

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL DE CARIDADE SÃO BRÁS
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

05 ABR 2002 0 184

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR: ESTUDO DE CASO
GOTA

CEFET - UE Joinville



0131

REL ENF

0038

Relatório de estágio curricular

CEFET-SC BIBLIOTECA

REL ENF
0038

Revisão
Em 02/04
Neusa
14/4
Neusa

NEUSA MARTINS CUSTÓDIO

PORTO UNIÃO
JANEIRO DE 2002



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^o Enio Miguel de Souza, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a) ESTAGIÁRIO(A) Neusa Martins Custódio, matriculado(a) na 2^a, 3^a e 4^a 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^o 6.494 de 07/12/1977 e n^o 8.859 de 23/03/94 e Decreto n^o 87.497 de 18/08/82.

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

Parágrafo 2^o - 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^o - 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^o - 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^o - O ESTAGIÁRIO obriga-se a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

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

Art. 8^o - Fica firmado o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma.

EMPRESA
Assinatura e Carimbo

ESTAGIÁRIO

Florianópolis, 14 de fevereiro de 2001.

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): Neusa Martins Custódio Matrícula: 0027116 - 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/Cirúrgico | 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

Prof. Enf.
Ondina Machado
COREN-SC 39560

Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo

JURACI MARIA TISCHER
GERENTE DA UNIDADE DE
SAÚDE DE JOINVILLE

DEDICO Àqueles que realmente posso chamar de amigos,
Os quais me incentivaram e me fizeram acreditar e confiar em mim
Mesma e me fizeram enxergar que, como qualquer outra pessoa, eu
Também posso. A vós , meu eterno agradecimento.

AGRADEÇO... À Deus , que iluminou minha caminhada.

Ao Companheiro, pela paciência colaboração e amor.

À Filha, por entender a minha ausência.

Aos Mestres, pela sua dedicação.

A Escola, pela acolhida.

À Empresa, pela gentileza em ceder seu estabelecimento e
Confiança.

SUMÁRIO

| | | |
|-------|----------------------------------|----|
| | LISTA DE SÍMBOLOS | |
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2 | A EMPRESA..... | 2 |
| 3 | ESTUDO DE CASO..... | 3 |
| 3.1 | Apresentação..... | 3 |
| 3.2 | Anamnese..... | 3 |
| 3.3 | Exame Físico..... | 4 |
| 3.4 | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: GOTA..... | 4 |
| 3.4.1 | Conceito..... | 4 |
| 3.4.2 | Fisiopatologia..... | 5 |
| 3.4.3 | Exames Complementares..... | 5 |
| 3.4.4 | Sintomatologia..... | 6 |
| 3.4.5 | Tratamento..... | 6 |
| 3.5 | ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM..... | 7 |
| 3.6 | ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO..... | 7 |
| 3.7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 7 |
| | CONCLUSÃO..... | 8 |
| | ANEXOS | |
| | Anexo 1 – Prontuário..... | 10 |
| | Anexo 2- Medicamentos..... | 11 |
| | Anexo 3 – Visita Domiciliar..... | 12 |
| | REFERÊNCIAS | |

LISTA DE SÍMBOLOS

SNG - Sonda nasogástrica
APMI – Associação de Proteção à Maternidade e Infância
D F- paciente
Kg - quilograma
M - metro
Bpm – batimentos por minuto
Mrpm – movimento respiratório por minuto
MmHg- milímetro de mercúrio
MID - membro inferior direito
PA – pressão arterial

A EMPRESA

O Hospital de Caridade São Bráz foi criado em 1926 na cidade de Porto União , Santa Catarina por iniciativa religiosa e da sociedade local em terreno cedido pela Mitra Diocesana, localizado ao lado da Igreja da Paróquia Nossa Senhora das Vitórias. É um hospital de referência onde atende pacientes advindos da região norte de Santa Catarina e sul do Paraná. Atualmente conta com 33 médicos altamente capacitados nas diversas áreas e especialidades da medicina tais como: pediatria, cardiologia, radiologia, medicina intensiva entre outras.

Administrativamente o hospital é dirigido pela Diretoria Executiva. Esta é subordinada à Mitra Diocesana, a qual é responsável o Sr Bispo da diocese de Caçador, sendo seu representante local o padre da paróquia Nossa Senhora das Vitórias de Porto União o Frei Alcides Cella.

A Diretoria Executiva atualmente está assim composta: Diretor Presidente: Dr Wilson Francisco; Diretor Técnico: Dr Ayrton R. Martins. Diretora administrativa: Dra Magaly Unterstell Brittes. Administrador : Darci Ferreira da Costa Filho.

O hospital conta com aparelhagem radiológica, tomografia computadorizada, vídeo-cirurgia, sistema Holter. Em 1995 entrou em funcionamento a UTI, que conta atualmente com aparelhagem extremamente sofisticada, a maior parte importada. O Hospital de Caridade São Bráz é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos localizado à rua Frei Rogério nº 579 Porto União Santa Catarina.

INTRODUÇÃO

Os estágios realizados foram muito importantes, pois é aonde colocamos em prática tudo aquilo visto na teoria, com o objetivo de obter maior conhecimento e prática, dentro dos procedimentos realizados.

O estágio de Fundamentos de Enfermagem foi realizado no Hospital São Brás, sob supervisão das enfermeiras Roni, Ondina, e o enfermeiro Jediael, no período de 22/01/01 a 26/02/01. Foi o começo prático de tudo, onde tivemos o contato direto com o doente. Aprendemos sobre o preparo e diluição da medicação, realizar curativo, passar sonda vesical e NSG, arrumar leitos, limpeza do mesmo, aspirar, colocar cateter de oxigênio e demais cuidados de enfermagem.

Já o estágio de Clínica Médica realizado no período de 15/03/01 a 10/04/01 no Hospital São Brás e Regional, teve como objetivo principal conhecer sobre as patologias, saber identificar sinais e sintomas, sua medicação, o porque desta medicação. Tivemos como supervisor o enfermeiro Jediael, Ondina, Sirley.

O estágio de Centro Cirúrgico foi realizado no período de 06/06/01 a 30/07/01 no Hospital Regional e APMI, com o objetivo de conhecer os procedimentos e cuidados com os materiais estéreis, sua paramentação e um conhecimento melhor com os órgãos do corpo humano, sob a supervisão do enfermeiro Simão, enfermeiras Sirley e Ana Paula.

O estágio de Materno-Infantil que foi de 27/08/01 a 03/10/01 no Hospital São Brás e APMI com o objetivo de aprendermos a lidar com o binômio mãe-filho. Tivemos um bom aprendizado na área de obstetrícia, na Pediatria aprendemos muito.

O estágio de Saúde Pública foi realizado na Secretaria de Saúde(SUS), nos postos dos bairros e no Pronto Atendimento, no período de 19/11/01 a 07/12/01 com o objetivo de aprendermos sobre a parte preventiva da saúde.

Os estágios de Administração e de Psiquiatria foram realizados no período de 14/02/02 a 02/03/02 com o objetivo de termos noções de como se administra um hospital e de como lidar com pacientes doentes mentais, drogados, alcoólatras.

Em todos os hospitais que realizamos estágios, encontramos alguns obstáculos em relação a alguns funcionários, mas já sabíamos que íamos encontrar isso, porque obstáculos existem em qualquer empresa e são importantes para podermos progredir com mais vontade até chegar ao nosso ideal.



3 ESTUDO DE CASO

3.1 Apresentação

O cliente DF foi admitido nesta unidade hospitalar no dia 14 de março de 2001 às 16 horas e 30 minutos na clínica médica. Chegou de cadeira de rodas proveniente do setor de internação com o diagnóstico de Gota. Foi encaminhado ao quarto 13, leito 3. Durante esse ano foi sua primeira internação, mas foi internado outras vezes pelo mesmo motivo. Faz tratamento em casa sob orientação médica, usando os seguintes medicamentos: voltaren, biofenac, colchicina, reumatriz, allopurinol.

A sua família é composta por 3 pessoas, o DF, que tem curso superior de administração incompleto, sua esposa e uma filha de 13 anos. Mora em apartamento alugado de alvenaria com dois quartos, banheiro, sala, cozinha e lavanderia. Ele tem uma casa mas mora em apartamento por ser mais perto do centro. O mesmo tem abastecimento de água, luz e esgoto além de móveis e eletrodomésticos com padrão de classe média.

O Sr. DF tem o peso de 79kg, mede 1,68m, pulso com 86 bpm, temperatura 36° c, e respiração 22mrpm, isso condiz com sinais vitais normais.

A Gota é uma doença genética e adquirida, manifesta por hiperuricemia e uma característica artrítica inflamatória aguda, induzida por cristais de monodratos de urato monossódico. Gota significa artrite inflamatória. Veremos um pouco sobre ela a seguir.

3.2 Anamnese

O cliente DF relata forte dor no tornozelo do membro inferior direito, apresentava-se pálido com sinais vitais normais. O tornozelo estava ruborizado, edemaciado, o que lhe trazia grande preocupação por causa da profissão (motorista), quando tem as crises de gota, geralmente é no pé, o que o impede de dirigir. Mesmo assim mantinha-se calmo pois tinha conhecimento de sua patologia.

Referiu estar sendo mal atendido por parte da enfermagem noturna. Sugeriu que a enfermagem tivesse mais respeito com o doente evitando tanto barulho. Referiu também dormir bem, comer bem e não fazer a dieta como deveria, com exceção de quando vem as crises. Suas vestes apresentam-se limpas, condizentes com a temperatura e revelam uma boa higiene corporal. Apresenta dificuldade de locomoção por causa da crise da doença.

3.3 Exame Físico

O cliente DF apresenta cabeça proporcional ao resto do corpo, cabelos castanhos escuros levemente grisalhos, curtos e limpos, couro cabeludo íntegro, rosto redondo pele clara, olhos castanhos, pupilas isocóricas e foto – reagentes, apresenta uma pinta no lado direito do nariz, tem boa capacidade auditiva, com pavilhões externos limpos, lábios volumosos, boa higiene oral, possui prótese para 4 dentes na arcada superior, pescoço proporcional à cabeça e tórax. Com abdome levemente distendido, com cicatriz no lado direito devido a uma cirurgia de apendicite realizada em 1977. Apresenta mãos limpas e macias com unhas aparadas.

A genitália e região anal anatômicamente normais. Membro inferior esquerdo é normal e o inferior direito apresenta-se ruborizado e edemaciado, com movimentos irregulares quando a dor é intensa.

3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: GOTA

3.4.1 Conceito

Gota é um termo que representa um grupo heterogêneo de doenças genéticas e adquiridas manifestas por hiperuricemia e uma característica artrite inflamatória aguda, induzidas por cristais de monoidratos de urato monossódico. A gota é classificada em dois grandes grupos: gota primária e secundária.

Gota Primária é um distúrbio genético, no qual o defeito bioquímico básico produz a hiperuricemia desconhecido, ou quando conhecido, a principal manifestação é a gota. Aproximadamente 90% dos casos de gota são primários, visto que o defeito metabólico não conhecido, em sua maioria, eles são denominados de gota idiopática primária. Estudos indicam que aproximadamente 70% dos pacientes com gota primária tem uma síntese aumentada de ácido úrico.

Apesar da superprodução de ácido úrico, sua excreção urinária é normal (580 a 600 mg dia) em 85 a 95% dos pacientes com dieta livre de purinas.

Em apenas um terço dos pacientes com gota primária não revelam qualquer sinal de síntese aumentada de ácido úrico.

Gota secundária é quando a hiperuricemia é secundária a algum outro distúrbio, como por exemplo, a excessiva desintegração de células, ou alguma formação de doença renal. Também estão incluídas nesta categoria algumas doenças genéticas como a síndrome de Luch-Nyhan e a doença do armazenamento do glicogênio do tipo I, no qual a gota não é a manifestação clínica principal ou de apresentação. A gota secundária responde por apenas 5 a 10% de todos os casos.

A gota primária é uma doença familiar que na maioria das vezes aparece em indivíduos do sexo masculino (aproximadamente 95% dos casos). Nas mulheres a doença aparece predominantemente após a menopausa, devido às baixas concentrações de urato sérico durante o período de reprodução.

Em crianças a gota é rara e quando aparece está geralmente associada a algum erro metabólico bem definido. A herança multifatorial, com comprometimento de diversos genes e a ação de fatores ambientais, (por exemplo, álcool, dieta e medicamentos), parece ser o modo mais provável de transmissão da doença idiopática primária. Até 25% dos parentes consangüíneos assintomáticos de um paciente com gota, podem apresentar hiperuricemia.

3.4.2 Fisiopatologia

A gota caracteriza-se inicialmente por ataques recorrentes de artrite aguda, causada pela presença de cristais de urato monossódico provenientes dos fluídos corporais supersaturados nos espaços articulares. Alguns resultam na superprodução de ácido úrico e outros de retenção por causa de alguma anomalia renal ou ainda a associação de ambos.

Os ataques dolorosos são repetitivos. Caso não haja um controle adequado sobre este processo, a situação pode piorar. A agressão constante das articulações pelos cristais de urato, faz com que ocorram focos inflamatórios conhecidos como tofos. Estas lesões com o passar do tempo podem causar a incapacidade funcional das articulações.

Os cristais de urato podem ainda depositar-se em outros tecidos, tais como cápsulas Articulares, tecido pericondral, bolsa sinovial, e as válvulas cardíacas. Os pacientes podem ainda evoluir para um quadro de insuficiência renal, devido a maior possibilidade de formação de cálculos de urato, prejudiciais ao bom funcionamento dos rins, que são uma das vias de eliminação do ácido úrico.

Freqüentemente ocorre hipertensão arterial concomitante por razões ainda desconhecidas. Embora a alta concentração de ácido úrico circulante (hiperuricemia) seja fundamental para todas estas alterações teciduais, ela não é a única determinante. Deve-se fazer uma distinção clara entre hiperuricemia, que é uma doença.

Um nível plasmático de uratos acima de 7mg/dl é considerado elevado, visto que excede o valor de saturação para urato a 37° c e PH 7,4. Por esta definição 2 a 8% da população ocidental apresentam hiperuricemia, mas a freqüência da gota varia entre 0,13 a 0,37%.

O motivo pelo qual alguns pacientes com taxas elevadas de ácido úrico desenvolvem os sintomas clássicos de artrite gotosa e outros não, ainda é desconhecido.

3.4.3 Exames Complementares

No seu período de internação hospitalar foi realizado somente RX de tornozelo e dorso do pé. Não foi possível incluí-los no estudo de caso pois ficou no hospital para laudo. Também desta vez não foram pedidos exames laboratoriais porque o Sr. DF já é paciente há tempos, do mesmo médico e o mesmo pediu somente o prontuário anterior do paciente.

3.4.4 Sintomatologia

As manifestações clínicas da gota são convenientemente descritas em quatro categorias: artrite gotosa aguda, gota tofácea, nefropatia gotosa e urolitíase de ácido úrico. A gota clínica é extraordinariamente rara antes da puberdade, quando os homens em risco de gota idiopática primeiro desenvolvem hiperuricemia. A artrite gotosa aguda geralmente aparece como um ataque artrítico fulminante de gravidade incapacitante. A gota aguda é predominantemente uma doença dos MMII. De 75 a 90% dos ataques iniciais são monoarticulares e pelo menos metade dos primeiros ataques envolve a articulação metatarsofalangeana do hálux (podagra). A seguir como ordem de frequência de locais de envolvimento inicial estão o dorso do pé, tornozelo, calcanhar, joelho, punho, dedos das mãos e cotovelo. Mais freqüentemente o primeiro ataque ocorre repentina e exclusivamente durante um período de aparente saúde, em geral à noite.

Em geral em questão de minutos a horas a articulação afetada fica quente, avermelhada e extremamente dolorosa. Uma linfagite pode tornar-se evidente. Os sinais sistêmicos de inflamação incluem febre, leucocitose, e elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS). A reação inflamatória pode sugerir celulite ou artrite séptica e ocasionalmente uma articulação é incisada por um médico descuidado. A artrite gotosa geralmente ocorre após um evento principiante, como traumatismo, cirurgia, excessos alimentares ou alcóolicos, inanição ou infecção.

Gota Tofácea é o desenvolvimento de tofos que estão correlacionados com o grau de hiperuricemia, à gravidade do envolvimento renal e à duração da doença. A artrite gotosa crônica é uma conseqüência da incapacidade progressiva de eliminar o urato tão rapidamente quanto ele é produzido. Os depósitos cristalinos de urato surgem nas articulações e ao seu redor. A destruição dos tecidos é evidente nas cartilagens e nos ossos, levando a lesões radiotransparentes em saca-bocado, e a erosões corticais com margens projetadas.

A Urolitíase está correlacionada na gota, com o grau de hiperuricemia quanto à magnitude da excreção de ácido úrico em 24 horas. Dentre as pessoas gotosas que eliminam cálculos, cerca de um terço tem seu primeiro episódio de urolitíase antes do início da artrite gotosa. Os cálculos de ácido úrico puro são radiotransparentes e são demonstráveis no corpo apenas com o uso de contraste.

3.4.5 Tratamento

As metas terapêuticas na gota são (1) terminar o ataque agudo de gota tão pronta e suavemente quanto possível, (2) impedir a recorrência da artrite gotosa aguda, (3) impedir ou reverter as complicações da doença resultante do depósito de urato de sódio nas juntas e rins, (4) impedir a formação de cálculos renais de ácido úrico. O programa terapêutico varia de acordo com o estágio da doença e com as complicações presentes. Na maioria dos pacientes é possível abortar ou impedir ataques agudos, para controlar a hiperuricemia e medir a artrite gotosa crônica, nefropatias e cálculos.

No ataque agudo, a articulação afetada deve ser colocada em repouso, e imediatamente administrado um agente anti-inflamatório.

Três tipos de agentes estão disponíveis : colchicina, agentes anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) e glicocorticóides. A colchicina é o único agente de valor diagnóstico específico na gota aguda. Os agentes uricosúricos e o alopurinol não tem valor no tratamento do ataque agudo.

Na artrite gotosa crônica o uso de um fármaco para diminuir o nível sérico de ácido úrico para 6 mg/ 100 ml ou menos é indicado em todos os pacientes gotosos com tofos visíveis. O alopurinol é o agente de escolha, a menos que o paciente já esteja bem controlado com um agente uricosúrico.

3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Como assistência de enfermagem, foram prestados os seguintes cuidados:

- a) controle de sinais vitais;
- b) observar os sintomas;
- c) medicação na dose certa, hora certa, via certa;
- d) ajuda na deambulação;
- e) bolsa de gelo no local afetado;
- f) conforto no leito;
- g) orientações sobre sua patologia;
- h) controle na alimentação;
- i) higiene oral.

3.6 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO

Como orientação foram dadas as seguintes:

- a) repouso por dez dias;
- b) evitar gorduras e frituras;
- c) evitar fumo e álcool;
- d) observar dietas;
- e) observar PA com mais frequência;
- f) tomar bastante líquido(mais ou menos dois litros por dia);
- g) observar rigorosamente os medicamentos.

3.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo de caso entende-se que o mesmo proporcionou oportunidade de compreender e avaliar melhor as necessidades do cliente, perceber seus medos, inseguranças e o quanto é importante o funcionário da saúde estar bem preparado e consciente do seu papel, pois dele depende todo o bom andamento do tratamento e recuperação do paciente. No estudo de caso que ora realizamos vimos que a gota é uma doença das articulações, que afeta mais o sexo masculino e provoca degeneração das articulações.

CONCLUSÃO

Ao finalizarmos o Curso Técnico de Enfermagem podemos nos sentir aptos a prestar assistência ao cliente, seja ele como for. Foi um curso que nos proporcionou ampliar nossos horizontes e nos preparou técnica e humanamente para a profissão que escolhemos. Profissão esta que não é escolha, é Dom.

Os professores e colegas proporcionaram durante este tempo uma convivência onde crescemos juntos, que é o objetivo a ser alcançado. Todos os professores foram competentes em nos fazerem bons técnicos, passando cada um à sua maneira o melhor conhecimento possível. Contamos com o apoio incondicional da escola e da coordenadora do curso.

Valeram muito esses dois anos.

Data

Assinatura

ANEXOS

| | |
|----------------------------------|----|
| Anexo 1 – Prontuário..... | 10 |
| Anexo 2- Medicamentos..... | 11 |
| Anexo 3 – Visita Domiciliar..... | 12 |

PRONTUÁRIO

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| Nome – DOF | Idade – 37 anos |
| Sexo – masculino | Cor - branca |
| Data de nascimento 16/06/63 | Data 14/03/01 |
| Hora 16h e 30 m | Quarto- 13 |
| Leito – 3 | |

Sinais Vitais:

PA= 140/80 mmhg

P= 80 bpm

T= 36° c

R= 22 bpm

DIAGNÓSTICO : GOTA

Medicação - SG 5%, Coltrax, Novalgina, Decadron, Voltarem 75 mg, bolsa de gelo, repouso absoluto.

14/03/01- Paciente recebido neste setor proveniente de internação, calmo, consciente, comunicativo, cooperativo, lúcido, orientado, refere dor no tornozelo (MID); apresentando rubor na mesma, eliminações intestinais normais e vesicais presentes.

15/03/01 – Paciente calmo, lúcido, orientado, com sinais vitais normais, persiste com tornozelo ruborizado, edemaciado, refere menos dor. Eliminações vesicais e intestinais normais, manteve a medicação do dia anterior.

16/03/01 – Paciente calmo, lúcido, orientado, MID não apresentando mais rubor e nem edema no local afetado. Sem queixas, sinais vitais normais, evoluindo para alta hospitalar.

MEDICAMENTOS

O cliente recebeu os seguintes medicamentos:

- a) Colchicina – É um antigotoso que embora associado a uma frequência alta de efeitos tóxicos, é particularmente eficaz, talvez em virtude do seu efeito sobre a motilidade dos granulócitos. É um agente antiinflamatório único porque só é eficaz na artrite gotosa;
- b) Alopurinol - o alopurinol é um inibidor seletivo das etapas terminais da síntese de ácido úrico;
- c) Novalgina – é um analgésico, antipirético, antitérmico, amplamente usado em dor e febre;
- d) Voltaren - é um antiinflamatório, não esteróide, anti-reumático, analgésico, anti-gotoso, antidismenorréico, antiemético.

VISITA DOMICILIAR

Ao realizar a visita, foi observado que o Sr. DF vive num ambiente bom de higiene e conforto notável, com quase todos os móveis e eletrodomésticos, observa-se também o amor e carinho da esposa e filha.

Nota-se também por fotos mostradas que o senhor DF não tem uma vida social agitada, sempre na convivência da família e amigos em casa e também observa-se o cansaço e o estresse por fotos em seu que exige bastante esforço físico e mental.

REFERÊNCIAS

----- Disponível na internet nas páginas <http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-bio/trab2000/gota/gotahome/gotador.htm>

----- disponível na internet na página universo online obpr- guia de remédios;

----- COLEÇÃO SOBRE VIDA , editora Biologia e Saúde.

Rever!