais alguns anos com saúde. O dia-a-dia, as dificuldades que a vida muitas vezes nos impõem, os torna cada vez mais presentes e difícil de se eliminar. Entretanto é importante que saibamos de tudo isso, para podermos combater esses inimigos e viver melhor.

3.9 Assistência de Enfermagem

O paciente foi orientado para:

- a) prevenir e detectar complicações associadas a administração de trombolíticos.
- b) monitorizar ritmo cardíaco para observar arritmia.
- c) observar nível de consciência.
- d) aferir ritmo cardíaco
- e) administrar oxigênio
- f) manter repouso no leito.
- g) elevar a cabeceira do leito para facilitar a oxigenação.

3.10 Diagnóstico Secundário

O diagnóstico secundário foi hipertensão arterial

3.10.1 Conceito da Doença

A hipertensão arterial, ou pressão alta, é uma doença que ataca os vasos, coração, cérebro e pode causar a paralisação dos rins. Ela geralmente é denominada “matador silencioso”, já que a pessoa hipertensa, freqüentemente, não apresenta sintomas.

3.10.2 Causas

As causas são:

- a) distúrbios emocionais;
- b) obesidade;
- c) ingestão excessiva de álcool;
- d) fumo;
- e) medicações estimulantes;
- f) hereditariedade.

3.10.3 Manifestações Clínicas

O exame físicos pode revelar ausência de anormalidade, com a exceção da hipertensão, porém pode haver alterações na retina com hemorragias, exsudatos (acúmulo de líquidos), estreitamento das arteríolas, e, nos casos extensos, edema de papila (edema do disco óptico).

3.10.4 Tratamento

Consiste em prevenir a morbidade e a mortalidade associada, conseguindo e mantendo uma pressão arterial abaixo de 140x90mmHg. Abordagens farmacológicas e não farmacológicas como: redução de peso, restrição de álcool, sódio e tabaco, exercícios e relaxamentos devem ser usados no tratamento.

3.10.5 Fatores de Risco

Os fatores de risco são:

- a) **obesidade:** o excesso de peso faz o coração ter que trabalhar mais, o que causa o aumento da pressão;
- b) **diabete:** quem é diabético também tem maiores chances de ser hipertenso, portanto, o controle da diabete e da dieta deve ser rigoroso;
- c) **fumo:** o cigarro, além de responsável por muitas outras doenças, aumenta os riscos de problemas do coração;
- d) **colesterol:** ter o nível de colesterol alto, favorece o acúmulo de gordura nas artérias que levam sangue ao coração, aumentando os riscos de infarto;
- e) **álcool:** além de dificultar o tratamento, o consumo de bebidas alcóolicas tende a aumentar a pressão arterial;
- f) **sal:** consumir sal em excesso (mais de uma colher de chá por dia) facilita o aumento da pressão arterial;
- g) **estresse:** mesmo que o indivíduo não fume, não beba, não seja diabético e tenha uma vida saudável, o estresse pode elevar a pressão;
- h) **alimentos a serem evitados:** enlatados, presunto, salame, mortadela, salsicha, lingüiça, carne de sol, chocolate, chá-mate, maionese e frituras.

3.10.6 Cuidados de Enfermagem

Os cuidados de Enfermagem se baseiam em:

- a) educação do paciente para evitar a evolução das alterações vasculares;
- b) colaboração com o programa de Auto-Assistência;
- c) orientar o paciente sobre os fatores de risco;
- d) estimular o paciente a realizar exercícios físicos.

3.11 Diagnóstico Terciário

O diagnóstico terciário evidenciado foi diabetes.

3.11.1 Conceito da Doença

O diabetes é uma doença crônica hereditária, caracterizado por uma elevação do nível de glicose do sangue. Normalmente há uma certa quantidade de glicose circulando no sangue que resulta dos alimentos ingeridos, e da formação de glicose pelo fígado.

3.11.2 Tipo I Diabetes Mellitus Insulino-Dependente (DMID).

O diabetes tipo I, também conhecido como infanto-juvenil, possui esse nome pois aparece com mais frequência nas faixas etárias mais jovens, mas não obrigatoriamente, daí a impropriedade desse nome infanto-juvenil.

3.11.3 Fisiopatologia

Há uma acentuada diminuição da produção de insulina pelas células betas pancreáticas. Ocorre hiperglicemia de jejum como resultado de uma produção descontrolada de glicose pelo fígado, além disso, a glicose derivada dos alimentos ingeridos não pode ser estocada, e permanece na corrente sanguínea contribuindo para a hiperglicemia pós-prandial (após refeições).

3.11.4 Tipo II Diabetes Mellitus não Insulino-Dependente (DMNID).

O diabetes tipo II, ou como também é conhecido, insulino independente, ou diabetes tipo adulto, ocorre em pessoas acima de 30 anos de idade. Essas pessoas são na maioria das vezes obesas e a doença evolui lentamente.

3.11.5 Fisiopatologia

A resistência à insulina no diabetes tipo II está associada a uma diminuição às reações intracelulares. Para superar a resistência à insulina e impedir a elevação de glicose no sangue, deve haver um aumento da quantidade de insulina secretada, isto interfere na tolerância à glicose, na qual um nível normal ou levemente elevado de glicose só é mantido pela secreção excessiva de insulina, entretanto, se as células betas forem incapazes de atender a demanda de insulina, o nível de glicose sobe e desenvolve-se o diabetes tipo II.

3.11.6 Tratamento

O tratamento recomendado foi:

a) dieta: a dieta e o controle do peso constituem a base do tratamento do diabetes;

b) exercícios: os exercícios são extremamente importantes na conduta do diabetes, devidos a seus efeitos em reduzir a glicose sangüínea e os fatores de risco cardiovasculares, pois os exercícios diminui a glicose sangüínea, aumentando a captação de glicose pelos músculos do corpo e melhorando o uso de insulina, também favorecem a circulação e o tônus muscular;

c) monitorização da glicose sangüínea: realizar testes para detectar a presença de açúcar no sangue e na urina: Exemplo; Hemoglicoteste; glicosúria; monitores de glicose sangüínea (aparelhos om uso de fitas);

d) insulinoaterapia: a insulina é um hormônio secretado pelas células beta das Ilhotas de Langerhans do Pâncreas. Quando há uma deficiência primária ou secundária da produção deste hormônio, ocorre o diabetes. A insulina exerce sua ação sobre todo o metabolismo orgânico, especialmente sobre os carboidratos. Ela estimula os músculos e outros tecidos a fixarem a glicose, provocando, assim, baixa do nível sangüíneo.

3.11.7 Cuidados de Enfermagem com insulinoaterapia

Os cuidados de Enfermagem com a insulinoaterapia devem ser:

- a) observar o tipo de insulina, dose e via de administração prescrita;
- b) após a aplicação subcutânea fazer compressão leve sobre o local, evitando friccionar;
- c) alimentar o paciente logo após a administração da insulina para prevenir hipoglicemia;
- d) fazer rodizio nos locais de aplicação para evirtar lipodistrofia. (atrofia e hipertrofia);
- e) observar sinais de hipoglicemia: sudorese, palidez, cefaléia, polifagia, sonolência, confusão mental e fraqueza;
- f) ao aplicar insulina NPH, agite suavemente o frasco antes de aspirar o medicamento;
- g) orientar e auxiliar na higiene, tendo cuidados especiais com a higiene oral, genital e dos pés.

CONCLUSÃO

Conclui – se que o Curso Técnico de Enfermagem foi de grande importância para nós estudantes, pois nos transformou em profissionais na área de saúde. Com certeza um cidadão muito mais interessado em ajudar o próximo. Acabou despertando também outros profissionais de saúde para se especializarem na área fazendo cursos e se regularizando junto ao COREN. Portanto todos nós estamos saindo vitoriosos, os alunos como Técnicos de Enfermagem e a população com um maior número de profissionais os quais lhes proporcionarão orientações e assistências que às vezes não é possível ser dada em virtude do funcionário ter pouco tempo para esse tipo de atividade, sendo tão importantes para a recuperação do paciente.

Porto União – SC, 05 de abril de 2002.



Márcio José Alves de Oliveira

EXAMES REALIZADOS

EXAME: Tórax P.A.
Dr. Mauro Garcia de Lima

28/03/01

- Estruturas ósseas Visualizadas Íntegras
- Seios Costofrênicos Livres, Cúpulas Diafragmáticas Convexas
- Aorta Ectásica
- Ausencia de lesões parenquimatosas em atividade
- Área cardíaca normal

Hora: 09:04

Sangue Arterial

28/03/01

GASOMETRIA**RESULTADO**

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| pH..... | : 7.327 |
| pCO ₂ | : 44.7 mm Hg |
| pO ₂ | : 26.7 mm Hg |
| CO ₂ total..... | (TCO ₂): 24.1 mmol / L |
| Bicarbonato..... | (HCO ₃): 22.7 mEq / L |
| Bicarbonato Standart..... | (St. HCO ₃): 21,7 mEq / L |
| Excesso de Base..... | (BE): - 0.3 mmol / L |
| Excesso de Base Standart..... | (SBE): - 2.5 mmol / L |
| Buffer Base..... | (BB): 43.7 mmol / L |
| Saturação de oxigênio..... | (O ₂ Sat): 43.6 % |
| Aa DO ₂ | : 59,0 mm Hg |
| RQ..... | : 0,84 |

SANGUE

28/03/01

RESULTADO**TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL**

Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado.....: 134 seg
Controle normal.....: 34 seg
Relação P/N: 3,94 seg
V.R. KPTT: 45 segundos
P/N: Até 1.3 segundo

TEMPO DE ATIVIDADES DA PROTROMBINA

Tempo de Protrombina.....: 15 seg
Atividade de Protrobina.....: 73%
Controle normal.....: 13 seg
INR.....: 1.34
Método: Quick
V.R.TAP: 13 segundos ou 100% do normal

HEMOGRAMA

| LEUCOGRAMA | % | /mm³ |
|-------------------|----------|------------------------|
| Leucócitos..... | | 9.640 |
| Bastões..... | 2,0 | 193 |
| Segmentos..... | 54,0 | 5.206 |
| Linfócitos..... | 32,0 | 3.085 |
| Monócitos..... | 6,0 | 578 |
| Eosinófilos..... | 5,0 | 482 |
| Basófilos..... | 1,0 | 96 |

ERITROGRAMA

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| Hemácias..... | 4,8 milhões / mm ³ |
| Hemoglobina..... | 13,5 g/dl |
| Hematócrito..... | 41,1 % |
| VCM..... | 86,6 fL |
| HCM..... | 28,5 pg |
| Concentração HCM..... | 32,9 p/dL |
| RDW..... | 14,5 % |

PLAQUETAS

| | |
|--------------------|---------------------------|
| Plaquetas..... | 323.000 / mm ³ |
| VPM..... | 9,0 fL |
| Plaquetócrito..... | 0,21 % |
| PDW..... | 19,4 |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LOMBA, Marcos. , LOMBA, Ambre., Especialidades Médicas. Vol 2. Rio de Janeiro: Obejetivo Saúde, 2000.

MESSEDER, Alexandre Malta da Costa., Sobre a Vida. Vol 1. Rio de Janeiro: