

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

08 OUT 2002 n 225

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

CEFET-SC BIBLIOTECA

REL ENF
0052

CEFET - UE Joinville



1612

REL ENF

0052

Relatório de estágio curricular

Revisão
Em 02/10
Wes

GRASIELA KAZMIERCZAK

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) **Grasiela Kazmierczak**, 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 Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catanna Kuss	09/07/2001 a 08/11/2001
198 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catanna Kuss	21/01/2002 à 31/05/2002
270 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catanna 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), seguro 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

Grasiela Kazmierczak
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) Graciela Kozminierzak Matrícula: 0117070-4 Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.
Supervisor na Empresa: Roni Regina Miquelluzzi COREN: 24068

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 EnfermagemClinica 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">Clinica 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

Graciela Kozminierzak
Estagiário(a)
Assinatura

Roni Regina Miquelluzzi
Supervisor na Empresa
COREN - SC 24068
Assinatura e Carimbo

[Assinatura]
Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo

CONSELHO APARECIDA DO PRAXIN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SUMÁRIO

1/	INTRODUÇÃO.....	04
2/	EMPRESA.....	06
2.1	Histórico.....	06
3	ESTUDO DE CASO - ENFISEMA PULMONAR.....	07
3.1	APRESENTAÇÃO.....	07
3.2	ANAMNESE.....	07
3.3	EXAME FÍSICO.....	08
3.4	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL - ENFISEMA PULMONAR.....	09
3.4.1	Conceito.....	09
3.4.2	Fisiopatologia.....	09
3.4.3	Classificação.....	10
3.4.4	Sintomatologia.....	11
3.4.5	Avaliação Diagnóstica.....	11
3.4.6	Tratamento Clínico.....	12
3.4.7	Tratamento Medicamentoso.....	12
3.4.8	Assistência de Enfermagem.....	13
3.5	DIAGNÓSTICO SEGUNDÁRIO – BRONQUITE CRÔNICA.....	15
3.5.1	Conceito.....	15
3.5.2	Fisiopatologia.....	15
3.5.3	Sintomatologia.....	16
3.5.4	Avaliação Diagnóstica.....	17
3.5.5	Tratamento Médico.....	17
3.5.6	Orientação para Prevenção.....	18
3.5.7	Assistência de Enfermagem.....	18
3.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20

4.0	CONCLUSÃO.....	21
	ANEXOS.....	22
	Anexo I.....	23
	Anexo II.....	24
	Anexo III – Curiosidades sobre o Tabagismo.....	25
	REFERÊNCIAS.....	29

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 enfisema pulmonar e bronquite crônica. 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 Saio 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 m², 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 DO CASO: ENFISEMA PULMONAR

3.1 APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta o estudo do caso sobre Enfisema Pulmonar, o qual foi idealizado e elaborado durante o estágio de Clínica Médica, do Curso Técnico de Enfermagem da Escola Técnica Federal de Santa Catarina.

Ocorreu sob a supervisão das enfermeiras: Ondina Machado e Rosane Prado, durante o período de 12/10 até 21/10 de 2001, no hospital São Vicente de Paula da cidade de Mafra, Estado de Santa Catarina.

3.2 ANAMNESE

O paciente é do sexo feminino, com 64 anos de idade, aproximadamente 1,60 cm de altura e 40 kg. É viúva, de cor branca, descendência alemã, natural da cidade de Mafra-SC, agricultora aposentada. Tem como religião o catolicismo, residente em Mafra com seu genro, filha e neta, em uma casa de madeira, com 6 cômodos, com água de poço artesiano e fossa séptica. Tem ainda mais 10 filhos. Relatou ser ex-tabagista, parou de fumar a 11 anos. Ficou viúva há 8 anos, o seu esposo faleceu de Infarto Agudo do Miocárdio.

Em conversa com a mesma descobriu-se que já esteve internada uma vez por apresentar problemas respiratórios, sabe que tem bronquite crônica. Possui irmãs e tias com problemas na tiróide, desconhece caso de hipertensão, colesterol e diabetes na família.

Há um ano realizou um eletrocardiograma (ECG) onde apresentou leve taquiarritmia, faz uso de Ancoron e Meticorten diariamente.

Há aproximadamente uma semana sentiu dor na região torácica anterior, dispnéia intensa, tortura, cefaléia, tosse produtiva com secreção espessa amarelada. Foi

hospitalizada apresentando edema nos membros inferiores. Apresentou ainda frequência respiratória = 40 movimentos respiratórios por minuto, frequência cardíaca = 130 batimentos cardíacos por minuto e pressão arterial = 150 x 90 mmHg. (milímetros de mercúrio).

Foram solicitados exames de Raios-x, hemograma, creatinina e glicose pelo médico pneumologista, onde foi diagnosticado o Enfisema Pulmonar. Foi prescrito o tratamento medicamentoso acompanhado de oxigênio terapia contínua mais nebulização.

3.3 EXAME FÍSICO

Apresenta estado de saúde geral regular. Com higiene-corporal em bom aspecto, baixo peso, com sudorese, predisposição a sangramento nas narinas. Dor ocular, nariz com coriza com crise de espirro, mucosa da boca hipocorada, alterações em dentes, faz um uso de dentadura. Apresenta sibilância na ausculta. Palidez na face, cianose nas extremidades. Edema nos membros inferiores, dor torácica conforme a movimentação, limitação, cãibras, não apresenta cicatrizes, pele áspera e ressecada, cabelos brancos.

3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL - ENFISEMA PULMONAR

3.4.1 Conceito

O enfisema é uma DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), é definido como uma distensão anormal dos espaços aéreos aos bronquíolos, com destruição dos septos alveolares. Este é o estágio final de um processo que progrediu lentamente durante muitos anos.

Na realidade, no momento em que o paciente desenvolve os sintomas, a função pulmonar está, com frequência, comprometida de maneira irreversível.

Fumar cigarros constitui a principal causa de enfisema. Em uma pequena percentagem de pacientes, no entanto, existe uma predisposição familiar ao enfisema, associada a uma anormalidade protéica de enzima, existem pessoas geneticamente susceptíveis que são sensíveis aos fatores ambientais (fumaça, poluição, aérea, agentes infecciosos, alérgenos) e com o tempo desenvolvem sintomas obstrutivos crônicos.

3.4.2 Fisiopatologia

No enfisema existem vários fatores que causam obstrução das vias aéreas, a saber: inflamação e edema nos brônquios, produção excessiva de muco, perda da elasticidade das vias aéreas, colapso dos bronquíolos e redistribuição do ar para os alvéolos funcionais.

À medida que as paredes dos alvéolos são distribuídas, a área de superfície alveolar diminui continuamente, causando um aumento nos espaço morto e resultante comprometimento da difusão de oxigênio, a difusão comprometida de oxigênio resulta em hipóxia.

As paredes alveolares continuam a se romper, o leito capilar pulmonar é destruído, o fluxo sanguíneo pulmonar é aumentado e o ventrículo direito é forçado a manter maior pressão sanguínea na artéria pulmonar. Desta maneira a insuficiência

cardíaca direita é uma das complicações do enfisema, a presença de congestão, edema de membros inferiores, veias do pescoço inferiores, veias do pescoço distendidas ou dor na região do fígado sugerem o desenvolvimento de insuficiência cardíaca.

As secreções estão aumentando e retiradas quando a pessoa é incapaz de produzir uma tosse forçada para expeli-las. As infecções agudas e crônicas persistem desta maneira, nos pulmões enfisematosos, acrescentando-se ao problema.

3.4.3 Classificação

Há dois tipos de enfisema, que são classificados com base no tipo de alteração que ocorrem no pulmão:

a) Panlobular (panacinar): existe destruição dos bronquíolos respiratórios e alvéolos. Todos os espaços aéreos do centro do lóbulo estão mais ou menos dilatados, com pouca doença inflamatória, o paciente com este tipo de enfisema tipicamente apresenta um tórax hiper-insuflado acentuado ao esforço, além de perda de peso;

b) Centrolobular (centroacinar): as alterações patológicas ocorrem principalmente no centro do lóbulo secundário e as porções periféricas do ácino são preservadas com frequência, existe um distúrbio nas proporções ventilação-perfusão, produzindo hipocrômica, hipercopnia (aumento de CO₂ no sangue arterial) e policitemia, além de insuficiência cardíaca direita. Isto provoca cianose, edema periférico e insuficiência respiratória.

Ambos os tipos de enfisema ocorrem com muita frequência no mesmo paciente. No caso estudado, a paciente provavelmente teria enfisema do tipo panlobular, pela dispnéia acentuada e perda de peso, e, portanto não diagnosticado pelo médico até o presente.

3.4.4 Sintomatologia

A dispnéia é o sintoma principal do enfisema e tem um início incandescente. Em geral o paciente apresenta uma história de tabagismo e uma longa história de uma tosse crônica, sibilos e crescente encurtamento e aceleração (taquipnéia) sobre tudo com infecção respiratória.

Na inspeção o paciente geralmente possui um “tórax em barril” devido ao ar que vai ficando aprisionado, com a fraqueza muscular e a respiração com os lábios entre abertos. Respiração torácica, respiração anormal e ineficaz com o uso de músculos acessórios são comuns. Em estágios avançados, a dispnéia acontece aos esforços mesmo nas mais simples atividades da vida diária, como comer e banhar-se.

A ausculta revela sons respiratórios diminuídos com estertores roncós e expiração prolongada. A anorexia, a perda de peso e a fraqueza são queixas comuns. Possivelmente a bronquite crônica da paciente em estudo passa a ser a causa do enfisema pulmonar. Juntamente com a história regressiva de tabagismo, apresenta sibilos, respiração anormal e ineficaz, porém não há presença de anorexia.

A paciente apresentou dispnéia, seguida de tonturas e dor torácica no dia de sua internação.

3.4.5 Avaliação Diagnóstica

Os sintomas da paciente e os achados clínicos ao exame físico fornecem os indícios iniciais da patologia. Outros exames auxiliares no diagnóstico incluem as radiografias torácicas, os testes de função pulmonar (principalmente a espirometria) os estudos dos gases sanguíneos (para avaliar a função ventilatória e troca gasosa pulmonar) e o hemograma completo.

A hemoglobina e o hematócrito podem estar normais, nos estados precoces da doença. Os raios-x da região torácica revelam a hiperinflação, um diafragma achatado, uma margem intercostal alargada e um coração normal.

3.4.6 Tratamento Clínico

Os principais objetivos do tratamento são: melhorar a qualidade de vida, diminuir a progressão do processo patológico e tratar as vias aéreas obstrutivas para avaliar a hipóxia. A conduta terapêutica inclui:

- a) as medidas de tratamento destinam-se a melhorar a ventilação e diminuir o trabalho da respiração;
- b) prevenção e tratamento adequado da infecção;
- c) utilização de técnicas de fisioterapia respiratória para conservar e aumentar a ventilação pulmonar;
- d) manutenção das condições ambientais apropriadas para facilitar a respiração;
- e) apoio psicológico;
- f) programa contínuo de educação e reabilitação do paciente;
- g) são prescritos broncodilatadores, medicamentos em aerossol, antibiótico terapia, corticosteróide, oxigenoterapia.

3.4.7 Tratamento Medicamentoso Utilizado pela Paciente

Foram administrados os seguintes medicamentos, conforme prescrição médica:

- a) Bricanyl – Sulfato de Terbutalina, $\frac{1}{2}$ ampola, de 8 em 8 horas, via subcutânea;
- b) Lasix – Furosemida, $\frac{1}{2}$ comprimido ao dia, via oral;
- c) Ancoron – Cloridrato de Amiodarona Antiarrítico, 1 comprimido ao dia, via oral;
- d) Meticorten – Prednisona, 1 comprimido duas vezes ao dia, via oral;
- e) Garamicina – Sulfato de gentamicina, 120 mg, 1 vez ao dia endovenosa.

Bricanyl é indicado para o tratamento de asma, bronquite crônica, enfisema e outras pneumopatias. Dependendo da dosagem podem ocorrer reações como: cefaléia, câibras musculares, palpitação e discreta taquicardia, hiperglicemia.

O Lasix é o nome comercial dado a Furosemida, que serve como importante diurético, utilizado, para diminuir quantidades excessivas de líquidos no organismo.

Ancoron tem como substância ativa, o Cloridrato de Amiodarona.É um antiarrítmico, indicado no tratamento de arritmias ventriculares, fibrilação e flutter atrial crônico, arritmias paroxísticas.Seu uso é contra indicado nas bradicardias, choque e hipotensão severa.

O Meticorten está indicado para o tratamento de patologias endócrinas, osteomusculares e reumáticas.Dermatológicas, alérgicas, oftálmicas, respiratórias, hematológicas, neoplásicas e outras que respondam a terapia com corticosteróide. Está contra indicado em pacientes com infecções sistêmicas por fungos e hipersensíveis a composição da fórmula.

Já a Garamicina, tem como substância ativa o sulfato de Gentamicina.É um antibiótico, indicado para o tratamento das infecções causadas por uma ou mais cepas de bactérias, incluindo infecções respiratórias.Contra indicado para pacientes hipersensíveis ao sulfato de Gentamicina.

3.4.8 Assistência de Enfermagem

A assistência de enfermagem prestada a paciente, com relação à sua patologia, foi da seguinte forma:

a)para melhorar a troca gasosa, administrou-se broncodilatadores conforme prescrito, observando efeitos colaterais, como: taquicardia, disritmias, excitação do sistema nervoso central, náuseas e vômito.Também se avaliou, a eficácia do tratamento com nebulizador, assegurando para que sempre fosse realizado antes das refeições, de modo a evitar as náuseas e reduzir a fadiga que acompanha a refeição;

b)para atingir a depuração das vias aéreas, estimulou-se a ingestão de líquidos pela paciente, pode-se ensinar e encorajar o uso da respiração diafragmática e de técnicas de tosse;

c) para melhorar o padrão respiratório da paciente, ensinou-se a respirar com os lábios entreabertos, e encorajou-se a alternância com período de repouso. Foi deixado que a mesma tomasse algumas decisões sobre seu cuidado, baseados em nível de tolerância;

d) ainda incentivou-se a independência nas atividades da vida diária, melhorando a tolerância das atividades e atingindo um nível ótimo de adaptação.

3.5 DIAGNÓSTICO SEGUNDÁRIO: BRONQUITE CRÔNICA

3.5.1 Conceito

As DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) são uma classificação ampla para diversos distúrbios inclusive a bronquite crônica, que é definida como a presença de uma tosse produtiva, que perdura por três meses ao ano, por dois anos consecutivos.

Comprovou-se através de vários estudos que o consumo de cigarros é um fator muito importante, por seu efeito predominante. Outros fatores que podem acarretar crises de bronquite ou até mesmo levar a uma bronquite crônica são: a poluição urbana, o trabalho em ambientes de atmosfera poluída, incluindo substâncias químicas, o inverno e a idade avançada. Importante ressaltar ainda que as alergias brônquicas podem aumentar a secreção de muco por estimulação direta das glândulas, ou causar uma tendência aumentada às infecções brônquicas.

A bronquite crônica é uma doença própria da idade adulta. É uma patologia séria, porém não é considerada mortal por si, mas predispõe a infecções pulmonares graves como as broncopneumonias, as bronquietasias e os enfisemas pulmonares.

3.5.2 Fisiopatologia

Sendo as vias aéreas irritadas, há uma hiper secreção de muco e conseqüentemente inflamação. No epitélio um número aumentado de células caliciformes e zonas de metaplasia escamosa diminuem a quantidade de células ciliadas, resultando no estreitamento dos brônquios. Sendo lesionados e fibrosados os alvéolos adjacentes aos bronquíolos, altera-se a função dos macrófagos alveolares que destroem partículas estranhas, incluindo as bactérias, fazendo com que o indivíduo esteja mais susceptível a infecção respiratória.

Mesmo na ausência de infecção, manifesta-se demonstrando irregularidades da superfície brônquica. Quando a infecção está presente, a parede está infiltrada de

células inflamatórias e congestionada, por capilares e linfática dilatada. Se o caso for ainda mais grave podem se formar pequenos abscessos.

O aumento de muco brônquico, a redução do número de cílios e as irregularidades da parede brônquica dificultam o deslocamento do muco para a boca, tornando menos eficazes os mecanismos protetores brônquicos. Em certas bronquites, a secreção bronquial, muito viscosa, forma molde que só com muita dificuldade podem ser expulso, em outros casos a inflamação estende-se aos bronquíolos. Se ocorrer exsudação de fibrina e falham os mecanismos de fibrinólise, sobrevém conjuntivação do exsudato intrabronquiolar e dos pequenos brônquios. A coexistência do enfisema é freqüente.

3.5.2 Sintomatologia

Apresenta-se uma tosse produtiva e crônica nos meses de inverno, este é o primeiro sinal de bronquite crônica. A tosse pode ser exacerbada pelo tempo frio, umidade e irritantes pulmonares. O indivíduo expectora muco a cada manhã logo após levantar-se, e pode eliminar apenas pequenas quantidades de catarro mucóide durante o resto do dia.

Todas as formas de bronquite crônica podem sofrer exacerbações agudas, com aumento do volume de catarro eventualmente purulento. Os indivíduos com esta patologia, geralmente têm uma história de tabagismo e freqüentes infecções respiratórias.

A paciente em estudo tem história de tabagismo e freqüentemente apresenta infecções respiratórias, sua tosse é produtiva, não somente no inverno. De acordo com o trabalho que realizava anteriormente na agricultura, acredita-se que os agrotóxicos tenham relevante papel na susceptibilidade a bronquite crônica.

3.5.3 Avaliação Diagnóstica

Um histórico completo, incluindo dados sobre a família, a exposição ambiental, aos agentes irritantes e ocupação devem ser coletados. É importante investigar também os hábitos relacionados ao fumo e gasometria arterial.

Estudos radiográficos e de função pulmonar são realizados, os raios-x de tórax pode revelar um coração aumentado, com um diafragma normal ou achatado. A hemoglobina e o hematócrito podem estar aumentados no hemograma.

3.5.2 Tratamento Médico

Os principais objetivos do tratamento desta patologia são manter os bronquíolos abertos e funcionantes, para facilitar a remoção dos exsudatos brônquios e evitar a incapacidade.

As alterações no padrão do escarro quanto à natureza, a coloração, a quantidade e a espessura; e alterações no padrão da tosse, são importantes sinais a observar as infecções bacterianas. São tratadas com terapia antibiótica, com base na cultura e nos estudos de sensibilidade.

Para ajudar na remoção dos exsudatos brônquicos, os broncodilatadores são prescritos para aliviar o bronco espasmo e reduzir a obstrução das vias aéreas, desta maneira, a distribuição gasosa e a ventilação alveolar são melhoradas. A drenagem postural e a percussão torácica, após o tratamento medicamentoso, são geralmente valiosas. Os líquidos administrados por via oral ou parenteral, são uma parte importante da terapia, porque a hidratação adequada ajuda a fluidificar as secreções que, assim, podem ser removidas pela tosse.

A terapia com medicamentos esteróides deve ser utilizada quando o organismo do paciente falha em responder a medidas mais conservadoras. O paciente deve parar de fumar, porque a inalação da fumaça causa broncoconstrição, paralisia dos cílios, que são importantes para remoção das partículas irritantes, e inativação do surfactante,

que tem um importante papel na facilitação da expansão pulmonar. Os fumantes também são mais susceptíveis a infecção brônquica.

3.5.6 Orientações para Prevenção

Devido à natureza incapacitante da bronquite crônica, todo o esforço é direcionado para a prevenção de sua ocorrência. Um importante aspecto é evitar os irritantes respiratórios.

Pessoas propensas às infecções do trato respiratório devem ser imunizadas contra agentes virais comuns, com vacinas para influência do trato respiratório superior. Devem receber tratamento incluindo terapia antimicrobiana, baseada em cultura e estudos de sensibilidade, ao primeiro sinal de escarro purulento.

3.5.7 Assistência de Enfermagem

A assistência de enfermagem neste caso ocorreu de seguinte forma:

a) administraram-se adequadamente as medicações, observando-se o possível aparecimento dos efeitos colaterais, pois a enfermagem deve estar alerta para estes efeitos;

b) orientou-se para que os tratamentos com nebulizador ou aerossóis fossem realizados antes das refeições para melhorar a ventilação pulmonar e desta forma, reduzir a fadiga que acompanha a alimentação;

c) monitorizou-se a eficácia da terapia com oxigênio para assegurar-se de que a paciente esteja fazendo uso de seu dispositivo de liberação de oxigênio, orientou-se a paciente quanto ao uso adequado de gás e sobre os perigos de aumentar a taxa do fluxo de oxigênio sem orientações explícitas do médico;

d) estimulou-se a ingestão de líquidos de pelo menos seis a oito copos ao dia, encorajando-a para expelir as secreções;

e) orientou-se quanto à respiração e a importância da tosse, para auxiliar a mobilizar as secreções;

f) orientou-se para evitar ambientes com extremos de temperaturas e umidade elevadas, porque o bronco espasmo pode aumentar;

g) orientou-se e estimulou-se quanto aos exercícios respiratórios, o treinamento de cheirar uma flor ou soprar uma vela, quanto ao treinamento na respiração diafragmática, que reduz a frequência respiratória e aumenta a ventilação alveolar e algumas vezes ajuda o máximo de ou possível durante a expiração;

h) realizou-se cuidados de higiene e conforto como: vestir-se e banhar-se.

3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período em que foram prestados cuidados ao paciente com as DPOCs, Bronquite Crônica e Enfisema Pulmonar, como complicação observou-se melhora na troca gasosa pelo uso de broncodilatadores e oxigenoterapia.

Nas primeiras vezes que foi levada para o banho, apresentou dispnéia, agitação e taquiarritmia. Após o encorajamento a uma respiração diafragmática, com a boca entreaberta, observou-se que não apresentou mais sinais de cansaço aparente, confusão, agitação e houve uma diminuição da dispnéia.

Com o aumento da ingestão hídrica, a mesma se adaptou muito bem e participou ativamente de seus cuidados.

Tornou-se comunicativa, com uma linguagem normal, apresentou uma diminuição da ansiedade. Continuou com astenia, porém alimentou-se muito bem com uma dieta líquida e leve. Prefere posição de decúbito fowler, continua com edema nos membros inferiores.

CONCLUSÃO

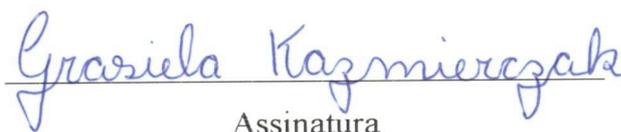
Ao concluir o curso Técnico de Enfermagem conseguiu-se aprender a importância do ser humano e a sua existência, a valorização pela sua vida.

A enfermagem tem como dever e obrigação proporcionar ao cliente, não só a técnica correta, bem como carinho, amor, e afeto, porque a melhora e a cura estão ligadas com seu sistema psicológico.

Dentro desta patologia (Enfisema pulmonar), adquiriu-se conhecimento e pôde-se interagir na proporção da melhora e alívio nas crises do cliente. O cliente com esta patologia onde não existe cura, somente alívio nas crises, fica muito debilitado, precisando sempre do profissional de enfermagem para auxiliá-lo.

Através da Escola Técnica Federal de Santa Catarina e dos professores, conseguiu-se todas as expectativas de uma qualificação perfeita do profissional de Enfermagem para o mercado de trabalho e cuidar deste ser tão especial que é o cliente.

Mafra, 28 de setembro de 2002.


Assinatura

ANEXOS

Exame: **Torax : PA**

Médico Solicitante: **RENATO KREDENS**

Data Exame: **06/10/2001** Situação: **INT** Convênio: **SUS**

Hora: **11:17**

Prontuário: **100021105**
Cadastro **23622**

uu

LAUDO

Sinais de DPOC. Infiltrado peri-bronquico nas bases. Espessamento pleural nos ápices.

W

Médico Radiologista: **ARTHUR MAURICIO VIEIRA**

Dr(a).: RENATO KREDENS (SC)

Data : 06/10/2001

Local Col: LABORATORIO ANACLIN
Convenio : SUS - INTERNOLocal Ent.:LABORATORIO ANACLIN
Sequencia :001053125 (A1-026065)

Sistema Automatizado contagem Eletrônica - Cell-Dyn 1400 ABBOTT

HEMOGRAMA**ERITROGRAMA**

	Valores encontrados	Valores Referencias	
		Homen	Mulher
Hemácias em milhões/mm ³ ...	5,50	4,50 - 6,50	3,90 - 5,60
Hemoglobina em g/dL.....	15,2	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematócrito em %	47,6	40 - 54	36 - 47
Vol. Glob. Média em u3....	86,5		76 - 96
Hem. Glob. Média em uug...	27,6		27 - 32
C.H. Glob. Média em %	31,9		32 - 36

LEUCOGRAMA

	Valores encontrados		Homen	Mulher
	%	/mL		
Leucócitos por mm ³		23.900		4.000 - 10.000
Promielocitos.....	0	0	0	-
Mielocitos.....	0	0	0	-
Metamielocitos.....	0	0	0 - 1	-
Bastonetes.....	2	478	1 - 3	45 - 330
Segmentados.....	87	20.793	40 - 75	-
Eosinofilos.....	0	0	1 - 6	40 - 330
Neutrofilos.....	89	21.271	40 - 75	2.500 - 7.500
Basofilos.....	0	0	0 - 1	1 - 100
Linfócitos típicos.....	10	2.390	20 - 45	1.500 - 3.500
Linfócitos atípicos.....	0	0	0	-
Monócitos.....	1	239	2 - 10	200 - 800
Blastos.....	0	0	0	-

Dra. Deborah Issler de Souza
CRF/SC Nº 5920

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

CURIOSIDADES SOBRE O TABAGISMO

O cigarro foi considerado por muito tempo como símbolo de status. Muitas pessoas fumavam porque o cigarro ajudava a manter o peso. Hoje em dia, porém, sabe-se que o cigarro é um dos piores inimigos da saúde. Várias doenças têm o fumo como uma das principais causas. Um bom exemplo é o câncer de pulmão, doença altamente fatal, em que a quantidade de cigarros fumados por dia é proporcional ao risco de se ter à doença. Isso quer dizer que, se a pessoa fuma de 1 a 9 cigarros por dia, ela tem 5 vezes mais chance de ter câncer, enquanto alguém que fume mais de 40 cigarros por dia terá uma chance 20 vezes maior que um não-fumante. Também as pessoas que não fumam, mas vivem com fumantes (os chamados fumantes passivos) têm chance de adquirir a doença, sendo que 25 a 46% das mulheres que morrem de câncer de pulmão e 13 a 37% dos homens que morrem da mesma doença não são fumantes, mas com quase toda a certeza adquiriram a doença por conviverem com fumantes.

Outras doenças também são apontadas como sendo causadas pelo cigarro, como o câncer cervical, em que as mulheres fumantes têm um risco 3 vezes maior de adquirir a doença do que as não fumantes. Outros casos de associação do cigarro com câncer são o câncer de pâncreas, câncer de laringe, e outros. O cigarro também contribui em grande parte para o infarto do coração, bem como para outras doenças vasculares, como o derrame cerebral. Por mais de 20 anos, várias pesquisas têm demonstrado que o fumo é a causa mais importante de bronquites crônicas e enfisema pulmonar. Como se não bastasse, o cigarro provoca parto prematuro, assim como o nascimento de crianças com peso muito baixo. Sem contar os inúmeros casos de asma nas famílias de pessoas que fumam. O fumo causa por volta de 30.000 casos de asma em crianças, o que corresponde a 20% dos casos anuais de asma aqui nos Estados Unidos.

O consumo de cigarros é a mais devastadora causa evitável de doenças e mortes prematuras da história. Hoje, o tabagismo representa um dos mais graves problemas de saúde pública, configurando uma epidemia que compromete não só a saúde da população, como também a economia do país e o meio ambiente.

A Organização Mundial da Saúde registra mais de 60 mil pesquisas publicadas e reproduzidas em diversos lugares do mundo por entidades da maior credibilidade junto à comunidade científica, com diversos grupos populacionais (inclusive de diferentes raças, sexo e idade), comprovando a relação causal entre o uso do cigarro e doenças graves como câncer de pulmão (90% dos casos), enfisema pulmonar (80%), infarto do miocárdio (25%), bronquite crônica e derrame cerebral (40%).

As folhas de fumo contêm mais de 4.500 complexos químicos, muitos dos quais se transformam em outras combinações. Esses complexos incluem arsênico, amônia, sulfito de hidrogênio e cianeto hidrogenado. Talvez o mais letal de todos os elementos seja o monóxido de carbono, que é idêntico ao gás que sai do escapamento dos automóveis. Como o monóxido de carbono tem mais afinidade com a hemoglobina do sangue do que o próprio oxigênio, ele toma o lugar do oxigênio, deixando o nosso corpo totalmente intoxicado.

Nem sempre é fácil largar o hábito do fumo. Mas sempre é bom para a saúde. Se um fumante deseja parar de fumar, precisa saber que alguns benefícios são quase imediatos. Apenas 30 minutos depois de fumar o último cigarro, a pressão arterial, o batimento cardíaco e a temperatura voltam ao normal. Ao final de 8 horas, o nível de oxigênio e gás carbônico do sangue começa a se equilibrar, e a chance de ter um ataque do coração já começa a cair. Algumas semanas depois de ter parado de fumar, o olfato e o paladar começam a funcionar direito, e a respiração se normaliza.

O ex-fumante vai se sentir mais energético e o risco de desenvolver um ataque do coração, após alguns meses, vão cair para menos de 50% do que quando

fumava. Depois de 10 anos sem fumar, aquelas pessoas que tinham células pré-cancerosas nos pulmões passam a ter células normais e, após 15 anos de abstinência, não terão mais o risco de desenvolver doenças do coração causadas pelo cigarro.

Está mais do que provado que fumar é um vício como qualquer outro. Como as pessoas que fumam sentem-se mais relaxadas, buscam cada vez mais o cigarro. Para quebrar o hábito de fumar, é necessário fazer um tratamento que elimine a dependência da nicotina. Vários tratamentos têm sido sugeridos. Um deles é o uso de grupos de apoio, nos moldes dos "Alcoólicos Anônimos", em que são feitas discussões sobre os malefícios do fumo e as pessoas recebem apoio para eliminarem o vício. Também a hipnose e psicoterapia podem ajudar nos casos em que a ansiedade é um fator importante. Algumas pessoas se beneficiam do uso de acupuntura, com bons resultados. Porém, um tratamento que tem resolvido bastante é o uso de bandagens de nicotina auto-adesivas ("nicotine patches"), que liberam quantidades de nicotina através da pele, dando à pessoa a sensação de ter fumado, sem precisar do cigarro. Também são de grande utilidade as gomas de mascar com nicotina, que dão a mesma sensação de que a pessoa fumou.

Estudos feitos nos E.U.A mostraram que o uso das bandagens de nicotina ou de goma de mascar com nicotina é bem mais eficiente para aqueles que desejam parar de fumar do que outros métodos. Estão sendo testadas outras formas de nicotino-terapia, sob a forma de spray nasal e inaladores.

Normalmente, o tratamento com bandagens dura 2 meses e com gomas de mascar de nicotina, 3 meses. Algumas pessoas decidem usar esses métodos por mais tempo, e mesmo assim é muito mais seguro do que fumar. A vantagem é que a nicotina contida nessas formas de tratamento não causa nenhum problema de saúde, como é o caso da nicotina fumada nos cigarros.

Que há um aumento de peso quando se pára de fumar. O uso de nicotina faz com que o organismo, mesmo em repouso, consuma mais calorias. Há evidências

também de que a enzima lípase lipoprotéica (proteína existente no fígado) tenha sua atividade aumentada quando se fuma, havendo, portanto, maior consumo de gorduras.

Um estudo realizado entre mulheres que deixaram de fumar mostrou um aumento de peso de 1,5 quilo após um mês sem cigarros e de 4,5 quilos num controle ao fim de um ano. A partir de 1 ano de abstinência, o consumo diário de calorias volta ao nível normal. Isto quer dizer que, a partir deste prazo, é possível começar a reduzir o peso adquirido após se ter parado de fumar. Portanto, é recomendado aumentar a ingestão de alimentos de baixas calorias, como frutas, legumes e verduras; diminuir o uso de alimentos gordurosos; beber, no mínimo, oito copos de água por dia; e aumentar a prática de atividades físicas.

REFERÊNCIAS

- 1 SMELTEZER,Suzanne .-BARE,,BrendaG.**Brumer de Suddarth -tratado de enfermagem médico-cirúrgico** 8 .edição, editora Guanabara/Koogan.
- 2 LOPES,Maria dos Anjos .-**Como Evitar e Tratar a Asma e a bronquite**,editora Tecnoprint,1983.
- 3 KOROLLKOVAS,Andrejeus.-**Dicionário Terapêutico** 3 .edição, editora Guanabara 1996/1997.
- 3 _____.-**Revista comemorativa. 50 anos do Hospital São Vicente de Paulo.**Mafra, 2000.
- 4 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.
- 5 _____-Disponível em <<http://www.nossasaude.com/noticias>>.
Acesso em 11 de agosto de 2002.
- 8 _____-Disponível em <<http://www.portugueses.salutia.com.br/vida>>.
Acesso em 20 de agosto de 2002.