

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

01 NOV 2002 0240

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

CEFET - UE Joinville



0742

REL ENF

0043

Relatório de estágio curricular

CEFET-SC BIBLIOTECA

REL ENF
0043

ANDRÉA BAUMGARTNER

MAFRA
OUTUBRO DE 2002

Approved
Passado
30/10/02
2002



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 pelo, **Sr. Ênio Miguel de Souza**, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a)ESTAGIÁRIO(A) **Andrea Baumgartner**, 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 nº 6.494 de 07/12/1977 e nº 8.859 de 23/03/94 e Decreto nº 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 756 (Setecentas e cinqüenta e seis) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

Carga Horária	Instituição/Setor	Período
288 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	09/07/2001 a 08/11/2001
198 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	21/01/2002 à 31/05/2002
270 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	08/07/2002 à 30/10/2002

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). **Roni Regina Miquelluzzi, 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.

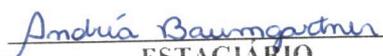
Art. 6º - O ESTAGIÁRIO obriga-se a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

Art. 7º - Nos termos do Art. 4º da Lei nº 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 nº 36728 da Companhia **Sul América Seguros.**

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

Florianópolis, 23 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) Andrea Baumgartner **Matrícula:** 0117059-4 **Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.**

Supervisor na Empresa: Romi Regina Miquelluzzi **COREN:** 54068

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dona Catarina Kuss	09/07/2001 a 07/08/2001 01/10/2001 a 08/11/2001	<ul style="list-style-type: none">Fundamentos de EnfermagemClínica Médica – UTI e Emergência	288 h
2. Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dona Catarina Kuss	21/01/2002 a 13/02/2002 15/04/2002 a 31/05/2002	<ul style="list-style-type: none">Clínica Cirúrgica – CME – C. CirúrgicoMaterno Infantil	198 h
3. Maternidade Dona Catarina Kuss Ambulatórios da Rede Municipal Hospital São Vicente Hospital Rio Negro	15/04/2002 a 31/05/2002 08/07/2002 a 31/07/2002 21/10/2002 a 30/10/2002 07/10/2002 a 16/10/2002	<ul style="list-style-type: none">Materno InfantilSaúde PúblicaAdministraçãoPsiquiatria	270 h

Andrea Baumgartner
Estagiário(a)
Assinatura

Romi Regina Miquelluzzi
Supervisor na Empresa
Assinatura e Carimbo
ROMI R. MIQUELUZZI
ENFERMEIRA
COREN-SC 54068

[Handwritten Signature]
Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo
KOSANÉ APARECIDA DO PRADO
GERENTE EDUCACIONAL DE
ADINVILLE - ETFSG

Dedicatória

*às pessoas que mais me apoiaram
na elaboração deste trabalho, e para
a conclusão do curso:
meu Pai e minha Mãe.*

*Agradeço aos professores e
supervisores pela paciência e
força de vontade, que fizeram com
que chegássemos aonde estamos.
O meu muito Obrigado!*

SUMÁRIO

LISTA DE SIMBOLOS E/OU SIGLAS E/OU ABREVIATURAS.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. EMPRESA – HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO.....	9
2.1 HISTÓRICO.....	9
3. ESTUDO DE CASO – DPOC E DIABETES MELLITUS.....	10
3.1 APRESENTAÇÃO.....	10
3.2 ANAMNESE.....	11
3.2.1 História familiar.....	12
3.3 EXAME FÍSICO.....	12
3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL – DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.....	12
3.4.1 Conceito.....	12
3.4.2 Etiologia.....	12
3.4.3 Fatores de risco.....	13
3.4.4 Classificação.....	13
3.4.4.1 Tipos.....	13
3.4.3 Sintomatologia.....	13
3.4.4 Tratamento.....	14
3.4.5 Orientações.....	14
3.5 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO – DIABETES MELLITUS.....	15
3.5.1 Conceito.....	15
3.5.2 Causas e fatores predisponentes.....	15
3.5.3 Sintomatologia.....	15
3.5.4 Classificação.....	16
3.5.4.1 Diabetes tipo 1.....	16
3.5.4.2 Diabetes tipo 2.....	16
3.5.5 Critérios de diagnóstico.....	16
3.5.6 Tratamento.....	17
3.5.6.1 Dietoterapia.....	17
3.5.6.2 Exercícios físicos.....	19
3.5.6.3 Monitoração da glicose sanguínea.....	19
3.5.6.4 Medicação.....	19
3.5.6.5 Insulinoterapia.....	20
3.5.6.6 Tratamento para cada tipo de diabetes.....	21
3.5.6.6.1 Diabetes tipo 1.....	21
3.5.6.6.2 Diabetes tipo 2.....	21
3.5.7 Complicações do Diabetes Mellitus.....	21
3.5.8 Orientações.....	23
3.6 EXAMES REALIZADOS.....	24
3.7 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	25
3.8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	28
3.9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28

4	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	30

LISTA DE SIMBOLOS E/OU SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

1. DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
2. EV – Via Endovenosa;
3. VO – Via Oral;
4. Bcpm – Batimentos cardíacos por minuto;
5. Mrpm – Movimentos respiratórios por minuto;
6. MIE – Membro Inferior Esquerdo;
7. CPM – Conforme Prescrição Médica;
8. SNG – Sonda Nasogástrica;

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio curricular tem grande importância na formação de um aluno, em nele se descreve o que foi realizado durante o período de estágio, pois há momentos que o supervisor não está presente para analisar certos cuidados prestados a determinado paciente.

Os estágios oferecidos pelo Curso Técnico de Enfermagem foram realizados no Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Bom Jesus, Maternidade Dona Catarina Kuss e Postos de Saúde e no Hospital H.J em Porto União.

Nos estágios de Fundamentos de Enfermagem, realizados na Maternidade Dona Catarina Kuss e no Hospital São Vicente de Paulo, durante o período de 09/07/2001 a 07/08/2001, sob a supervisão das Enfermeiras Eliz Cristine Maurer e Diva Maria K. de Mello, realizaram-se técnicas de assepsia da unidade e do paciente, desinfecção do leito, higiene íntima, curativo, verificação de sinais vitais, nebulização, oxigenioterapia.

O estágio de Clínica Médica, realizado no Hospital São Vicente de Paulo, será apresentado seqüencialmente, pois neste estágio foi desenvolvido o estudo de caso, que se realizou nos dias 11, 12, 13, 19, 20, 21/ 10/ 01, sob a supervisão da Enfermeira Ondina Machado e Rosane Aparecida do Prado, onde se aplicou a tratar pacientes com diferentes patologias.

O estágio em Unidade de Terapia Intensiva realizou-se no Hospital São Vicente de Paulo, sob a supervisão da Enfermeira Graciele de Matia, no período de 01/10/2001 a 08/11/2001, onde se prestou assistência a pacientes mais críticos. Neste mesmo estágio pôde-se conhecer os setores de Hemodiálise, Laboratório e Raio X.

Durante os estágios de Emergência, realizados na Unidade Ambulatorial de Emergência, do Hospital Bom Jesus, sob a supervisão da Enfermeira Andréia Calof, no período de 01/10/2001 a 08/11/2001, teve-se a oportunidade de prestar assistência imediata a pacientes em estado grave e realização de curativos.

Nos estágios de Clínica Cirúrgica, efetivados no período de 21/01/2002 a 13/02/2002, nos Hospitais Bom Jesus e São Vicente de Paulo, sob a supervisão das Enfermeiras Eliz Cristine Maurer, Diva Maria K. de Mello e Neide, objetivou-se tratar de pacientes cirúrgicos. Também se realizaram tarefas na sala de pré-operatório, Sala de Recuperação Pós-anestésica, Centro Cirúrgico e Centro de Materiais.

O estágio de Obstetrícia e Neonatologia se realizaram na Maternidade Dona Catarina Kuss, e o de Pediatria na Unidade Sanitária de Mafra e no Hospital São Vicente de Paulo, correspondentes aos estágios de Materno-infantil, no período de 15/04/2002 a 31/05/2002, sob os cuidados das Enfermeiras Anair Andréa Nassif, Denise Dallagnol e Diva Maria K. de Mello, em que se prestou assistência ao paciente pediátrico e a gestante no pré-parto, parto e pós-parto, cuidados com o recém-nascido, orientações as puérperas sobre amamentação, vacinas e acompanhamento médico.

O estágio de Saúde Pública realizou-se no Posto de Saúde José Kraeski, no período de 27/06/2002 a 19/07/2002, sob a supervisão da Enfermeira Eliz Cristine Maurer, onde se prestou assistência a uma determinada população fazendo cuidados

como vacinação, visitas domiciliares, curativos, nebulizações, verificação de sinais vitais, orientações a população quanto ao acompanhamento médico.

O estágio de Administração realizou-se no Hospital São Vicente de Paulo, onde se observaram os setores de Administração, a parte burocrática como são feitos os pedidos de exames, alta, óbito e outros, nos dias 2, 3, 4, 5 e 9/09/2002.

O estágio correspondente à Psiquiatria, realizou-se em Porto União, nos dias 25,26 e 27/09/02, onde se teve a oportunidade de prestar cuidados a pacientes com problemas mentais.

2. EMPRESA – HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

2.1 HISTÓRICO

O hospital começou a ser idealizado em 1936, e após muita luta e decisões foi inaugurado no dia 30 de julho de 1950, contando com 68 leitos. A direção ficou sob cuidados da Congregação das Irmãs Filhas de Caridade São Vicente de Paulo, que três dias antes da inauguração chegavam a mafra em um número três, mas após estas outras 34 já se dedicaram e se dedicam ao atendimento aos doentes.

Com uma área física de 6.486,55 metros quadrados, o hospital São Vicente de Paulo conta atualmente com 86 leitos disponíveis, dos quais 6 da Unidade de Terapia Intensiva, 15 apartamentos e 10 leitos de pediatria.

O Hospital conta com serviço próprio de radiologia e serviços terceirizados de laboratório, hemodiálise, tomografia, fisioterapia, endoscopia, ultra-sonografia.

Localizado anexo ao Hospital, está construído numa área de 273 metros quadrados o Pronto Atendimento emergencial infantil.

Uma das mais recentes conquistas foi a construção do novo Centro Cirúrgico e Centro de Materiais, numa área de 752 metros quadrados, o novo Centro Cirúrgico conta com 5 salas de cirurgia (uma delas para cirurgias cardíacas), e uma sala de recuperação pós-anestésica com 7 leitos.

O Hospital São Vicente de Paulo conta atualmente com 115 funcionários e um corpo clínico 65 profissionais da medicina. Com um número aproximado de 4 mil internações ao ano, o São Vicente de Paulo tem um faturamento bruto mensal estimado em R\$ 100 mil.

3. ESTUDO DE CASO – DPOC E DIABETES MELLITUS

3.1 APRESENTAÇÃO

Este estudo de caso realizou-se no Hospital São Vicente de Paulo, no estágio de Clínica Médica, 11, 12, 13, 19, 20, 21/10/2001, sob a supervisão das Enfermeiras Ondina Machado e Rosane Aparecida do Prado.

A prevalência destas doenças, citadas a seguir, vem aumentando nos últimos anos, principalmente as Doenças Pulmonares Obstrutiva Crônica, sendo ainda responsável, por um grande número de atendimentos de emergência e internações em todo o país, já a Diabetes Mellitus também não fica muito atrás.

Este estudo de caso foi desenvolvido através de pesquisas e conhecimentos adquiridos, tendo assim oportunidade de prestar uma assistência específica às patologias.

3.2 ANAMNESE

A paciente A.F., internada no quarto 43, leito A, é brasileira, de cor branca, com 69 anos de idade, do sexo feminino, de estado civil viúva e profissão do lar.

Paciente permaneceu internada no Hospital São Vicente de Paulo por cinco dias, e em vários contatos, a mesma relatou que há doze anos realizou uma cirurgia de Colectistectomia, e há mais ou menos dez anos, uma cirurgia de histerectomia.

Há 8 anos descobriu estar com Diabetes Mellitus e DPOC, após uma forte crise de dispnéia que a levou a se internar no Hospital São Vicente de Paulo. Depois de muitos exames, constatou-se que A.F. estava com Bronquite Crônica, e após um exame de sangue que estava com Diabetes Mellitus.

Após a descoberta destas doenças A.F. começou a fazer consultas periódicas ao médico e, para se ter um controle mais rigoroso, precisou fazer uso de Insulina NPH, diariamente, a qual após algum tempo não foi mais necessário o uso.

Há mais ou menos, 3 ano, A.F. voltou a se internar, pelo aparecimento de uma úlcera de perna no MIE, a qual se originou após uma “batida”. O curativo era feito diariamente apenas com Soro fisiológico 0,9 %, a ferida apresentava um odor fétido e secreção sanguinopurulenta. Após dois dias de internamento, foi necessário que fosse feito um debridamento da ferida, pois, segundo a paciente apresentava uma pele morta de cor escura, que foi retirada. Após o debridamento o curativo começou a ser feito com Soro fisiológico 0,9% e fibrase.

No dia 10 de Outubro de 2001 às 14 horas 20 minutos, A.F se internou novamente no Hospital São Vicente de Paulo com uma crise forte de dispnéia, apresentando cianose nas extremidades, tosse produtiva com expectoração amarelada, sibilância, referindo tontura, cefaléia, astenia, dor torácica, náusea e vômitos.

Após a sua admissão, foram verificados os Sinais Vitais, apresentando hipertermia (38,8°C), medicada então com Novalgina 2 ml EV, CPM. Realizado Hemogluco teste, com o seguinte resultado 292 mg/dl, administrado Insulina Regular, 10 unidades.

No dia 11 de Outubro, A.F apresentava-se melhor da dispnéia, continuava com tosse produtiva com expectoração amarelada e dor torácica, hemogluco teste variando de 185 a 284 mg/dl. Foram realizados Raio X, Parcial de Urina e exames de sangue.

No dia 12 de Outubro, A.F apresentava a mesma prescrição médica, apenas sem o oxigênio contínuo, que passou a ser 2 litros/minuto e se necessário. A tarde, paciente voltou a apresentar 2 episódios de vômito e hipertermia 38,2°C, medicada com Novalgina 2 ml EV, CPM, hemogluco teste mantendo-se entre 183 à 230 mg/dl.

No dia 13 de Outubro, paciente não apresentou episódios de vômito nem hipertermia, melhor da dispnéia e da tosse, hemogluco teste entre 164 à 192 mg/dl. Foram realizados novos exames de sangue: Hemograma e Glicemia em jejum.

No dia 14 de Outubro, A.F , apresentava-se melhor, deambulando, hemogluco teste entre 144 à 197 mg/dl, recebendo alta hospitalar e continuará tratamento em ambulatório.

3.2.1 História Familiar

A respeito de Diabetes Mellitus, uma tia tem a doença, e sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, o pai faleceu devido a uma Bronquite Crônica.

3.3 EXAME FÍSICO

A paciente apresentava palidez, pele ressecada, mãos ásperas, lábios secos, pequena acuidade auditiva diminuída, mucosas hipocoradas e cicatriz abdominal.

Os sinais vitais aferidos variaram com os seguintes resultados:

- a) Pressão Arterial: de 110 x 70 à 140 x 80 mmHg;
- b) Temperatura: de 36,5° à 38,8° C;
- c) Respiração: 18 à 30 mrpm;
- d) Pulsação: 88 à 110 bcpm.

3.4. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA- Bronquite Crônica.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica é uma classificação ampla que inclui um grupo de doenças associativas a obstrução crônica do fluxo de ar que entra ou deixa os pulmões.

Estão incluídas a Bronquite Crônica, o Enfisema Pulmonar e a Asma.

3.4.1 Conceito

Bronquite é uma inflamação aguda ou crônica dos brônquios, que gera uma produção excessiva de muco, por isso há a presença de tosse, para tentar eliminar este excesso de secreção.

Os brônquios se inflamam em resposta ao ataque de microorganismos nas infecções ou de outros agentes irritantes como a fumaça do cigarro, a poluição do ar e a inalação de ácidos ou solventes industriais.

A bronquite pode ser aguda ou crônica:

- a) **Aguda:** É consequência de uma infecção, na maioria dos casos, de um resfriado.
- b) **Crônica:** Acontece principalmente em pessoas idosas, tendo como causa mais freqüente o hábito de fumar.

3.4.2 Etiologia

Mundialmente, a prevalência do Bronquite triplicou nos últimos 30 anos, segundo pesquisas está é uma das doenças mais comum na infância. No Brasil, ocorrem, a cada ano, 2.000 óbitos devido a doença.

O gasto anual com esta doença é o terceiro maior valor do SUS (Sistema Único de Saúde), em todo país.

Cerca de 70% das pessoas com problemas respiratórios são afetadas por alérgenos ou irritantes presentes no ambiente.

3.4.3 Fatores de Risco

Os fatores de risco apresentam:

- a) Alergias (poeira, mofo, cheiros fortes de perfumes, produtos de limpeza, inseticidas e mudanças bruscas de temperatura);
- b) História familiar positiva;
- c) Infecções virais;
- d) refluxo gastroesofágico;
- e) Poluentes ambientais.

3.4.4 Classificação

A gravidade do Bronquite é estabelecida de acordo com a frequência dos sintomas e a sua intensidade, que pode ser leve, que representa 60% dos casos, moderada com 25 a 30% dos casos e grave com um total de 5 a 10% dos casos.

3.4.4.1 Tipos

Os tipos de bronquite assim se manifestam:

- a) **Bronquite leve:** Geralmente tem como sintomas, o chiado, aperto no peito, dispnéia, tosse. Nenhuma destas situações acontecem menos de duas vezes por semana. Os exercícios acompanhados do uso de broncodilatadores, podem melhorar rapidamente os sintomas. As crises tem a duração de pelo menos um dia por mês;
- b) **Bronquite Moderada:** Os sintomas acontecem mais de duas vezes por semana, mas não são contínuos e durante as crises é necessário, o uso de corticóides sistêmicos para seu controle ou de internações. Além disso, os portadores deste tipo de bronquite apresentam sintomas noturnos através da interrupção do sono – o mais comum. Nestas situações são usados os broncodilatadores;
- c) **Bronquite Grave:** Geralmente os sintomas são contínuos, o que pode provocar um prejuízo nas atividades diárias desses indivíduos. Nas situações de crise com risco de vida é necessário a internação e o uso frequente de corticóides sistêmicos.

3.4.5 Sintomatologia

Apresenta um quadro de mal estar generalizado, rouquidão, dor no tórax e febre não muito alta. Depois, surge uma tosse que, no início é seca, e mais adiante, produz expectoração esbranquiçada.

3.4.6 Tratamento

Não há cura para o bronquite, mas há tratamentos que podem permitir a todos uma vida dentro da normalidade.

Os medicamentos para o tratamento são divididos em dois grupos: os utilizados para o controle da doença, mantendo o paciente assintomático, e os de alívio, utilizados para a melhora rápida dos sintomas agudos e das crises. A medicação de controle mais eficaz tem ação antiinflamatórias. Os medicamentos mais comuns são os seguintes:

- Solu Cortef: Succinato Sódico de Hidrocortisona (Corticosteróide);
- Solu-medrol: Succinato Sódico de Metilprednisona (Corticosteróide);
- Aminofilina: (Broncodilatador);
- Berotec: Bromidrato de fenoterol (Broncodilatador);
- Atrovent: Brometo de ipratrópico (Broncodilatador).

O bronquite é raramente fatal, mas nos casos em que ele é, quase sempre há um tratamento inadequado ou uma falha em seguir os tratamentos e conselhos médicos.

3.4.7 Orientações

Uma vez que a maioria dos casos de bronquite é alérgico, principalmente na infância, algumas medidas podem ser tomadas. São cuidados fundamentais que podem melhorar os sintomas, como por exemplo:

- 1) Morar de preferência em lugares secos, quentes, longe de indústrias que soltem poeiras ou fumaças;
- 2) Evitar locais úmidos com poeiras ou mofo (bolores);
- 3) Não fumar e não ficar em ambientes onde haja fumantes;
- 4) Praticar esportes;
- 5) Evitar contatos com animais: aves, cães, gatos, cavalos;
- 6) Evitar medicamentos que tenham ácido acetil salicílico (A.A.S) ou seus derivados;
- 7) Alguns devem evitar a ingestão de alimentos ou bebidas que contenham: corantes amarelos, alaranjados e vermelhos e conservantes.

No dormitório é necessário procurar sempre:

- 8) Ambiente ensolarado e bem ventilado;
- 9) Não usar produtos que exalem cheiros fortes;
- 10) Tirar tudo que possa acumular poeira: Carpetes, tapetes, brinquedos de pelúcia, livros. Etc.
- 11) Não usar pijamas ou cobertores de lã ou pelos.

3.5 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO – DIABETES MELLITUS

3.5.1 Conceito

O diabetes é uma doença que ocorre quando a capacitação de glicose do sangue para as células do corpo se dá de forma inadequada e insuficiente, causando acúmulo de glicose no sangue (hiperglicemia), e isso se dá por um metabolismo desordenado dos Hidratos de carbono devido à deficiência de insulina (hormônio produzido pelo pâncreas, que controla o nível de glicose do sangue). Geralmente o metabolismo das proteínas e gorduras também é afetado.

A deficiência da insulina pode ser resultante de:

- a) lesão das células **Beta** das ilhotas de Langerhans do pâncreas é responsável pela “fabricação” de insulina;
- b) inativação da insulina;
- c) aumento das necessidades de insulina como ocorre na obesidade.

3.5.2 Causas e fatores Predisponentes

As causas e fatores do diabetes são:

- a) hereditariedade;
- b) obesidade;
- c) alcoolismo crônico;
- d) stress emocional;
- e) gravidez;
- f) cirrose hepática;
- g) câncer de pâncreas;
- h) pancreatite crônica.

3.5.3 Sintomatologia

Os sintomas assim se apresentam:

- a) Poliúria (urina demais) – Urina muito pela incapacidade do rim de reabsorver água.
- b) Polidipsia (sede excessiva) – Pela desidratação extra e intracelular;
- c) Polifagia (grande apetite) – Pela falta de energia da glicose;
- d) Perda de peso apesar da polifagia – pois a deficiência de insulina também prejudica o metabolismo de proteínas e gordura;
- e) Fadiga e astenia;
- f) Atraso na cicatrização das feridas.

3.5.4 Classificação

Sua classificação baseia-se na etiologia do Diabetes.

3.5.4.1 Diabetes tipo 1 – deficiência absoluta de insulina

Representa 20% de todos os pacientes diabéticos, atingindo principalmente pessoas jovens e magras, como consequência à secreção inadequada de insulina pelo pâncreas. Acredita-se haver uma predisposição genética, e o início da doença geralmente se dá a partir de um evento ambiental como uma virose. Quando não tratada adequadamente, esta doença pode originar complicações bastantes sérias, cuja a principal delas é a cetoacidose diabética.

3.5.4.2 Diabetes tipo 2 – predomínio da resistência insulínica com sua relativa deficiência

Representa 80% dos casos, no qual ainda há a produção de insulina pelas células pancreáticas, mas sua liberação e ação nas células está diminuída. Assim, inicialmente, estes pacientes são tratados com controle da dieta e com a prática de exercícios físicos. Isto porque a maioria destes pacientes são obesos e a obesidade parece estar intimamente relacionada a gênese desta doença. Este tipo afeta principalmente as pessoas acima dos 45 anos, obesos e com história de diabetes na família.

São outros tipos específicos:

- a) Defeitos genéticos da função das células Beta;
- b) Defeitos genéticos na ação da insulina;
- c) Doenças do pâncreas exócrino (a parte do pâncreas que não produz insulina);
- d) Induzida por medicamentos ou produtos químicos;
- e) Infecções;
- f) Formas incomum de Diabetes auto imune;
- g) Síndromes genéticas.

O Diabetes Mellitus Gestacional é um tipo de diabetes que aparece na mulher durante a gestação, podendo a doença permanecer após o parto ou não.

Deve ser tratada com dietoterapia, exercícios e Insulinoterapia. Deve haver controle rigoroso para evitar complicações na gestação e para o feto. Glicemia em jejum deve ficar entre 60 e 90 mg/dl.

3.5.5 Critérios de diagnóstico

Os critérios de diagnóstico são:

- a) Glicemia em jejum $>$ ou $=$ 126 mg/dl;

- b) Glicemia ao acaso $>$ ou $=$ 200 mg/dl, em um paciente com sintomas como Poliúria, Polidipsia ou perda de peso inexplicável;

3.5.6 Tratamento

A meta principal do tratamento do diabético é tentar normalizar a atividade de insulina e os níveis de glicose sangüínea, numa tentativa de reduzir o desenvolvimento das complicações. A meta terapêutica em cada tipo de diabetes é diminuir os níveis de glicose sangüínea tanto quanto possível, sem alterar drasticamente os padrões usuais de atividade do paciente, conforme veremos a seguir.

3.5.6.1 Dietoterapia

Deve-se consistir em refeições regulares e balanceadas, pobre em açúcar e gordura, como o álcool, banha, massas, doces, manteiga, maionese, amido, batata doce, pão e outros, e deve ser rica em:

- a) **Proteínas:** São princípios nutritivos que entram na formação de novos tecidos, fornece material para a formação de certas substâncias como: células, hormônios e enzimas. Os alimentos mais ricos em proteínas são a carne (bovina, suína, peixe, mariscos), vísceras de ovos, o leite e seus derivados (queijo, coalhada, requeijão), além de certos vegetais (soja, feijão, lentilha, cereais integrais, ervilha, grão de bico)
- b) **Vitaminas:** As vitaminas são denominadas por letras e geralmente classificadas lipossolúveis (A, D, E e K) e hidrossolúveis (B e C),
- **Vitamina A:** Encontrada no leite, manteiga, queijo, fígado, gema do ovo, cenoura, espinafre, alface, repolho, abacate, mamão, banana, manga, milho e fubá, essencial para a integridade do epitélio, resistência a infecções, crescimento ósseo e formação do esmalte dos dentes. Sua deficiência causa lesões na membrana mucosas, da pele e dos olhos e o seu excesso ocasiona encefalopatia aguda.
 - **Vitamina B:** Encontradas em cereais, carnes, leite, legumes e folhas verdes. Sua deficiência causa lesões epiteliais, doenças como a anemia e pode levar a uma anemia perniciosa.
 - **Vitamina C:** Presente em todas as frutas cítricas, é essencial a vários processos metabólicos e tem papel importante nos mecanismos de cicatrização, na formação de células sangüíneas e no desenvolvimento de todos os tecidos.
 - **Vitamina D:** Encontrada em ovos, leite, bacalhau, sardinha, atum, manteiga, nata, fígado. É fator crucial na formação dos dentes e ossos fixando o cálcio e o fósforo nos ossos, ajuda no crescimento e desenvolvimento. A sua carência pode acarretar o raquitismo, cáries dentárias e osteoporose.
 - **Vitamina E:** Presente em óleos de sementes, particularmente o óleo de germe de trigo e em menor quantidade nas frutas (agrião e alface) e gordura animal. Contribui para a formação das células sangüíneas e dos tecidos nervosos, auxilia no

desenvolvimento do feto, aumenta a fertilidade, protege o revestimento das células pulmonares.

- Vitamina K: É dividida em: Vitamina K1, K2 e K3. Encontrada em verdes folhosos, principalmente brócolis, repolho, nabo e alface, os outros vegetais, frutas cereais, laticínios, ovos e a carne contém menores quantidades. Promove a coagulação do sangue e a fixação do cálcio nos ossos.

c) Sais minerais: Que são os sais de cálcio, fósforo, magnésio, enxofre, potássio, cloro e sódio,

- Cálcio: Participa na formação dos ossos e dentes, é necessário para manter o equilíbrio ácido-básico, regula a frequência cardíaca e tonicidade do músculo cardíaco e participa na coagulação sanguínea. É encontrado no leite, queijo, sardinha em lata, ostra mariscos, salmão enlatado, iogurte, figo seco, aveia, couve, ervilhas secas, feijões, castanhas, relho crespo, folhas de nabo, mostarda e brócolis.

- Fósforo: Tem em conjunto com o cálcio estrutural na formação dos ossos e dentes, também é um componente chave da membrana celular, participa no ciclo energético, da fosforilação da glicose, participa no metabolismo dos glicídios e lipídios. O fósforo é encontrado no levedo de cerveja, soja, germe de trigo, ovos, sardinha em lata, queijos, aves, peixes, nozes, legumes, cereais e grãos.

- Magnésio: Tem como função formar e manter os ossos e os dentes saudáveis, controlar a transmissão dos impulsos nervosos e as contrações musculares, ativar as reações químicas que produzem energia dentro das células, tem ação fundamental na fisiopatologia do vasoespasma e aumento da coagulação sanguínea. É encontrado nas castanhas, soja, leite, peixes, verduras (verdes), cereais integrais e pão.

- Enxofre: Está presente em todas as proteínas, é importante na insulina e na ceratina da pele, cabelos e unhas. Existe também nos glicídios, como um constituinte da heparina. É importante na configuração específica de algumas proteínas.

- Sódio: É importante na manutenção do balanço hídrico, equilíbrio osmótico, equilíbrio ácido-básico, participa na excitabilidade de músculos e nervos e na função de diversas enzimas. É encontrado no sal de cozinha, alimentos industrializados, carnes e peixes defumados, embutidos, enlatados, picles, pães, cereais e queijos.

- Cloro: É importante para a manutenção do balanço hídrico, equilíbrio osmótico e ácido-básico, e irritabilidade muscular normal. É encontrado em alimentos industrializados, carnes e peixes defumados, embutidos, enlatados, picles, pães, cereais e queijos.

- Potássio: Tem como função a manutenção do balanço hídrico, equilíbrio osmótico e ácido-básico, e excitabilidade muscular normal. É encontrado nos cereais integrais, pão, carne, peixe, frutas, vegetais e leguminosos.

3.5.6.2 Exercícios físicos

São extremamente importantes na conduta do diabetes, devido a seus efeitos em reduzir a glicose sanguínea e os fatores de risco cardiovasculares. Os exercícios diminuem a glicose sanguínea, aumentando a capacitação de glicose pelos músculos do corpo e melhorando o uso de insulina. Também favorecem a circulação e o tônus muscular;

Deve ser praticado de forma regular e gradativa, com caminhadas progressivas em terreno plano, até um mínimo ideal de 30 minutos em três dias por semana. O exercício só deve ser praticado quando o estado metabólico estiver razoavelmente compensado.

3.5.6.3 Monitoração da glicose sanguínea

São testes para detectar a presença de açúcar no sangue e na urina. Exemplo: Hemogluco teste, glicosúria, monitores de glicose sanguínea (aparelhos com uso de fitas);

3.5.6.4 Medicação

Os hipoglicemiantes orais são produtos químicos, farmacêuticos que tem a propriedade de baixar os níveis de glicemia. São indicados para os diabéticos do tipo II, quando a dieta por si só não é suficiente para estabelecer o equilíbrio glicêmico;

Os Hipoglicemiantes orais, agem nas células pancreáticas, induzindo-as a liberar insulina residual. São eles:

- a) Sulfoniluréias – Clorpropamida (Diabinesi)
 Glibenclamida (Daonil)
 Gliclazida (Diamicron)
 Glipizida (Minidiab)
 Glimepirida (Amaryl)

Obs.: particularmente indicadas em pacientes não obesos. A Glimepirida possui menor poder de causar hipoglicemia e apresenta também vantagens de poder ser usada em dose única diária.

- a) Biguanidas – Metforminas (glifage, glucoformin e Dimefor – comp. De 500 e 850 mg.)

Obs.: particularmente indicada como tratamento inicial dos pacientes obesos. Podem ser usadas também em pacientes não obesos quando as Sulfoniluréias não controlam adequadamente a doença.

- b) Inibidores da Alfa-Glicosidade- Acarbose (Glucobay)

Obs.: pode ser usada como monoterapia mas preferencialmente deve ser considerada uma droga de segunda escolha reservada para algumas ocasiões especiais.

c) Tiazolidinedionas- Troglitazona (Rezulin)

Obs.: usada em situações especiais sobretudo em pacientes obesos com insuficiência renal onde a Metforminas é contra-indicada.

3.5.6.5 Insulinoterapia

Através de insulina, que 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.

A insulina tem como finalidade ajudar na utilização da glicose e armazenar o excesso de glicose como energia e é responsável pela conversão de glicose em gordura, portanto, quando o pâncreas não secreta a insulina suficiente para promover estas reações, o nível de glicose no sangue se eleva muito, após a ingestão de carboidratos.

As insulinas podem ser obtidas do pâncreas de vários animais: bovino, suíno, caprinos e baleia. E as humanas do homem.

Os tipos de Insulina são:

a) Ação rápida

TIPO	DURAÇÃO
Regular A (animal)	4 – 6 horas
Regular H (humana)	4 – 6 horas
Lispro	3 – 4 horas
NPH e Lenta A	24 – 36 horas

Obs.: insulina de ação rápida: Apresenta-se sob a forma de solução aquosa, incolor e transparente como água, sendo indicada no controle do diabetes, durante as emergências (complicações agudas como o coma). É encontrado na concentração 100U. São administradas conforme o resultado da glicemia através de exames.

b) Ação intermediária

TIPO	DURAÇÃO
NPH e Lenta H	10 – 16 horas
Ultra Lenta A	24 – 36 horas

Obs.: ação intermediária: Está é uma suspensão turva de finos cristais e é preparada para surtir efeito durante longo tempo. É encontrada na concentração 100U.

c) Ação prolongada

TIPO	DURAÇÃO
Ultra Lenta H	18 – 20 horas

d) Misturas de insulinas:
NPH + Regular

e) Existem as misturas:
- NPH de 60 a 90%

- Regular de 10 a 40%

3.5.6.6 Tratamento para cada tipo de diabetes:

3.5.6.6.1 Diabetes tipo 1

O tratamento é realizado através da dietoterapia e da insulinoterapia.

A insulinoterapia é indicada em diabéticos quando apesar do tratamento com Hipoglicemiantes orais, as seguintes situações estiverem presentes:

- a) Pacientes muito sintomáticos (sede, Poliúria);
- b) Glicemia de jejum > 140 mg/dl;
- c) Hemoglobina glicosilada > 8%;
- d) Surgimento de grave disfunção renal.

3.5.6.6.2 Diabetes tipo 2

O tratamento se dá através da dietoterapia, além disso tem as drogas “Hipoglicemiantes”, que será à critério do profissional de acordo com cada caso.

3.5.7 Complicações do Diabetes Mellitus

A falta de insulina deixa de abastecer de glicose as células. Sem a glicose, as células têm que buscar fontes alternativas de energia, sendo forçadas a usar as proteínas dos músculos e a gordura do tecido adiposo como fontes alternativas.

A glicose não podendo sair do sangue, causa *Hiperglicemia* (aumento da concentração de glicose no sangue) e com isso, aumento da pressão osmótica dentro do vaso sanguíneo que faz com que o sangue “absorva” para si, líquidos de outros compartimentos como das células, levando com isso à desidratação celular. O rim tem capacidade de reabsorver a glicose do sangue mas, quando ela ultrapassa determinada

concentração (aproximadamente 170 mg/dl) ele não consegue mais reabsorvê-la e então o organismo passa a perder açúcar pela urina (glicosúria). A urina estando com açúcar, aumenta sua pressão osmótica impedindo a reabsorção tubular (nos rins) de água e com isso levando à desidratação extracelular.

Os níveis sanguíneos de glicose muito elevados e as carências nutricionais sofridas pelas células, incapazes de utilizar a glicose, produzem diversas anormalidades, incluindo:

- a) Retinopatia Diabética, os vasos sanguíneos são afetados, produzindo alterações na retina, que podem levar a cegueira;
- b) Favorece a Arteriosclerose, tornando freqüente os infartos do miocárdio, trombose cerebral e a má circulação nos membros inferiores, que aumentam os riscos de infecções como a gangrena;
- c) Nefropatia Diabética, pela deficiência na irrigação dos rins, podendo produzir a insuficiência renal;
- d) Neuropatia Diabética, ao atacar o sistema nervoso, pode gerar uma inflamação dos nervos dos membros inferiores, que produz uma queimação nas plantas dos pés;
- e) Cetoacidose diabética, pode ser desencadeado por uma infecção, traumatismo ou problemas emocionais, havendo assim aumento das necessidades de energia para as células e o nosso organismo desvia o seu metabolismo, que passa a obter energia a partir das gorduras, havendo um aumento na acidez do sangue. O paciente apresenta poliúria, polidipsia, desidratação, vômitos, náuseas, dor abdominal, febre, respiração acelerada, sonolência, hálito cetônico e pode chegar ao coma;
- f) Hiperglicemia, que o aumento de açúcar no sangue, que quando não controlada, pode levar à cetoacidose diabética no diabetes tipo I, ou síndrome não cetótica hiperosmolar no diabetes tipo II, o paciente apresenta os seguintes sintomas: poliúria, polidipsia, prurido vulvar, rosto avermelhado, sinais de desidratação, hálito adocicado, nervosismo, inconsciência;
- g) Hipoglicemia, que é perigosa pois a glicose é a principal fonte de energia para o cérebro. A diminuição do aporte de glicose ao sistema nervoso produz distúrbios funcionais, lesões teciduais ou até mesmo a morte, quando a deficiência for prolongada. Tem como sintomas: tremores, fadiga, cefaléia, tontura, visão borrada ou dupla, sudorese, palidez, palpitações, fome intensa. Deve-se administrar glicose ou medicamentos que contenham carboidratos (sucos de frutas, leite ou água com açúcar, balas, doces, se estiver inconsciente glicose via EV, ou através de SNG);
- h) Estado Hiperosmolar, é um estado no qual tem como sintomas, poliúria, polidipsia, desidratação intensa, sonolência, hipertermia, confusão mental e coma.

- i) Coma diabético, que é um estado no qual o paciente perde o conhecimento, respira muito depressa, desidrata-se e pode ir a óbito se não atendido corretamente.
- j) Macroangiopatia Diabética;
- k) Dislipidemias – Que é o aumento do Colesterol e dos Triglicerídeos;
- l) Hipertensão arterial, quando a pressão arterial ultrapassa os níveis normais;
- m) Infecções comumente associadas ao Diabetes como,
 - Furunculose;
 - Candidíase Vulvar;
 - Celulites e fascites;
 - Sinusites;
 - Infecções Urinárias;
 - Colecistites;
 - Otites;
 - Infecções Periodontais.

3.5.8 Orientações

As orientações se baseiam em:

- a) dieta equilibrada para manter a glicemia em nível normal, diminuir o risco de doenças cardiovasculares, evitar ou corrigir o excesso de peso;
- b) vestuário: cuidados de higiene com profilaxia de infecções. Roupas folgadas (para não dificultar a circulação);
- c) fumo e Álcool: Totalmente contra-indicado;
- d) exercícios físicos, pelo menos 30 minutos em três dias da semana;
- e) cuidados com os pés,
 - Lavar diariamente com água morna;
 - Se a pele for seca lubrificar com substâncias oleosas;
 - Se a pele for oleosa passar álcool uma vez por semana;
 - Cortar as unhas retas para evitar que encravem;
 - Usar sapatos macios para evitar traumatismo;
- f) cuidados com a pele e os dentes: para evitar infecções;
- g) realizar controle do peso;
- h) importância de usar a medicação corretamente: respeitar os horários de administração. Em caso de uso de insulina, verificar a quantidade correta de aplicação, os locais de aplicação devem ser alternados em forma de rodízio, para evitar lipodistrofia (atrofia e hipertrofia), técnica de aplicação. Acondicionar a insulina corretamente.
- i) Orientar sobre os sinais e sintomas de hipoglicemia;
- j) Evitar o estresse físico e emocional.

3.6 EXAMES REALIZADOS

Os exames que A.F realizou foram os seguintes:

No dia 11 de outubro Raio X, Parcial de Urina e exames de sangue, apresentando os seguintes resultados:

a) Raio X de tórax

Lauda: Cardiomegalia frontal, congestão vascular apical, opacidade e lesão pleural basal direita.

b) Hemograma

LEUCOGRAMA	V.E /ML	V.R
Leucócitos	10.900	4.000-10.000
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	981	45-330
Segmentados	7.494	1.520-7.700
Eosinófilos	0	40-330
Neutrófilos	8.175	2.500-7.500
Basófilos	0	1-100
Linfócitos Típicos	2.398	1.500-3.500
Linfócitos Atípicos	0	0
Monócitos	327	200-800
Blastos	0	0

Plaquetas: 252.000 k/ul

150.000 a 300.000

c) Parcial de Urina

Proteínas	Ausente	Ausente
Glicose	75 mg/dl	Ausente
Acetona	Ausente	Ausente
Bilirrubinas	Ausente	Ausente
Urobilinogenio	Ausente	Ausente
Hemoglobina	Ausente	Ausente
Nitritos	Positivo	Negativo

Apresentou ainda:

a) Glicose

V.E: 274 mg/dl

Material: Soro

Método: Enzimático – Automatizado

V.R: 70 a 110 mg/dl

- b) Creatinina
 V.E: 0,81
 Material: Soro
 Método: Colorimétrico cinético e de ponto final automatizado
 V.R: 0,80 a 1,40 mg/dl
- c) Sódio
 V.E 138 mEq/l
 Material: Soro
 Método: Ions Seletivos (analisador semi-automatizado)
 V.R: 132 a 148 mEq/l
- d) Cálcio
 V.E: 1,04 mmol/l
 Material: Sangue
 Método: Ions Seletivos
 V.R: 1,0 a 1,3 mmol/l
- e) Hemoglobina glicada
 V.E: 8,63 %
 Material: Sangue
 Método: Triveli Modif.
 V.R: 5,3 a 8,0 %

No dia 13 de Outubro, foram realizados novos exames de sangue: Hemograma e Glicemia em jejum, apresentando os seguintes resultados:

Leucócitos	9.300	4.000-10.000
Bastonetes	810	45-330
Plaquetas	228.000	150.000-300.000
Glicose	188	70-110

3.7 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento medicamentoso prescrito para a paciente A.F. foi o seguinte:

- 1) Digoxina 0,25 mg, 1 comprimido, 1 vez pela manhã (cardiotônico e antiarrítmico);
- 2) Plasil 2 ml EV, de 8/8 horas (antiemético);
- 3) Daonil 5 mg, 1 comprimido VO, 2 vezes ao dia (hipoglicemiante oral);
- 4) Meticorten 20 mg, 1 ½ comprimido, 2 vezes ao dia (glicocorticóide sintético);
- 5) Novalgina 2 ml EV de 6/6 horas, se hipertermia (analgésico e antipirético);
- 6) Nebulização com 5 ml de Soro fisiológico 0,9%, berotec 10 gotas, Atrovent 30 gotas, de 6/6 horas (broncodilatadores);

- 7) Hemogluco teste de 6/6 horas, Insulina Regular, se necessário,
 Abaixo de 180 = 0 unidades
 181 a 250 = 5 unidades
 251 a 300 = 10 unidades
 acima de 300 = 15 unidades
 abaixo de 60 = 5 ampolas de glicose EV
- 8) Oxigênio 3 litros/minuto, contínuo;
- 9) Curativo em MIE com Soro Fisiológico, 1x ao dia.

A Digoxina é extraída das folhas de *digitalis lanata*, é o glicósido mais amplamente usado, sendo o preferido de muitos cardiologistas, por suas propriedades farmacocinéticas.

É indicada no tratamento da insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação e/ou flutter atrial e taquicardia supraventricular.

Está contra-indicada em caso de taquicardia paroxística ventricular ou fibrilação ventricular induzidas por intoxicação digitálica e hipersensibilidade aos digitálicos.

O início da ação via intravenosa é de 5 a 30 minutos e via oral de 1 a 2 horas, sendo assim amplamente distribuída nos tecidos do organismo, atingindo concentrações altas no músculo esquelético, fígado, coração, cérebro e rins.

Como reações adversas podem ocorrer anorexia, náusea, vômito, diarreia, fraqueza, apatia, mal-estar, cefaléia, distúrbios visuais, depressão e até psicose.

O Plasil (Metoclopramida) é indicado para distúrbios da motilidade, náuseas e vômitos de origem central e periférica, para facilitar os procedimentos.

Está contra-indicado na síndrome de Parkinson e outras doenças extrapiramidais, pacientes com feocromocitoma, nos casos em que a estimulação da motilidade seja perigosa, como, por exemplo, na presença de hemorragia, obstrução mecânica ou perfuração gastrointestinal, pacientes epiléticos ou que estejam recebendo outras drogas que possam causar reações extrapiramidais.

A injeção endovenosa do Plasil deve ser feita lentamente, durante 1 a 2 minutos, para evitar ansiedade e agitação seguidas de sonolência. A Metoclopramida não deve ser administrada a pacientes com história prévia de depressão, no caso de gravidez ou lactação.

Como reações adversas pode ocorrer inquietação, sonolência, fadiga, lassidão, insônia, cefaléia, tontura, náuseas, sintomas extrapiramidais, galactorréia, ginecomastia, rash, urticária ou distúrbios intestinais.

O Daonil (Glibenclamida) é indicado no tratamento do Diabetes Mellitus não insulino-dependente (tipo II).

Está contra-indicado no caso de Diabetes insulino-dependente, coma diabético, pré-coma e cetoacidose, insuficiência renal grave, hipersensibilidade à Glibenclamida.

Deve-se ter um controle periódico dos níveis de glicose no sangue e na urina, estar alerta quanto aos sinais de hiperglicemia e hipoglicemia.

As principais reações são sintomas gastrintestinal (náuseas, vômito, dor abdominal, plenitude gástrica, diarreia); reações alérgicas ou pseudoalérgicas, incluindo choque e vasculite alérgica; hipersensibilidade à luz; trombocitopenia, anemia hemolítica, eritrocitopenia, leucopenia, agranulocitose, pancitopenia; elevação dos níveis das enzimas hepáticas, comprometimento da função hepática, hepatite, insuficiência hepática; hipoglicemia; alteração da fala, visão e sensação de paralisia; redução da concentração sérica de sódio.

Meticorten (Prednisona) está indicado para o tratamento de patologias endócrinas, osteomusculares, reumáticas, do colágeno, dermatológicas, alérgicas, oftálmicas, respiratórias, hematológicas, neoplásicas e outras que respondam a terapia com corticosteróides.

Está contra-indicado em pacientes com infecções sistêmicas por fungos, hipersensibilidade à prednisona, ou outros corticosteróides ou quaisquer componentes da fórmula.

As reações adversas incluem alterações hidroeletrólítica, alterações osteomusculares, alterações gastrintestinais, alterações dermatológicas, alterações neurológicas, alterações endócrinas, alterações oftálmicas, alterações psiquiátrica; reações de hipersensibilidade ou anafilactóides e reações tipo choque ou de hipotensão.

A Novalgina (Dipirona Sódica) é indicado como analgésico e antipirético.

Não deve ser administrada a pacientes com intolerância conhecida aos derivados pirazolônicos ou com determinadas doenças metabólicas tais como: porfíria hepática e deficiência congênita de glicose-6-fosfato desidrogenase.

As reações adversas são as seguintes, a dipirona pode provocar reações de hipersensibilidade que afetam a pele, a conjuntiva e a mucosa nasofaríngea. Pacientes com história de reação de hipersensibilidade a outras drogas ou substâncias, podem constituir um grupo de maior risco e apresentar efeitos colaterais mais intensos, até mesmo o choque e discrasias sangüíneas (agranulocitose, leucopenia e trombocitopenia).

Berotec (Bromidrato de fenoterol) é um medicamento broncodilator, que apresenta elevada eficácia no tratamento de asma brônquica e de outras enfermidades que são acompanhadas de uma constrição reversível das vias respiratórias, como bronquite obstrutiva crônica, enfisema e transtornos broncopulmonares e na bronquite espástica da criança.

Berotec está contra-indicado no caso de hipertireoidismo, estenose aórtica subvalvular, sensibilidade a simpaticomiméticos, cardiomiopatia obstrutiva hipertrófica, taquiarritmias, hipersensibilidade ao bromidrato de fenoterol.

As reações adversas do Berotec são leves tremores dos músculos esqueléticos e nervosismo, menos freqüentes são taquicardia, inquietação, vertigens, palpitações, fadiga, cefaléia, sudorese, secura da boca e transtornos ventriculares do ritmo cardíaco ou moléstias pectanginosas.

Atrovent (Brometo de ipratrópico) é indicado para o tratamento da exacerbação aguda do bronquite crônica. Também é indicado para o tratamento da crise aguda de broncoespasmo em pacientes asmáticos, devendo ser usado em combinação com uma medicação beta-2-agonista, como o fenoterol (Berotec).

O Atrovent está contra-indicado em caso de hipersensibilidade conhecida às substâncias atropínicas ou a um componente da fórmula do produto.

As reações adversas em casos isolados pode ocorrer secura da boca, irritação da garganta e tosse. Quando contato acidental com os olhos pode ocorrer ligeiros transtornos reversíveis da acomodação visual.

3.8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Prestou-se a seguinte assistência de enfermagem a paciente A.F:

- a) Controle dos sinais vitais, para se observar a normalidade ou não desses, pois os broncodilatadores causam taquicardia e os vasodilatadores são hipotensores;
- b) Administrou-se medicações conforme prescrição médica;
- c) Observou-se o local de aplicação da insulina, para ver se estava sendo feito o rodízio, para evitar lipodistrofia (atrofia e hipertrofia);
- d) Observou-se o estado da paciente, quanto aos sinais de hipoglicemia;
- e) Observaram-se e anotaram-se dados sobre a expectoração (coloração, quantidade e aspecto) e sobre as eliminações vesicais e intestinais (cor, aspecto, odor, consistência e frequência);
- f) Auxiliou-se a paciente na higiene íntima (banho de aspersão, corte de unhas, verificação dos cabelos para ver se não há pediculose);
- g) Cuidados com o O₂, com a troca do catéter de narina a cada 24 horas, para não haver ferimento.

3.9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na qualidade de aluna do Curso Técnico em Enfermagem, tentou-se passar a paciente informações e orientações que foram colhidas através de estudos realizados dentro de sala de aula, através dos professores e supervisores, pesquisas em livros e em contatos com os médicos.

Durante o estágio de Clínica Médica, nos dias que se passou com A.F, acompanhou-se e auxiliou-se a paciente em seu tratamento, esclarecendo-se assim suas dúvidas, principalmente sobre a dieta e insulino-terapia, e incentivando para que faça consultas periódicas ao médico, evitando-se assim complicações da DPOC e Diabetes Mellitus.

4. CONCLUSÃO

O Curso Técnico em Enfermagem, tem como finalidade formar pessoas para atuarem na área da saúde, contando assim com pessoas qualificadas e estudadas, para repassarem conhecimento para os alunos. Foi com este curso que se adquiriu conhecimento e habilidade para atuar como Técnica em Enfermagem. É claro que dificuldades sempre se encontram, mas com o apoio dos professores e supervisores essas dúvidas e dificuldades foram resolvidas.

Mafra, 11 de Outubro de 2002


Assinatura

REFERÊNCIAS

VÁRIOS AUTORES. *Sobre Vida*. Rio de Janeiro, Editora Biologia e Saúde, 1994.

VÁRIOS AUTORES. *Urgência e Emergência*. Rio de Janeiro, Editora Biologia e Saúde, 1998.

VÁRIOS AUTORES. *Enfermagem Médica*. Florianópolis, 2000.
Apostila – Curso Técnico em Enfermagem, Escola Técnica Federal de Santa Catarina.

KOHL, Márcia Bet, *Saúde Pública*, Florianópolis, 1997.
Apostila – Curso Técnico em Enfermagem, Escola Técnica Federal de Santa Catarina.

BORGES, Laurete Medeiros, *Nutrição e Dietética*, Florianópolis, 2001.
Apostila – Curso Técnico em Enfermagem, Escola Técnica Federal de Santa Catarina.

MELO, J.M.S, *Dicionário de Especialidades Farmacêutica*, Rio de Janeiro, Editora de Publicações científicas, 1997/98.

SITE www. Disponível em <http://www.abcdasaúde.com.br>. Acesso 27 de maio se 2002.