

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO  
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

08 OUT 2002 0231

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

REL ENF  
0050

CEFET - UE Joinville



\*1610\* REL ENF 0050  
Relatório de estágio curricular

CEFET-SC BIBLIOTECA

*Revisões  
em 03/10  
mae*

ALZIRA FERREIRA

MAFRA

SETEMBRO 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, 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) **Alzira Ferreira**, 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 cinquenta e seis) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira.

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

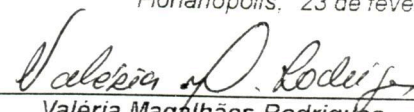
**Art. 6º - O ESTAGIÁRIO** obriga-se a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

**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

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

  
ESTAGIÁRIO

  
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)** Alzira Ferreira **Matrícula:** 0117120-5 **Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.**

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

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

Estagiário(a)  
Assinatura

Supervisor na Empresa

Assinatura:   
RONI R. MIQUELLUZZI  
ENFERMEIRA  
COREN-SC 54068

Coordenador do Curso  
Assinatura e Carimbo

ROSANE APARECIDA DO PRADO  
GERENTE EDUCACIONAL DE  
JOINVILLE-ETFSG

## SUMÁRIO

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>04</b> |
| <b>2</b>   | <b>EMPRESA-HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO-MAFRA.....</b>               | <b>06</b> |
| 2.1        | Histórico.....  | 06        |
| <b>3</b>   | <b>ESTUDO DE CASO-INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA....</b>           | <b>07</b> |
| 3.1        | Apresentação.....   | 07        |
| 3.2        | Anamnese.....   | 07        |
| 3.3        | Exame Físico.....   | 08        |
| <b>3.4</b> | <b>Diagnóstico Principal - Insuficiência Cardíaca Congestiva.....</b> | <b>09</b> |
| 3.4.1      | Conceito.....   | 09        |
| 3.4.2      | Etiologia.....  | 10        |
| 3.4.3      | Fisiopatologia.....   | 10        |
| 3.4.4      | Sintomatologia.....   | 12        |
| 3.4.5      | Exames Realizados.....  | 12        |
| 3.4.6      | Tratamento da Insuficiência Cardíaca.....                             | 13        |
| 3.4.7      | Assistência de Enfermagem.....  | 15        |
| <b>3.5</b> | <b>Patologia Preexistente – Hipertensão Arterial.....</b>             | <b>17</b> |
| 3.5.1      | Conceito.....   | 17        |
| 3.5.2      | Fatores de Risco.....   | 18        |
| 3.5.3      | Fisiopatologia.....   | 19        |
| 3.5.4      | Classificação Diagnóstica.....  | 19        |
| 3.5.5      | Sintomatologia.....   | 20        |
| 3.5.6      | Complicações.....   | 21        |
| 3.5.7      | Tratamento.....   | 21        |
| 3.5.8      | Assistência de Enfermagem.....  | 22        |



|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>3.6</b> | <b>ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO.....</b>         | <b>23</b> |
| 3.6.1      | Alimentação Correta para Hipertensão..... | 24        |
| <b>3.7</b> | <b>Considerações Finais.....</b>          | <b>25</b> |
| <b>4</b>   | <b>CONCLUSÃO.....</b>                     | <b>26</b> |
|            | <b>ANEXOS.....</b>                        | <b>27</b> |
|            | Anexo I – Eletrocardiograma.....          | 28        |
|            | Anexo II – Exame de Urina.....            | 29        |
|            | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                   | <b>30</b> |

## INTRODUÇÃO

O curso Técnico em Enfermagem, oferecido pela Escola Técnica Federal de Santa Catarina, preparou durante quatro semestres técnicos através do aprendizado teórico e prático.

O estágio de Fundamentos foi realizado no Hospital Bom Jesus em Rio Negro, sobre a supervisão da enfermeira Andréia Kallof, durante o período de 09 de julho até 07 de agosto de 2001. Aplicou-se na prática as técnicas de assepsia, organização da unidade do paciente, verificação dos sinais vitais, curativos e técnicas relacionadas às eliminações do paciente.

Realizaram-se os estágios de Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva e Emergência no período de 01 de outubro até 08 de novembro de 2001. O estágio de Unidade de Terapia Intensiva foi realizado no Hospital São Vicente de Paulo sob a supervisão da enfermeira Graciele de Matia. Já o estágio de Clínica Médica teve a supervisão das enfermeiras Rosane Prado e Ondina Machado, também realizado no H.S.V.P., o objetivo foi tratar de pacientes com diferentes patologias, colocando em prático os cuidados e orientações relacionados a cada patologia. Na Unidade de terapia Intensiva o objetivo foi observar e na medida do possível realizar técnicas com pacientes em cuidados especiais. À parte do estágio que diz respeito à Emergência foi realizado no HBJ em Rio Negro sob a supervisão da enfermeira Andréia Kallof onde se realizou assistência em casos de emergência.

Realizado o estágio de Clínica Cirúrgica e Centro Cirúrgico em ambos hospitais e sob a supervisão de várias enfermeiras como: Neide, Diva Maria K.Mello, Janete da Cunha Magenis, Débora Rinaldi Nogueira, Elis Cristina Meurer; durante o período que compreende do dia 21 de janeiro até 13 de fevereiro de 2002. O objetivo foi prestar assistência e cuidados de enfermagem no pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório.

Realizado os estágios de Neonatologia, Obstetrícia e Pediatria no período de 15 de abril até 31 de maio de 2002, sob a supervisão das enfermeiras Denize Dallagnol e Anair Andréia Nassif e Elis Cristina Meurer. O estágio foi dividido entre a Maternidade Dona Catarina Kuss, Unidade Sanitária Central de Mafra e HSVP. Onde foram oferecidos cuidados de enfermagem a pacientes pediátricos, recém-nascidos, gestantes no pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. Orientaram-se as puérperas sobre os cuidados com os recém-nascidos, amamentação, vacinação e sobre a importância do teste do pezinho e das visitas mensais ao pediatra.

O estágio de Saúde Pública ocorreu sob a supervisão da enfermeira Taciana Sheidt, no período de 08 de julho até 31 de julho de 2002. Onde foram prestados serviços a comunidade em campanhas de vacinação, campanha do combate ao câncer do cólon uterino e de mama. Ministraram-se palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e higiene pessoal. O objetivo maior nesse estágio foi conscientizar as pessoas da importância da prevenção.

Realizou-se o estágio de administração sob a supervisão indireta da enfermeira Graciele de Matia no HSVP, com uma carga horária de 25 horas, durante o mês de agosto de 2002, conforme a disponibilidade de cada aluno. O objetivo foi compreender o funcionamento de um setor e a administração do mesmo.

O último estágio a ser realizado foi de psiquiatria, durante três dias consecutivos no Hospital Psiquiátrico em Porto União, em cada semana do decorrer do mês de setembro, um grupo de oito alunos dirigiu-se até aquela cidade para realização deste estágio. O objetivo é observar os cuidados de enfermagem com pacientes que possuem distúrbios psíquicos.

Como parte integrante deste relatório de estágio curricular, consta um estudo de caso desenvolvido durante o estágio de Clínica Médica. Trata-se de um caso de Insuficiência Cardíaca Congestiva. Com este estudo se desenvolveu, através dos conhecimentos e de pesquisas, uma assistência de enfermagem específica a estas patologias.

**EMPRESA**  
**HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO – MAFRA S/C**

## 2.1 HISTÓRICO

O HSVP foi inaugurado no dia 30 de julho de 1950, contando na época com 68 leitos e servindo também como maternidade. Em seu primeiro ano registrou 1024 internações.

Para o funcionamento do nosocômio, foi firmado um contrato com a congregação das Irmãs Filhas da Caridade São Vicente de Paulo, proveniente de Curitiba, que designou três religiosas para a direção do hospital, assumindo responsabilidade pela fiscalização da capela, arsenal cirúrgico, cozinha, rouparia, lavanderia e demais atividades.

O HSVP ofereceu serviços de maternidade a população mafrense, desde sua fundação até o ano de 1972, quando o governo de Estado de Santa Catarina colocou em funcionamento a Maternidade Dona Catarina Kuss.

Em uma área construída de 6.486,55 m<sup>2</sup>, o hospital conta atualmente com 86 leitos disponíveis, dos quais 6 são da Unidade de Terapia Intensiva que é uma das mais importantes conquistas da região. Conta com cerca de 115 funcionários e um corpo clínico de 65 profissionais da medicina nas mais diversas especialidades como: clínica geral, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e traumatologia, dermatologia, anestesiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, pneumologia, neurologia, cardiologia, nefrologia, radiologia, reumatologia, entre outras.

Com um número aproximado de 4 mil internações ao ano, o HSVP conta ainda com alguns serviços terceirizados como: laboratório, hemodiálise com uma sede do Pró-Rim, tomografia, fisioterapia, endoscopia e ultra-sonografia.

São hoje 52 anos de excelência no atendimento, o HSVP está a serviço da vida e da esperança.



## **ESTUDO DE CASO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA**

### **3.1 APRESENTAÇÃO**

Este trabalho traz um estudo de caso sobre Insuficiência Cardíaca Congestiva. Foi elaborado durante o estágio curricular de Clínica Médica, que se realizou no Hospital São Vicente de Paulo, durante o período de 01 de outubro até 08 de novembro de 2002, sob a supervisão das enfermeiras Ondina Machado e Rosane Prado.

### **3.2 ANAMNESE**

A paciente é do sexo feminino, com 75 anos de idade de cor branca, origem ucraniana, religião católica, viúva há 18 anos, é mãe de 11 filhos, todos casados, tem 32 netos e 3 bisnetos. Durante sua vida toda realizou os afazeres domésticos e hoje sobrevive com a pensão que herdou do marido e com ajuda dos filhos.

Atualmente reside com um de seus filhos, em uma casa de madeira, localizada no interior do município de Mafra, onde possui água encanada e luz elétrica.

Apresenta-se uma pessoa calma e comunicativa. Nunca foi tabagista e não tem conhecimento de casos de câncer ou de problemas cardíacos em sua família. A mesma diz saber ser hipertensa.

Foi internada nesta unidade hospitalar, referindo dor torácica, edema nos membros inferiores, cefaléia e dificuldade para deambular. Já havia sido internada quatro vezes com os mesmos sintomas, o diagnóstico encontrado foi de Insuficiência Cardíaca Congestiva.

### 3.3 EXAME FÍSICO

Seu estado geral apresenta-se regular, pesando setenta e sete quilos mal distribuídos, relata aumento exagerado de peso nos últimos meses. A higiene-corporal é considerada satisfatória, com as unhas limpas, cabelos longos e grisalhos.

A paciente apresenta-se: consciente, comunicativa, mucosas coradas, tosse com pouca eliminação, respiração curta, extremidades frias, edema nos membros inferiores e dificuldade de locomoção. A pele é úmida e sem fissuras, não possui cicatrizes. Referiu dor torácica.

No dia da sua internação, a verificação dos sinais vitais, forneceu os seguintes resultados:

- a) pressão arterial = 220 x 100 milímetros de mercúrio;
- b) frequência cardíaca = 100 batimentos cardíacos por minuto;
- c) temperatura = 36,5 ° C;
- d) respiração = 24 movimentos respiratórios por minuto.

Observou-se um aumento significativo na pressão arterial e na frequência cardíaca.

### **3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

#### **3.4.1 Conceito**

Durante a última década, a Insuficiência Cardíaca Congestiva tornou-se um dos principais problemas em saúde pública. Segundo a estatística americana, estima-se que a insuficiência cardíaca afete mais de 3 milhões de pacientes nos Estados Unidos, quase 1,5 % da população adulta, sendo a principal causa de mortalidade cardiovascular. A Insuficiência Cardíaca é a principal causa de incapacidade e morbidade, prejudicando a habilidade dos pacientes em exercer atividades diárias e profissionais.

A Insuficiência Cardíaca é definida como a incapacidade do coração em desempenhar seu papel de bomba do organismo, quando o mesmo é imposto a um maior esforço.

É uma síndrome, onde ocorre a incapacidade do coração em manter o débito cardíaco necessário ao metabolismo, ou quando a manutenção só é possível através do aumento das pressões ventriculares. As causas podem ser por dificuldade no enchimento ventricular, na função contrátil ou no esvaziamento da cavidade ventricular.

No início o comprometimento do débito cardíaco só se manifesta durante a atividade física de esforço, porém com a progressão da agressão, tem-se maior alteração do débito cardíaco, que resulta na sua diminuição em condições de repouso.

### 3.4.2 Etiologia

A visão atual da Insuficiência Cardíaca é diferente em relação ao início do século, quando as principais causas eram: miocardiopatia hipertensiva e valvopatias, especialmente estenose mitral. Atualmente, é vista como doença de progressão lenta, permanecendo compensada por muitos anos, tendo como principal causa a miocardiopatia isquêmica, seguida pelas miocardiopatias idiopática e hipertensiva.

A Insuficiência Cardíaca nunca deve ser um diagnóstico final e a etiologia deve ser cuidadosamente investigada, pois esta poderá influenciar inclusive no tratamento e no prognóstico.

A história clínica deve incluir dados epidemiológicos, história de uso de substâncias tóxicas, doenças pregressas, fatores de risco de doença coronariana e presença de dor anginosa. No exame clínico, sopros intensos podem chamar a atenção para lesões valvares orgânicas.

Obesidade, anemia, uremia, doenças tireoidianas e uso de álcool podem contribuir ou até mesmo causar a insuficiência cardíaca. Hipertensão, taquiarritmias, uso de substâncias tóxicas, isquemia miocárdica e miocardite são causas reversíveis de insuficiência cardíaca que devem ser exaustivamente pesquisadas.

### 3.4.3 Fisiopatologia

O mecanismo subjacente à Insuficiência Cardíaca envolve o comprometimento das propriedades contráteis do coração, o que leva a um “defeito” cardíaco menor do que o normal.

A frequência cardíaca é uma função do sistema nervoso autônomo. Quando o débito cardíaco diminui, o sistema nervoso simpático acelera a frequência do coração, com o fim de manter um débito cardíaco adequado.

Em condições normais o débito cardíaco, mesmo alterado, pode se manter dentro dos limites de suplência das demandas orgânicas, só surgindo sintomas em



condições de esforço. Quando os sintomas e os sinais de Insuficiência Cardíaca aparecem, são acionados mecanismos para tentar reverter tal alteração.

Os mecanismos hemodinâmicos e neuro-hormonais são ativados com o objetivo de aumentar a força contrátil do miocárdio não lesado e, dessa forma, preservar a função cardíaca. Inicialmente, a incapacidade de esvaziamento dos ventrículos durante a sístole resulta em aumento das pressões de enchimento ventricular direito e esquerdo, aumenta a distensão diastólica das células miocárdicas não lesadas, levando ao aumento de sua contração. Por outro lado, a diminuição do volume sistólico ejetado para a raiz aórtica leva à ativação do sistema nervoso simpático, com resultante estimulação dos receptores beta-adrenérgicos miocárdios, aumentando a força e a frequência da contração.

Existem definições clássicas da Insuficiência Cardíaca, a anterograda e retrograda, direita e esquerda. Ambos os mecanismos ocorrem simultaneamente e contribuem para o surgimento dos sinais e sintomas da insuficiência cardíaca.

Chama-se de insuficiência retrograda a seqüência de eventos que a partir do coração levam a congestão do leito vascular pulmonar e venoso sistêmico. A partir de uma incapacidade do coração se esvaziar completamente ocorre um volume residual ao final da diástole. O aumento de volume leva ao aumento da pressão diastólica final. O aumento da pressão diastólica ventricular terá como consequência o aumento do volume e das pressões atriais. As pressões venosa e capilar aumentam, levando a transudação seja em leito pulmonar ou leito sistêmico.

A insuficiência anterograda baseia-se no mecanismo onde o baixo débito cardíaco será responsável por má perfusão tecidual, incluindo cérebro, músculos e rins. O baixo débito renal leva a retenção de sódio e água.

O conceito de insuficiência direita e esquerda está atrelado ao conceito de Insuficiência Cardíaca retrograda, onde a insuficiência esquerda seria o acometimento do leito venoso e capilar pulmonar, atrás do átrio esquerdo e a insuficiência direita o acometimento sistêmico atrás das câmaras direitas.

#### 3.4.4 Sintomatologia

O diagnóstico da Insuficiência Cardíaca fundamenta-se em um julgamento clínico, baseado na história do paciente e no exame clínico, com critérios rigorosos. Os sintomas cardinais do paciente com insuficiência cardíaca são a dispnéia e a fadiga, predominantemente durante o esforço. Cabe ressaltar que a ausência desses sintomas não exclui a presença de insuficiência cardíaca.

Os Principais Sintomas são: cansaço, dispnéia de esforço, dispnéia de repouso, dispnéia paroxística noturna, ortopnéia, asma cardíaca e edema agudo do pulmão. Os sintomas iniciais atípicos são: angina do peito, palpitações, fadiga, noctúria, oligúria, tosse, confusão mental, ansiedade, depressão, síncope, náuseas, dor abdominal.

O paciente pode apresentar além dos sintomas, alguns sinais que identificam a Insuficiência Cardíaca, como por exemplo: taquicardia (em repouso ou provocada por mínima atividade), distensão venosa jugular, estertores pulmonares, edema de membros inferiores, edema sacro, pulso alternante, ascite, respiração de Cheyne-Stokes.

A paciente em estudo apresentou os seguintes sintomas: edema de membros inferiores, dificuldade para locomover-se, tosse e respiração curta, extremidades frias e pressão arterial elevada.

#### 3.4.5 Exames Realizados

O diagnóstico da Insuficiência Cardíaca é estabelecido pela avaliação das manifestações clínicas e através de exames complementares como, por exemplo, o eletrocardiograma, exames radiológicos e laboratoriais.

O eletrocardiograma, não é específico para revelar disfunção ventricular, porém pode ser útil no diagnóstico da doença cardíaca subjacente. Já os exames radiológicos, que devem ser realizados na região torácica, apresentarão uma alteração característica, a cardiomegalia associada à congestão vascular pulmonar, sinais de

hipertensão venocapilar pulmonar. A área cardíaca guarda relação com o tipo da disfunção predominante, podendo ser aumentada, que é a cardiomegalia, na disfunção sistólica e normal na disfunção diastólica. Este tipo de exame é útil em excluir causas pulmonares de dispnéia.

Entre os exames laboratoriais, o mais utilizado é o hemograma, para avaliar: anemia e poliglobulia, que podem interferir nos sintomas da Insuficiência Cardíaca, uréia e creatinina, que são essenciais para avaliação da função renal cuja disfunção pode simular, agravar ou ser conseqüente a Insuficiência Cardíaca, sódio e potássio, distúrbios eletrolíticos ocorrem em pacientes em uso de diuréticos. A função tireoidiana deve ser avaliada em pacientes portadores desta doença, já que tanto o hipo quanto o hipertireoidismo agravam a insuficiência cardíaca.

A paciente referente a este estudo de caso realizou: eletrocardiograma, hemograma e exame de urina, conforme os anexos I, II e III.

#### 3.4.6 Tratamento da Insuficiência Cardíaca

O tratamento tem como objetivo identificar e remover a causa, que pode ser, por exemplo, a correção cirúrgica das malformações congênitas e das valvopatias, o tratamento clínico ou cirúrgico da insuficiência coronariana, da endocardite infecciosa ou da hipertensão arterial e a suspensão de agentes tóxicos. É preciso eliminar ou corrigir os fatores precipitantes ou agravantes como: anemia, tireotoxicose, atividade reumática, embolismo pulmonar, arritmias cardíacas (taquiarritmias, bradiarritmias, extrassistolia, bloqueios avançados), endocardite infecciosa, estresse físico e emocional.

Algumas medidas gerais devem ser tomadas para alcançar este objetivo, como a redução da atividade física e mental, a restrição da ingestão de sódio e diminuição do estresse. O repouso também está indicado no tratamento da Insuficiência Cardíaca aguda ou na crônica descompensada, estando indicada a mobilização precoce após a



compensação da disfunção cardíaca. A atividade física regular deve ser encorajada na realização de exercícios dinâmicos como: caminhadas, ciclismo, natação, jardinagem e jogos.

Os digitálicos, os diuréticos e os vasodilatadores são à base do tratamento medicamentoso. Os digitálicos aumentam a força contrátil miocárdica e reduzem a frequência cardíaca. Os diuréticos são prescritos para facilitar a excreção renal de sódio e água por meio da função renal. Já os vasodilatadores reduzem a resistência vascular.

O tratamento utilizado pela paciente em estudo foi basicamente medicamentoso, com objetivo de controlar a hipertensão arterial, removendo assim a causa principal da Insuficiência cardíaca. As medicações utilizadas para alcançar este objetivo foram as seguintes:

- a) Cedilanide;
- b) Digoxina;
- c) Lasix;
- d) Ancoron.

O Cedilanide é um cardiotônico indicado no tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva e Crônica, de todos os tipos e em qualquer que seja a sua fase. Pode ser utilizado por pacientes de todas as idades. Seu uso está contra-indicado nos casos de bloqueio AV completo e bloqueio AV do 2º grau, parada sinusal, bradicardia sinusal excessiva. Podem ocorrer reações como: anorexia, náuseas ou vômito. Durante o tratamento o paciente deve ser mantido sob controle, para evitar efeitos secundários devidos a uma dosagem excessiva. Não se deve administrar cálcio paralelamente.

Digoxina é um medicamento antiarrítmico e cardiotônico, utilizado no tratamento de: arritmia cardíaca e Insuficiência Cardíaca Congestiva. Não deve ser utilizadas em pacientes com manifestações da intoxicação digitálica, fibrilação ventricular, bradicardia severa, e taquicardia e que apresentam hipersensibilidade à



Digoxina. Pode causar várias reações, entre elas é importante citar: dor de cabeça, fadiga, fraqueza, mal-estar, parestesia, queda de pressão arterial, vertigem, náusea e vômito.

O Lasix é um diurético, com principio ativo conhecido como Furosemida, que é indicado em casos de edemas devido a doenças cardíacas, hepáticas, renais, insuficiências cardíacas, especialmente no edema de pulmão, eliminação urinária reduzida, edemas cerebrais como medida de suporte, edema devido a queimaduras, crises hipertensivas, no tratamento da hipertensão leve a moderada e indução de diurese forçada em envenenamentos.

O Ancorom é o nome comercial do principio ativo conhecido como Cloridrato de Amiodorona. Seu uso é indicado no tratamento da arritmia cardíaca ventricular. Deve ser ingerido sempre após as refeições. Podem ocorrer reações como: visão turva, manifestações alérgicas e outros.

#### 3.4.7 Assistência de Enfermagem

A assistência de enfermagem prestada a paciente no caso da Insuficiência Cardíaca, incluiu promoção do repouso, alívio da ansiedade, estabelecimento da perfusão tecidual normal, conhecimento do programa de cuidados e ausência de complicações. Algumas medidas foram tomadas, como por exemplo:

- a) promover repouso físico e emocional, pois o repouso diminui o trabalho cardíaco, aumenta a reserva cardíaca e reduz a pressão arterial;
- b) elevar a cabeceira da cama sobre blocos de 20 a 30 centímetros, ou colocar o paciente confortavelmente em uma poltrona, pois, nesta posição o retorno venoso ao coração e pulmões é reduzido, a congestão pulmonar é aliviada e a compressão do fígado sobre o diafragma é atenuada;
- c) administrar oxigênio durante o estágio agudo, para reduzir o trabalho da respiração e aumentar o conforto do paciente;

d)realizar exercícios moderados, diariamente para aumentar o fluxo sanguíneo para os tecidos periféricos;

e)realizar mudança de decúbito para evitar riscos inerentes ao repouso no leito, como as úlceras de pressão;

f)orientar quanto à presença de um familiar, para proporcionar tranquilidade, pois, pacientes com Insuficiência Cardíaca têm incapacidade de manter oxigenação adequada, o que os deixam inquietos e ansiosos, sentindo-se ameaçados pela dispnéia.

### 3.5 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO - HIPERTENSÃO ARTERIAL

#### 3.5.1 Conceito

Pressão arterial é a pressão exercida pelo sangue sobre as paredes das artérias. A pressão arterial é um indicador de diagnóstico importante, especialmente da função circulatória. Para verificar a pressão arterial, é preciso levar em conta dois valores: o ponto alto ou máximo, no qual o coração se contrai para derramar seu sangue na circulação, chamado sístole; e o ponto baixo ou mínimo, no qual o coração se relaxa para encher-se com o sangue que regressa da circulação, denominada diástole. A pressão se mede em milímetros (mm) de mercúrio (HG), com a ajuda de um instrumento denominado esfigmomanômetro. A pressão arterial elevada, sem motivos aparentes, ou hipertensão, é considerada uma das causas que contribuem para a arteriosclerose.

A hipertensão, ou seja, pressão arterial alta, embora possa ser secundária se for provocada por outra afecção, o mais comum é que se trate de hipertensão essencial ou primária, sem nenhuma causa específica. Com tendência a elevar-se com a idade, é mais freqüente também se a pessoa for obesa, tiver uma dieta rica em sal e pobre em potássio, beber quantidades elevadas de álcool, não tiver atividade física e sofrer estresse psicológico. Em geral, recomenda-se que uma pessoa seja tratada com pressão diastólica superior a 90-100 mm Hg e uma pressão sistólica superior a 140-160 mm Hg. O objetivo do tratamento é reduzir a pressão arterial para diminuir o risco de acidente vascular cerebral e de enfartes do miocárdio.

### 3.5.2 Fatores de Risco

Inúmeros são os fatores de risco para o indivíduo desenvolver a hipertensão, entre eles o mais comum é o tabagismo. Pessoas com história familiar de doenças cardiovasculares possuem uma propensão em desenvolver a doença. Outros fatores que merecem ser citados são:

- a) colesterol elevado (dislipidemia);
- b) diabetes mellitus;
- c) homens com idade acima de 60 anos;
- d) mulheres na pós-menopausa;
- e) obesidade;
- f) ingestão excessiva de bebidas alcoólicas;
- g) distúrbios emocionais;
- h) medicações estimulantes;
- i) sedentarismo;
- j) alimentação rica em gorduras e sódio (hipersódica).

Muitas vezes, a pressão alta não tem causa aparente, por isso é chamada idiopática ou primária. O que se sabe é que existe uma forte tendência familiar para se ter a doença. Apenas 5 a 10% das pessoas com pressão alta têm uma doença que a justifique. Nesses casos, a hipertensão é chamada secundária e em geral são mais difíceis de se controlar. Um dos exemplos é chamado de hipertensão reno-vascular, onde há uma obstrução do fluxo de sangue para os rins, como acontece nas pessoas que têm arteriosclerose da artéria do rim, muito comum em idosos.

Outro exemplo de hipertensão secundária é o que acontece nas doenças dos rins, que, por uma razão qualquer, não conseguem filtrar o sangue como deveriam, ativando os sistemas de defesa do organismo que provocam o aumento da pressão do sangue. Também os hormônios femininos, como os contidos em pílulas anticoncepcionais,



podem causar pressão alta em cerca de 5 % das pessoas. Neste caso, é só a pessoa parar de tomar as pílulas que a pressão volta ao normal.

Os casos mais raros de pressão alta são aqueles causados por tumores na hipófise e na glândula adrenal, que são órgãos responsáveis pela produção de vários hormônios no nosso corpo.

### 3.5.3 Fisiopatologia

As alterações estruturais e funcionais no sistema vascular periférico são responsáveis pelas alterações da pressão arterial que ocorrem com a idade.

Essas alterações incluem a arteriosclerose, perda da elasticidade do tecido conjuntivo e uma diminuição do relaxamento do músculo liso vascular, que por sua vez, reduzem a capacidade de distensão e compressão dos vasos. Conseqüentemente, a aorta e as grandes artérias ficam com menor capacidade de acomodar o volume de sangue bombeado pelo coração (volume sistólico) resultando numa diminuição de débito cardíaco e num aumento da resistência periférica.

### 3.5.4 Classificação Diagnóstica

O diagnóstico é estabelecido através da medição da pressão arterial, no mínimo duas vezes ao dia, durante dois dias consecutivos. Para avaliar o estado dos vasos sanguíneos é examinada a retina. No coração é feita ausculta, realiza-se o eletrocardiograma, raios-X de tórax e ultra-sonografia do coração. Pode ser complementado com estudos que permitam determinar as causas da hipertensão. Existe uma escala de classificação diagnóstica que identifica a hipertensão em seus diversos estágios, como segue o exemplo:

| <b>PRESSÃO ARTERIAL<br/>DIASTÓLICA</b> | <b>PRESSÃO ARTERIAL<br/>SISTÓLICA</b> | <b>CLASSIFICAÇÃO</b>             |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| MENOR 85 MMhg                          | MENOR 130 MMhg                        | NORMAL                           |
| ENTRE 85 - 89                          | ENTRE 130 - 139                       | NORMAL LIMITROFE                 |
| ENTRE 90 - 99                          | ENTRE 140 - 159                       | HIPERTENSÃO LEVE<br>GRAU I       |
| ENTRE 100 - 109                        | ENTRE 160 - 179                       | HIPERTENSÃO<br>MODERADA GRAU II  |
| ACIMA DE 110                           | ACIMA DE 180                          | HIPERTENSÃO GRAVE<br>GRAU III    |
| IGUAL A 90                             | MAIOR QUE 140                         | HIPERTENSÃO<br>SISTÓLICA ISOLADA |

### 3.5.5 Sintomatologia

Via de regra é assintomática. Entretanto, em casos de hipertensão grave e sem tratamento, podem aparecer sintomas como cefaléias, taquicardia, dificuldades respiratórias, confusão, sudorese excessiva, náuseas, vômitos, hemorragias nasais, vertigem, vermelhidão da face e cansaço. O exame físico pode não revelar nenhuma anormalidade.

A paciente sabe de sua condição de hipertensa desde os 60 anos de idade. Apresenta edema nos membros inferiores e elevação nos índices da pressão arterial, em torno de 160 x 110 milímetro de mercúrio.

### 3.5.6 Complicações

A hipertensão quando não diagnosticada e tratada adequadamente pode causar uma série de complicações, como por exemplo:

- a) hipertrofia ventricular esquerda (espessamento do coração);
- b) angina ou infarto prévio do miocárdio;
- c) revascularização do miocárdio prévia;
- d) insuficiência cardíaca;
- e) aneurisma vascular;
- f) episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico;
- g) nefropatias (insuficiência renal);
- h) doença vascular arterial periférica;
- i) retinopatia hipertensiva.

A população negra é mais susceptível a hipertensão e as suas complicações.

Observa-se que, no caso da paciente em estudo, a complicação apresentada foi a Insuficiência Cardíaca.

### 3.5.7 Tratamento

O principal objetivo do tratamento é de manter a pressão diastólica abaixo de 90 mmHg e a pressão sistólica abaixo de 150 mmHg. Um dos conselhos úteis é o de se reduzir a quantidade de sal ingerida nos alimentos, principalmente se a pessoa já tem o sal muito elevado no sangue.

Para os pacientes obesos, é muito importante um tratamento visando à perda de peso, sendo que, em muitos casos, só isso já soluciona o problema, não sendo necessário dar medicação. Os exercícios físicos, como andar, fazer exercício em bicicleta ergométrica, já são bastante úteis e além de tudo ajudam a combater o stress, que é outro fator que piora a pressão do sangue.

O tratamento com medicamentos, quando necessário, baseia-se no uso de diuréticos, que ajudam a remover o sal que está aumentado no sangue causando o aumento da pressão. Também é comum utilizar-se remédios que bloqueiam a ação dos agentes que causam o aumento da pressão. O problema quanto ao uso desses medicamentos é que eles podem causar espasmo dos brônquios dos pulmões nas pessoas que tem asma, ou reduzir os batimentos do coração, ou mesmo piorar as condições do coração quando já existe uma insuficiência. Portanto, é preciso um controle bem rigoroso quando forem empregadas essas drogas.

Outros tratamentos se baseiam no relaxamento dos vasos sanguíneos, reduzindo a sua resistência, com isso abaixando a pressão do sangue. São os chamados "antagonistas dos canais de cálcio", que controlam a quantidade de cálcio nos músculos das artérias, deixando-as mais dilatadas. Alguns outros medicamentos também produzem efeitos semelhantes, porém atuam de forma diferente. Por isso, é sempre bom consultar um médico que irá dizer qual é o melhor tratamento para cada pessoa. Da mesma forma, é preciso ajustar a dose que é mais eficiente para cada paciente.

Além dos medicamentos que foram administrados à paciente para o tratamento da Insuficiência Cardíaca, também foi prescrito o Captopril, que é um anti-hipertensivo, indicado para tratar da Hipertensão Arterial. A mesma relatou já fazer uso desta medicação há alguns anos.

### 3.5.8 Assistência de Enfermagem

A principal assistência de Enfermagem prestada a paciente no caso da Hipertensão Arterial, inclui a compreensão do processo da doença e seu tratamento, colaborando com o programa de autocuidado e com a ausência de complicações maiores que a já apresentada.



Foram prestadas assistências à paciente, tais como:

- a) administraram-se as medicações conforme prescrição médica, contribuindo assim para a resolução do tratamento;
- b) controlou-se o sinal vital para observar a presença de alterações principalmente com relação à hipertensão;
- c) auxiliou-se a paciente na higiene e conforto;
- d) realizou-se a anotação de enfermagem.

### 3.6 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO

As orientações prestadas a paciente foram relacionadas tanto a Insuficiência Cardíaca quanto à hipertensão arterial.

Orientou-se quanto à participação nos grupos de apoio, onde pode compartilhar suas preocupações e experiências, e encontrar o apoio necessário para fazer as alterações necessárias no seu estilo de vida.

É necessário que a paciente identifique seus estresses emocionais e explore as maneiras de resolvê-lo, bem como fazer as restrições na alimentação quanto ao sódio e a gordura, realizar o controle de peso, fazer mudanças no estilo de vida e principalmente, manter acompanhamento médico.

A paciente precisa compreender que tanto a Insuficiência Cardíaca quanto a Hipertensão Arterial podem ser controladas e que os medicamentos e os cuidados são para a vida toda, só assim será possível aumentar a sobre vida dos pacientes com estas patologias.

### 3.6.1 Alimentação Correta para Hipertensão

O alimento mais relacionado com a Hipertensão Arterial é o sal. Não se sabe perfeitamente porque, mas o fato é que, em sociedades onde o sal é mais consumido, o número de hipertensos é mais alto. Algumas pessoas não se beneficiam com a redução do uso do sal, mas outras sim e por isso sempre vale a pena fazer esse controle. O excesso de sal pode atrapalhar a eficiência dos remédios que o paciente está usando para tratar a pressão alta.

Os alimentos gordurosos também devem ser controlados, além de se dosar periodicamente o colesterol através de exame de sangue. Bebidas alcoólicas também devem ser usadas com moderação. Em excesso, porém, podem levar a doenças do fígado e pâncreas, além de agredir o cérebro, o estômago e o coração. Nunca deixar o paciente esquecer que o álcool tem muitas calorias e pode atrapalhar o esforço em perder peso.

O fumo não provoca somente doenças pulmonares como o câncer, mas é igualmente nocivo para outros órgãos como o estômago, a garganta, o coração e as artérias. O fumo provoca o endurecimento das artérias ou arteriosclerose, e com isso força o coração a trabalhar com mais esforço e frequência, levando ao aumento da pressão. Além disso, o fumo aumenta o risco de infarto no miocárdio e a sua gravidade.

A vida sedentária é comprovadamente um fator de risco. A pessoa mais bem preparada fisicamente, que faz exercícios regulares, tem menor chance de apresentar problemas de coração e pressão alta. A hipertensão não é um motivo para se ficar parado, ao contrário, o exercício vai auxiliar a controlar a pressão e a perda de peso. Mas antes de começar, é preciso que o paciente consultar o médico para que lhe indique o tipo de exercício que poderá praticar.

### 3.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na qualidade de aluna do curso técnico de enfermagem, considero<sup>se</sup> que tenha sido de grande valia este estudo de caso, havendo um importante e profundo conhecimento sobre a patologia e o que se relaciona a ela, resultando em uma completa assistência de enfermagem e orientação a paciente.

A paciente foi devidamente tratada, com medicamentos e pela atenção da equipe de enfermagem. Colaborou com o programa de cuidados específicos a sua patologia, e com isso referiu melhoras significativas. No último dia de contato com a paciente, sua alta estava prevista para o dia seguinte.

## CONCLUSÃO

Através deste trabalho e durante toda esta etapa de formação Técnica, concluiu-se que é preciso estar em constante aprendizado para dar uma assistência de enfermagem especializada e de qualidade aos pacientes que estão sob nosso cuidado.

Registram-se agradecimentos por esta oportunidade ao Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina, aos professores e supervisores e todos meus amigos e familiares.

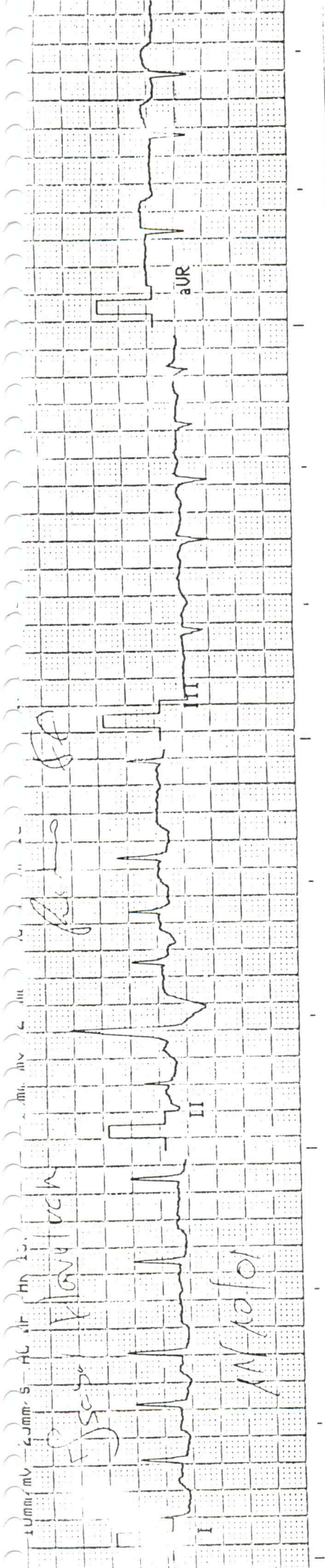
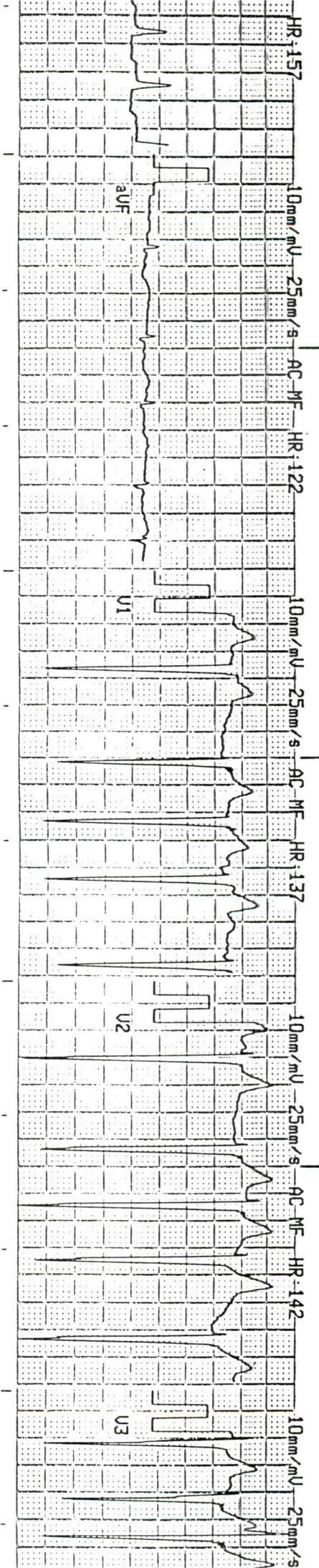
Mafra, 28 de setembro de 2002.

ALZIRA FERREIRA

Assinatura



**ANEXOS**



Dr(a).: DANIEL SILVA (SC)

Data : 11/10/2001

Local Col: LABORATORIO ANACLIN

Local Ent.: LABORATORIO ANACLIN

Convenio : SUS - INTERNO

Sequencia :001053513 (A1-026388)

29

## SUMARIO DE URINA

Valores referenciais:

### Caracteres Fisicos


|                   |          |                 |
|-------------------|----------|-----------------|
| Cor.....:         | Ambar    | Anarelo Citrino |
| Aspecto.....:     | Turvo    | Lípido          |
| Deposito.....:    | Discreta | Nulo            |
| Densidade.....:   | 1,030    | 1.010 a 1.030   |
| Reação (pH).....: | 5,00     | Acida           |

### Elementos anormais

|                      |          |          |
|----------------------|----------|----------|
| Proteínas.....:      | Ausente  | Ausente  |
| Glicose.....:        | Ausente  | Ausente  |
| Acetona.....:        | ++       | Ausente  |
| Bilirrubinas.....:   | Ausente  | Ausente  |
| Urobilinogenio.....: | 8 mg/dl  | Normais  |
| Hemoglobina.....:    | Ausente  | Ausente  |
| Nitritos.....:       | Negativo | Negativo |

### Microscopia de Sedimento centrifugado

|                          |           |                      |
|--------------------------|-----------|----------------------|
| Células epiteliais.....: | ++        |                      |
| Leucocitos.....:         | 15        | p/campo Até 10/campo |
| Hemácias.....:           | 1         | p/campo Até 5/campo  |
| Mucosidade.....:         | +         |                      |
| Flora Bacteriana.....:   | +         |                      |
| Cilindros.....:          | Hialinos+ |                      |
| Cristais.....:           | Ausente   |                      |

  
Dra. Deborah Isler de Souza  
CRF SC N° 5920

**IMPORTANTE :** Qualquer duvida ou esclarecimento sobre os exames realizados favor entrar em contato com o Laboratorio através dos telefones 642-3792 642-1614

## REFERÊNCIAS

1 SMELTEZER, Suzanne .-BARE,,BrendaG.**Brumer de Suddarth -tratado de enfermagem médico-cirúrgico 8** .ed.Guanabara/Koogan.

2 \_\_\_\_\_.-**Revista comemorativa. 50 anos do Hospital São Vicente de Paulo.Mafra,2000.**

3 FURTADO, Elizabete.;MAGINES,Janeth da Cunha.;TISCHER,Juraci Maria.;;  
MACHADO,Ondina.;FLÔR,Rita de Cássia .-**Enfermagem médica.Joinville, 2000,**  
apostila Curso Técnico de Enfermagem,CEFET.

4 \_\_\_\_\_-Disponível em <<http://www.portugueses.salutia.com.br/vida>>.  
Acesso em 20 de agosto de 2002.

5 \_\_\_\_\_.-Disponível na internet.<<http://www.cardiomed.com.br>>  
Acesso em 11 de julho de 2002.