

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE SANTA CATARINA
CEFET- JARAGUÁ DO SUL
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM - JARAGUÁ DO SUL / SC

16 DEZ 2002 0263

CEFET-SC BIBLIOTECA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

REL ENF
0059

Revisão em 18/11
Mônica
11/12

CEFET - UE Joinville



1619

REL ENF

0059

Relatório de estágio curricular

LUCIANE LANKEWICZ

JARAGUÁ DO SUL
JUNHO 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 por, Profº Enio Miguel de Souza, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a) ESTAGIÁRIO(A) Luciane Lankewicz, 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 720 (setecentos e vinte) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

Carga Horária	Instituição/Setor	Período
400 h	Hospital e Maternidade Jaraguá	16/07/2001 a 02/08/2002
166 h	Hospital São José de Jaraguá do Sul	10/06/2002 a 02/08/2002
154 h	Ambulatórios da Rede Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul	30/07/2002 a 04/12/2002

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). Juraci Mº. Tischer, ao qual caberá a orientação e a avaliação final do ESTAGIÁRIO(A).

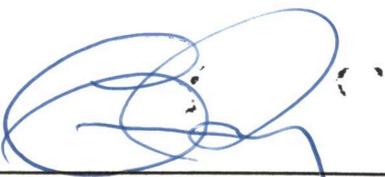
Art. 5º - O(A) ESTAGIÁRIO(A) declara concordar com as Normas Internas da ETF/SC e da EMPRESA, propondo-se a conduzir-se dentro da ética profissional e submeter-se a acompanhamento de seu desempenho e aproveitamento.

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 3672-8 da Companhia AGF Brasil Seguros.

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

Florianópolis, 14 de fevereiro de 2001.


EMPRESA
Assinatura e Carimbo


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


ESTAGIÁRIO


Testemunha



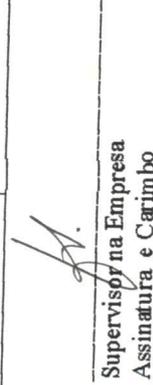
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA**

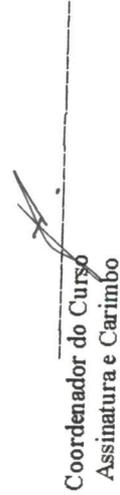
PROGRAMA DE ESTÁGIO

Estagiário (a): Luciane Lankewicz Matrícula: 0117046-3 Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form: 2002/2º Sem.
Supervisor na Empresa: Juraci M^o. Tischer COREN:

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. Hospital e Maternidade Jaraguá	16/07/2001 a 29/08/2001 22/10/2001 a 18/12/2001 04/03/2002 a 11/04/2002	<ul style="list-style-type: none">Fundamentos de EnfermagemClínica Médica – UTI e EmergênciaEnfermagem CME/CC/Cirúrgico	400h
2. Hospital e Maternidade Jaraguá Hospital São José de Jaraguá do Sul	30/07/2002 a 02/08/2002	<ul style="list-style-type: none">Enfermagem ObstetríciaEnfermagem NeonatológicaEnfermagem Pediátrica	166h
3. Ambulatório Rede Municipal Hospital e Maternidade Jaraguá	30/07/2002 à 30/10/2002 09/12/2002 à 18/12/2002 25/11/2002 à 04/12/2002	<ul style="list-style-type: none">Enfermagem em Saúde PúblicaEnfermagem AdministrativaEnfermagem Psiquiátrica	154h


Estagiário (a)
Assinatura


Supervisor na Empresa
Assinatura e Carimbo


Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo

JURACI MARIA FISCHER
Coord. Curso Téc. Enfermagem
JOINVILLE - SC

Dedico este trabalho a todos os meus familiares, que estiveram sempre ao meu lado, incentivando-me apesar de todas as dificuldades. Ao meu bebê.

*Agradeço a Deus que está sempre ao
nosso lado*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 HISTÓRICO DO HOSPITAL E MATERNIDADE JARAGUÁ.....	02
3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	05
3.1 ANAMNESE.....	05
3.2 EXAME FÍSICO.....	06
3.3 DIAGNOSTICO PRINCIPAL – C.A. CÉREBRO.....	06
3.4 DIAGNOSTICO SECUNDÁRIO – METÁSTASE PULMONAR – DERRAME PLEURAL.....	06
3.5 EVOLUÇÃO MÉDICA	07
3.6 CONCEITO DA DOENÇA.....	07
3.7 FISIOPATOLOGIA.....	07
3.8 SINAIS E SINTOMAS	09
3.9 INCIDÊNCIA E MORTALIDADE.....	09
3.10 ETIOLOGIA.....	10
3.10.1 Tabagismo.....	10
3.10.2 Poluição Atmosférica.....	11
3.10.3 Fatores Profissionais.....	11
3.10.4 Fatores Genéticos.....	11
3.10.5 Doenças.....	11
3.11 CLASSIFICAÇÃO.....	12
3.12 QUADRO CLÍNICO	14
3.13 MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS.....	14
3.14 MANIFESTAÇÕES GERAIS.....	15

3.15 MANIFESTAÇÕES EXTRARESPIRATÓRIAS.....	16
3.16 QUADRO RADIOLÓGICO	17
3.17 DIAGNÓSTICO	18
3.18 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	18
3.19 TRATAMENTO	19
3.20 EXAMES.....	21
3.20.1 SANGUE.....	21
3.20.2 MATERIAL DIVERSO LÍQUIDO.....	21
3.20.3 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS.....	22
3.20.4 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	22
3.20.5 GARAMICINA / GENTAMICINA (GENTAREM)	23
3.20.6 ANAK (CLORIDRATO DE RANITIDINA)	24
3.20.7 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.....	25
3.20.8 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO.....	25
3.21 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
4. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	27
ANEXOS.....	28
Anexo 1. Pulmão - Ilustração	29

1 INTRODUÇÃO

O Centro Federal de Educação TECNOLÓGICA – CEFET / SC, com sede em Florianópolis, Santa Catarina, possui uma Extensão da Educação em Saúde em Jaraguá do Sul, que oferece vagas para o Curso Técnico de Enfermagem. O Curso tem duração de dezoito meses, dividido em quatro fases, sendo a primeira somente teórica e as demais alterando teoria e prática.

Prestaram-se cuidados de enfermagem no antes, durante e após o parto, tanto a mãe como o recém nascido, bem como cuidados à criança e ao adolescente. Realizaram-se orientações junto a comunidade, através de trabalhos preventivos nos Postos de Saúde. Conheceu-se a organização administrativa de uma instituição de saúde e a supervisão dentro de um setor.

O estágio de Fundamentos de Enfermagem foi realizado no período de 16/07 a 29/08/2001 no Hospital Jaraguá e no Hospital São José, de Jaraguá do Sul.

O estágio de Fundamentos de Enfermagem foi realizado no período de 16/07/2001 a 29/08/2001, as técnicas foram supervisionadas pela Enfª Andréa no H.M. São José, e no H. Jaraguá pela Enfª Luciana. Aplicadas técnicas de diluição e administração de medicação, curativos; Realizado verificação de sinais vitais, além de cuidados integrais, tais como banho, troca do leito

Os estágios de Clínica Médica, UTI e Emergência foram realizados no período de 22/10/2001 a 18/12/2001. O de Clínica Médica, no H.M. São José foi supervisionado pela Enfª Luciana; O estágio em UTI pela Enfª Alessandra, também no H.M. São José. Neste período foram aplicados os cuidados de enfermagem em diversas patologias, com assistência a pacientes em estado grave e também

prestado atendimento na emergência do Pronto Socorro do H.M. São José com o acompanhamento da Enfª Deise.

No período de 04/03/2002 a 14/04/2002 realizou-se estágio na área de Clínica Cirúrgica no H.M. Jaraguá e no H.M. São José supervisionado pela Enfª Viviane e Alessandra, abordando-se os cuidados pré e pós-operatório. Neste mesmo período desenvolveu-se o estágio no Centro Cirúrgico no H.M. Jaraguá, acompanhado pela Enfª Daniela, no qual se incluíram atividades no C.M.E. (Central de Materiais e Esterilização), noções de instrumental básico, admissão e cuidados na S.R.P.A. (Sala de Recuperação Pós Anestésica) e visão das necessidades no ato cirúrgico.

Os estágios de Neonatologia e Obstetrícia realizaram-se de 08 a 16 / 22 , 23 , 29 e 30 de junho de 2002, na Maternidade Darci Vargas em Joinville, acompanhado pelas Enfªs Ondina Machado e Juraci Ticher, no qual se prestaram cuidados de enfermagem no antes, durante e pós-parto, tanto à mãe como ao recém nascido.

No H.M. Jaraguá foi realizado entre 08 e 17/07, estágio de Pediatria com enfoque na assistência e cuidados a criança e ao adolescente com a supervisão da Enfª Glória.

O objetivo do curso de Técnico de Enfermagem é de inserir um individuo que tenha conhecimento no mercado, que saiba como agir em situações de alento e necessidade.

Incluir, num
banquete, referências
do Estudo de caso

2 HISTÓRICO DO HOSPITAL E MATERNIDADE JARAGUÁ

Os primeiros Estatutos que descrevem a intenção da construção de um Hospital em Jaraguá do Sul, apontam para os meados de 1925.

A necessidade de amparo aos doentes e a dificuldade de encaminhá-los a outros distrito, levou alguns membros da Comunidade a levantar os meios e os recursos disponíveis para a efetivação da obra.

O Sr. Luiz Guenther, tabelião de notas de São Bento do Sul, contribui com uma renda líquida de sete contos de réis, para execução da obra.

O mesmo descreve:

Um edifício soberbo, edificado em ótimo local, onde existe uma água nascente de água potável de primeira qualidade, de construção leve, modesta, porém airoso e elegante, dotado de todo o conforto e instalações próprias ao fim que é destinado, o Hospital Jaraguá será mais um atestado de cultura e de esforço do seu povo, exemplo de energia e perseverança, virtude que tanto distingue e enobrece o elemento imigratório que se radicou no país (Documento datado de 23/08/1925)

Este local acima descrito começou a configurar-se em 1926, com a doação de um terreno pelo Sr. Jorge Czerniewicz com o único fim de servir a Comunidade, a construção de um hospital.

As festas e doações resultaram na construção de dois pavimentos numa área extensa, porém de difícil acesso, visto que na década de 20, os meios de transporte eram difíceis e a estrada de ligação para o morro dificultava a locomoção dos pacientes.

Além disso os recursos humanos eram escassos já naquela época, forçando os motoristas a entregar a administração à Instituição Religiosa.

A divisão administrativa constitui-se por cinco Conselheiros da Igreja Católica e cinco conselheiros da Igreja Luterana. Este conselho teve atuação destacada até o término da 2ª Guerra Mundial, quando houve acréscimo populacional e o Hospital Jaraguá não comportava o atendimento de toda a cidade. Inicia-se a fase de construção de um novo Hospital. Este de denominaria Hospital São José.

Em 1959 houve a mudança dos pacientes para o Hospital São José no centro da cidade, dirigido por Conselho da Igreja Católica. O intuito era não só mudar de local de assistência, como construir uma Igreja próxima ao Hospital dos religiosos.

Nos anos de 1964 e 1965 continuam as obras no Hospital no principio do ano de 1966 ganhou uma subvenção de Cr\$ 4.000,00 dos Senadores Antonio Carlos Konder Reis e Irineu Bornahusen.

No dia 27 de fevereiro de 1966, na presença do Governador de Santa Catarina Ivo Silveira e demais autoridades, foi inaugurado o Hospital e Maternidade Jaraguá.

O marco Histórico deste hospital resulta em desafios próprios de qualquer instituição. Porém, o aspecto curativo e os avanços tecnológicos operacionais resultaram em grande avanço para debelar as doenças que hoje afligem a nossa região.

3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

O paciente em estudo foi denominado como J.P; a data de internação registrada nos autos do hospital constava ser dia 12 de novembro de 2001, a forma de convênio restringia-se ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A unidade em que o paciente foi internado era na Ala Haake, leito numero 10.811.

Verificou-se também que o paciente era motorista de caminhão, sua idade era de 45 anos, pertencente ao sexo masculino, seu documento de identidade pertence ao número 1582..854.

Quanto ao estado civil ele era casado, de religião católica, morador da cidade de Jaraguá do Sul, município do estado de Santa Catarina.

Sua residência era na Rua João Planicheck s/nº, no bairro: Nova Brasília, cujo o CEP é 89.252-220.

Finalizando quanto a filiação do mesmo, registrou-se que a mãe denominava-se Judite S.P. e o Pai Luis R. P.

3.1 ANAMNESE

Paciente com algia torácica, tosse com escarro espesso purulento há dois anos, mais ou menos, sem antecedentes passados ou caso na família de câncer pulmonar.

Com drenagem torácica há duas semanas.

Paciente foi internado no começo do mês de outubro

3.2 EXAME FÍSICO

O paciente JP 108-1, tinha cabelos curtos claros., sua pele era oleosa sem presença de acne, seus olhos eram castanhos escuros, com um pouco de secreção. Quanto as Orelhas, tinham oceridade auditiva e, a audição estava boa.

No nariz havia apresenta de secreção nasal, na boca os dentes eram fixos e, em bom estado.

Na Região Cervical não havia presença de nódulos no pescoço. Tórax: sem presença de cicatriz, abdômen normal com presença de dreno na lateral direito, pele do corpo com aparência normal, pelos secos.

Nos membros superiores (M.M.S.S), verificou-se acesso venoso sem presença de edema ou de vacina BCG com unhas limpas e aparadas.

Nos membros inferiores (M.M.I.I.), presença de veias varicosas.

Os pés tinham presença de veias varicosas em poucas quantidades, unhas bem higienizadas.

Já na região pubiana, não houve apresentação de problemas, sendo que o mesmo nunca teria realizado exame de próstata.

3.3 DIAGNOSTICO PRINCIPAL – CÂNCER CEREBRAL

Paciente internado com muita dor torácica, tosse progressiva com presença escarros, depois de vários raios x.

3.4 DIAGNOSTICO SECUNDÁRIO – METÁSTASE PULMONAR – DERRAME PLEURAL

O paciente permaneceu com muita dor torácica e, eram dores ininterruptas, apresentava sintomas como muita dificuldade para deambular, tinha ainda anorexia e dispnéia.

3.5 EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente relata seus sintomas e, logo com raio X o diagnóstico, já é visível para a equipe, que depois da broncoscopia faz a drenagem torácica.

3.6 CONCEITO DA DOENÇA

O nome câncer abrange um vasto conjunto de doenças, caracterizadas por apresentarem um grupo de células que crescem sem controle algum. Geralmente, as células cumprem um ciclo de vida previsível, com células envelhecidas que morrem e outras novas que ocupam o seu lugar. Mas, em certos casos, multiplicam-se sem controle, formando tumores. Um tumor benigno não se propaga por outras regiões do corpo, mas, quando isto acontece, esse tumor primário é considerado canceroso ou maligno.

Nome dado a todas as formas de tumores malignos. A palavra vem do latim cancer, que significa caranguejo. Esse nome deve-se à semelhança entre as pernas do crustáceo e os tentáculos do tumor, que se infiltram nos tecidos saudáveis do corpo.

Os tumores ocorrem quando determinadas células de um organismo se multiplicam de maneira descontrolada, devido a uma anormalidade nos genes. Forma-se então um núcleo celular sólido e uma rede de vasos sanguíneos para sustentá-lo. E é através da corrente sanguínea ou linfática que as células malignas atingem outros órgãos e dão origem a novos tumores, num processo conhecido como metástase. Na maior parte dos casos, o câncer é uma doença de longa evolução. Até atingir o tamanho aproximado de uma azeitona, que é quando costuma ser diagnosticado, um tumor pode levar alguns anos. Existem mais de cem tipos de câncer, como o de pele, pulmão, mama, fígado, estômago, rim, ovário, cérebro, próstata, pâncreas e ossos. Cerca de 90% deles são curáveis se diagnosticados precocemente (no começo) e tratados de maneira correta.

O câncer causa a morte de mais de 4 milhões de pessoas por ano, em todo o mundo. E o de pulmão, responsável por 30% dos casos mundiais da doença. Os tumores responsáveis pelas maiores taxas de incidência e mortalidade no país são os de pulmão, estômago e próstata para os homens; e os de mama, estômago e colo do útero para as mulheres.

O câncer de pulmão é um tumor maligno que prolifera diretamente no tecido pulmonar ou se estende até o pulmão - através do fluxo sanguíneo ou linfático a partir de outro foco tumoral. Os tumores de mama, de rim, de cólon, de próstata, de

tireóide e de colo de útero geralmente fazem metástase no pulmão. O câncer primário de pulmão inicia-se com alterações celulares nas células do epitélio brônquico e pode invadir tecidos adjacentes antes de os sintomas se manifestarem. Existem muitos tipos de câncer de pulmão, mas basicamente podem ser classificados em câncer de células pequenas e de células não pequenas. Via de regra, o primeiro se propaga mais rapidamente do que o segundo.

O câncer de pulmão constitui o mais freqüente tipo de câncer entre os pacientes que morrem de câncer. Como em aproximadamente 70% dos pacientes a doença dissemina-se para os linfateios regionais e para outros locais no momento do diagnóstico, a taxa de sobrevivência é baixa. Foi sugerido que o carcinoma tende a surgir em locais de cicatrização previa (tuberculose, fibrose) no pulmão.

(C.A. Pulmonar)

Os quatro principais tipos celulares do câncer de pulmão *Que diferem de maneira significativa) são o epidermoide (celular escamosa), o carcinoma de pequenas células (célula em grão de areia), adeno carcinoma e carcinoma de células gigantes (indiferenciado). Muitos tumores contêm mais de um tipo celular. Os diferentes tipos celulares exibem diferentes comportamentos biológicos e apresentam dignificado prognóstico. Por conseguinte, diferentes condutas de tratamento podem estar indicadas para o tipos celular.

O estágio do tumor refere-se a extensão anatômica do tumor, disseminação para os linfonodos regionais e disseminação metástica. O estagiamento é realizado por diagnóstico tecidual, biopsia de linfonodos e mediastinoscopia. É importante na determinação de se a ressecção tumoral deve ser tentada. O prognóstico parece mais favorável para o epidermoide e para o adenocarcinoma, enquanto que os tumores indiferenciados e de células pequenas (célula em grão de areia) exibem prognóstico pior.

3.7 FISIOPATOLOGIA

O primeiro estudo pneumológico demonstrando a associação entre exposição ao asbesto e câncer de pulmão foi descrito em 1955, uma pesquisa com 1000 trabalhadores expostos que mostrou mais de 20 casos de câncer de pulmão(27). Selikoff (28) pesquisou 17.800 trabalhadores de isolamento térmico expostos à

crisotila e à crocidolita nos EUA e Canadá, encontrou 485 casos de câncer pulmonar onde o esperado era de 106 casos para não expostos, 174 casos de mesoteliomas pleurais e peritoniais onde o esperado era de zero casos para não expostos. A exposição a todos os tipos de fibras de asbesto está relacionada a um maior número de casos de câncer de pulmão em indivíduos expostos do que na população não exposta.

Diversas investigações apontam dados alarmantes quanto às estimativas de câncer para os próximos anos. Nos Estados Unidos da América do Norte, estima-se que até o ano 2010 aproximadamente 1,6 milhões de um total de 4 milhões de trabalhadores expostos a concentrações elevadas de asbesto morrerão de câncer ocupacional. Estas cifras não incluem as pessoas expostas não ocupacionalmente como esposa e filhos dos trabalhadores que inalam as fibras levadas nas roupas dos trabalhadores. Estima-se ainda que chegue a 67.000 casos de câncer por ano relacionados ao asbesto, cifra que representa em torno de 17% de todos os canceres detectados anualmente nos Estados Unidos(4). Segundo os informes da Organização Panamericana de Saúde(4), 20 a 25% de todos os trabalhadores expostos a grandes concentrações de asbestos morrerão de cancer de pulmão, 7 a 10% de mesotelioma pleural ou peritonal e 8 a 9% de câncer gastrointestinal (4).

O aparecimento do câncer depende de diversos fatores tais como idade, duração da exposição e provavelmente está relacionado a múltiplas causas. Frequentemente apresenta períodos de latência longo produzindo o câncer em idades tardias. Portanto nos países como o nosso, onde a taxa de mortalidade está abaixo dos 65 anos a expressão epidemiológica do câncer não aparece, entretanto produz taxas elevadas nos países desenvolvidos.

Suscitadamente, os eventos relacionados ao câncer podem percorrer diversas etapas. As duas principais etapas são a de iniciação, que corresponde a uma modificação do núcleo celular, sob o efeito de um agente carcinógeno e a promoção, produzindo na célula iniciada as modificações suplementares à nível de membrana celular que permite expressar-se posteriormente como uma célula tumoral(15, 29). É possível que diversos agentes atuem sobre a célula facilitando o efeito sinérgico das substâncias. O exemplo mais claro disto é a ação combinada entre o asbesto e o fumo na produção do câncer.

O período de latência normalmente é superior a 20 (vinte anos), entretanto parece existir uma certa relação dose resposta no surgimento do câncer pulmonar.

O tabagismo e o asbesto parecem ter uma interação atuando de forma sinérgica, o risco relativo para o aparecimento de câncer broncogênico é maior do que 50 vezes, comparado com não fumantes e não expostos(30). Além do potencial carcinogênico do asbesto ocorre um aumento da capacidade das fibras transportarem carcinógenos do fumo (fenômeno de absorção) (15).

O tipo histológico habitualmente é o adenocarcinoma. Cânceres em outras localizações também podem ocorrer com freqüência ligeiramente superior nos expostos ao asbesto, dentre eles temos: câncer de laringe, esôfago, estômago, intestino, rins, útero.

O câncer brônquico é dez vezes mais comum em fumantes que em não-fumantes, com a prevalência estando relacionada com a extensão temporal e com a intensidade do fumo. O carcinoma epidermoide, envolvendo o maio brônquio, é creditado como sendo quase inteiramente associado ao fumo intenso de cigarro (um maço ou mais por dia). Poucos casos desse tipo de câncer foram relatados e não fumantes. Por razões desconhecidas, a incidência de adenocarcinoma está crescendo mais rapidamente que a dos outros tipos.

O adenocarcinoma de brônquios periféricos não está associado a qualquer causa conhecida e ocorre igualmente em fumantes e não fumantes. Outro fator de risco é a exposição ocupacional ao asbesto, poeiras radicativas, arsênico e determinantes plásticos, isoladamente de em combinação com o fumo do cigarro.

3.8 SINAIS E SINTOMAS

Os sinais e sintomas dependem da localização e tamanho do tumor, do grau de obstrução e da existência de metástases para pontos regionais ou distintos.

O sintoma mais freqüente é a tosse, provavelmente por irritação pela massa tumoral. Com freqüência, ela é ignorada como uma tosse por cigarro. Começando como uma tosse seca, não produtiva, ela progride, posteriormente, até um ponto onde produz um escarro espesso, purulento, a medida que ocorre a infecção secundária.

3.9 INCIDÊNCIA E MORTALIDADE

Em virtude dos baixos resultados dos tratamentos utilizados, com respeito à sobrevida, as taxas de incidência e mortalidade no câncer pulmonar são praticamente idênticas.

Nos países desenvolvidos, observou-se um grande aumento da mortalidade por câncer pulmonar nos últimos 40 anos. Na Inglaterra, tal taxa elevou-se de 10/100.000 habitantes em 1930 para 70/100.000 em 1974. Nos Estados Unidos, a mortalidade em 1974 foi de 40/100.000 habitantes.

Embora não haja estatísticas confiáveis nos países em desenvolvimento, sabe-se que a mortalidade de câncer brônquico vem também aumentando de um maneira assustadora.

Em recentes estudos realizados no Rio Grande do Sul, foi observada uma incidência de 40/100.000 habitantes.

Nos EUA, o câncer brônquico é considerado como o 2º tipo mais freqüente de neoplasia nos anos 80.

Diversas condições têm concorrido para o aumento da incidência desta enfermidade:

- a) maior poluição individual – aumento do vício de fumar cigarros, principalmente entre as mulheres;
- b) maior exposição a agentes cancerígenos no ambiente profissional e na atmosfera dos grandes centros urbanos;
- c) maior duração da vida humana permitindo que um maior número de indivíduos atinja as faixas etárias preferências do câncer pulmonar;
- d) maiores facilidades de diagnóstico.

3.10 ETIOLOGIA

Os fatores associados à determinação do câncer brônquico são: o tabagismo, a poluição atmosférica, fatores profissionais, fatores genéticos e outras doenças.

3.10.1 Tabagismo

É o principal fator determinante do câncer, sendo que é o relacionado, principalmente, com o hábito de fumar cigarros, embora o charuto e o cachimbo também aumentam a incidência do câncer pulmonar;

Entre fumantes de cigarros, o risco guarda relação com a intensidade do consumo assim sendo, o risco de adquirir câncer brônquico dos fumantes em relação aos não fumantes é 32 vezes maior nos fumantes de mais de 25 cigarros/dia, 20 vezes maior nos fumantes de 15 a 24 cigarros/dia e de 8 vezes maior nos fumantes de 1 a 14 cigarros/dia.

Com o abandono do tabagismo, há uma queda no risco de adoecimento, atingindo-se cifras iguais às do não fumantes 5 anos após o abandono do vício.

3.10.2 Poluição Atmosférica

Há um claro aumento da mortalidade nas regiões urbanas comparado com as regiões rurais, mas acredita-se que este fator só tenha importância maior quando associado ao tabagismo.

3.10.3 Fatores Profissionais

Sabe-se que há maior mortalidade do carcinoma brônquico em trabalhadores de certas indústrias, embora isto contribua somente com pequena proporção da mortalidade total;

Os indivíduos que apresentam um risco aumentado em função da exposição no trabalho são aqueles que lidam com urânio, cromo, asbesto, níquel, arsênico e gás de mostarda.

3.10.4 Fatores Genéticos

Acredita-se que existam diferenças individuais na suscetibilidade aos carcinógenos determinados por fatores genéticos. Na prática, de pouca importância.

3.10.5 Doenças

Discute-se se a ocorrência prévia de outras doenças pulmonares poderia aumentar a incidência do câncer brônquico, principalmente pela observação do desenvolvimento de tumores em cicatrizes de tuberculose pulmonar em alguns casos.

As doenças que estariam relacionadas seriam a tuberculose, a bronquiectasia, o infarto pulmonar e a fibrose intersticial difusa;

Existe também uma freqüente associação entre DPOC e câncer brônquico em virtude destas entidades apresentarem em comum como seu principal agente o fumo.

3.11 CLASSIFICAÇÃO

O câncer brônquico pode ser classificado quanto à localização e ao tipo histológico da lesão.

Quanto á localização

a) *central* – quando envolve um brônquio principal ou lobar. Geralmente de manifestação clínica de tosse e expectoração com hemoptise, às vezes sangüínea ou manifestação conseqüentes a obstrução brônquica – pneumonia de repetição, abscesso ou atelectasia. A citologia do escarro tende a ser positiva mais próximo à traquéia. São geralmente visíveis à broncoscopia. São geralmente centrais o carcinoma epidermóide e carcinoma indiferenciado de pequenas células;

b) *periférica* – quando envolve pequenos brônquios além dos brônquios subsegmentares. Geralmente evoluem de maneira assintomática por longos períodos; são detectados em fase avançada ou constituem-se em achado radiológico. A citologia do escarro tende a ser negativa e normalmente não são visíveis à broncoscopia. São geralmente periféricos o adenocarcinoma e o carcinoma bronquicoloalveolar. O carcinoma indiferenciado de grandes células tanto pode ser central como periféricos sem predominância de localização;

c) *intermediário* – quando envolve brônquios segmentares e subsegmentares.

Sintomatologia variável, mas geralmente presente. Citologia tendendo a ser positiva. Não são visíveis ao broncoscópio rígido, mas o são ao broncoscópio flexível. Os tipos histológicos mais freqüentes são os mesmos da localização central.

Quanto ao tipo Histológico

a) *carcinoma epidermóide*

- também conhecido como escamoso ou malphighiano;
- represente 50 a 70% dos casos de carcinoma do pulmão;
- apresenta íntima relação com o hábito de fumar;
- localização preferencial central;
- em 10 a 20% dos casos surge necrose central com cavitação;
- pode atingir tamanho considerável sem metástase à distância, sendo de crescimento lento;
- tem a menor incidência de metástase por via hematogênica e linfática;
- suas metástases são geralmente por contiguidade para linfonodos hilares ou para parede torácica e pleura quando são periféricos.

b) *carcinoma indiferenciado de pequenas células*

- também conhecido como "oat-cell" ou avenocelular, embora isto represente, na realidade, em sub-tipo que corresponde a 90% dos indiferenciados de pequenas células;
- representa 5 a 20% dos casos de carcinoma de pulmão;
- representa íntima relação com o hábito de fumar;
- localização preferencial central
- é de crescimento muito rápido, sendo extremamente maligno;
- dá metástases precoces, tanto por via linfática quanto sanguínea.

c) *adenocarcinoma*

- representa 10 a 15% dos casos de carcinoma de pulmão;
- acredita-se, atualmente, que também esteja relacionado ao hábito de fumar, embora em proporção menor do que a dos dois anteriores;
- localização preferencial periférica;
- seu crescimento é intermediário entre o epidermóide e o indiferenciado de pequenas células;
- dá metástase por via sanguínea;
- a cavitação ocorre com menor frequência do que epidermóide e indiferenciado por grandes células;
- é o tipo mais comum associado ao desenvolvimento do câncer em cicatriz.

d) *carcinoma bronquíoloalveolar*

- representa menos de 10% dos casos de carcinoma pulmonar;
- não parece se relacionar com o fumo;
- localização preferencial periférica tendendo a desenvolver-se sobre as paredes dos alvéolos (há intensa controvérsia se a origem é nos bronquíolos ou alvéolos);
 - dá metástases por via sanguínea e linfática, geralmente restritas à cavidade torácica;
 - uma de suas características é a intensa produção de muco, levando clinicamente ao aparecimento de uma expectoração mucosa extremamente abundante;
 - macroscopicamente, pode ser um foco solitário (1/3) ou podem existir vários nódulos reunidos com formação difusa ocupando um segmento, um lobo, um pulmão, ou ambos.

e) carcinoma indiferenciado de grande células

- muito pouco freqüente;
- relacionado com o hábito de fumar;
- localização variável central ou periférica;
- crescimento rápido com metástase precoces por via linfática e sanguínea;
- cavitação é comum.

Existem outros tipos histológicos de tumores pulmonares, mas são quase raridades e por isto não serão abordados em nosso estudo.

3.12 QUADRO CLÍNICO

O paciente com câncer brônquico pode ser assintomático, sendo o diagnóstico presuntivo feito com base em um achado radiológico anormal. No entanto, 90% dos casos apresentam sintomas ou sinais indicativos do câncer brônquico.

A duração dos sintomas antes do diagnóstico varia em média em torno de 6 a 12 meses.

Podemos dividir as manifestações clínicas relacionadas com o câncer brônquico em manifestações respiratórias, manifestações gerais e manifestações extrarrespiratórias (para-neoplásicas, metastáticas e invasivas).

3.13 MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS

As manifestações respiratórias mais comuns do câncer brônquico são a tosse e a expectoração. Estas ocorrem em 75% dos pacientes com câncer brônquico, mas como a grande maioria deles é fumante e já apresenta um certo grau de bronquite crônica, estes sintomas passam geralmente despercebidos pelo paciente. Quando já há tosse e expectoração associados, por bronquite crônica, o dado mais chamativo de atenção deve ser a mudança de caráter destes sintomas. Todo paciente bronquítico que apresente um aumento súbito de expectoração deve ser considerado como suspeito de apresentar câncer. Os pacientes com o tipo bronquialveolar podem apresentar uma grande quantidade de expectoração mucosa.

A presença de hemoptóicos (escarros com raias de sangue) ocorre apenas em aproximadamente 30% dos pacientes. Constitui-se, porém, num sintoma de alarme para o paciente, fazendo com que este geralmente procure o médico. A hemoptise franca é rara no câncer brônquico.

A dor torácica quando ocorre pode ser do tipo pleural por pneumonia secundária ou por invasão pleural, ou do tipo contínua por invasão da parede costal com metástase para arcos costais.

A dispnéia ocorre quando há compressão de brônquios de maior calibre com atelectasia, quando há associadamente DPOC ou quando há derrame pleural, invasão linfática do pulmão ou paralisia diafragmática.

Dentro ainda do quadro de sintomatologia pulmonar devem chamar atenção para a ocorrência de: pneumonias de repetição num mesmo local, pneumonias, pneumonias de resolução lenta e de sibilos localizados em um hemitórax.

O exame físico quando não ocorrerem complicações ou metástases, é geralmente normal, podendo ocorrer diminuições discretas e localizadas do murmúrio vesicular respiratório e sibilos localizados.

Na presença de complicações com pneumonia, teremos os achados de uma síndrome de condensação e na presença de derrame pleural ou atelectasia, os achados destas síndromes.

Devemos sempre pesquisar no exame do tórax a presença de linfonodos supraclaviculares, que quando positiva indica metástase ganglionar.

3.14 MANIFESTAÇÕES GERAIS

São representadas por queixas de astenia, anorexia e emagrecimento. Geralmente indicam doença avançada. Febre também pode ocorrer por pneumonia decorrente de obstrução ou pela própria presença do tumor.

3.15 MANIFESTAÇÕES EXTRA-RESPIRATÓRIAS

As manifestações extrarrespiratórias podem ser divididas em paraneoplásicas, metastáticas e invasivas.

As manifestações paraneoplásicas são manifestações extra-respiratórias relacionadas com a presença de tumor, mas não com a presença de metástase, ou seja, desaparecem com a retirada ou tratamento do tumor. São agrupadas em síndromes e podem preceder em meses ou anos a evidência do tumor. As principais são:

a) *ósteomúsculoarticulares*

osteopatia pulmonar hipertrófica – baqueteamento dos dedos, periostite de ossos longos e edema doloroso das articulações e das extremidades dos ossos longos, com ou sem derrame articular;

b) miosite – fraqueza, atrofia e dor na musculatura das cinturas escapular e pélvica;

d) síndrome miastênica – fraqueza da musculatura proximal, principalmente em membros inferiores

e) *neurológicas* – dificuldade de levantar da cadeira.

f) Polineuropatia

g) Mielite subaguda

h) Degeneração cerebelar subaguda

i) *dermatológicas*

acanthosis nigricans – lesões de aspecto verrugoso e papilomatoso e de coloração escurecida principalmente em axilas, virilhas, região genital e pescoço.

j) *endócrinas*

k) síndrome de Cushing

síndrome carcinóide – flush, diarreia

secreção inadequada de HAD (hormônio anti-diurético)

secreção de gonadotrofina coriônica – leva a ginecomastia.

l) *circulatórias e sanguíneas*

flebite migratória

reação leucemóide.

As manifestações metastáticas são relacionadas geralmente a sintomas de acometimento cerebral, hepático, ósseo ou ganglionar, sítios para onde o pulmão dá metástase com mais frequência. Teríamos então vertigens, cefaléia, quadros de síndromes piramidais, alterações psicomotoras, hepatomegalia, dores ósseas e fraturas patológicas. O envolvimento ganglionar como é geralmente torácico (hilar, mediastinal ou supraclavicular) é considerado em conjunto com as manifestações respiratórias.

As principais manifestações conseqüentes à invasão de estruturas vizinhas ao pulmão são a paralisia diafragmática por invasão do recorrente laríngeo, pode apresentar edema de membros superiores, turgência jugular (tratada com radioterapia), a síndrome de compressão da cava superiores e a síndrome de Claude-Bernard-Horner por invasão do plexo simpático. Os principais achados da síndrome de compressão da veia cava superior são: aumento do volume do pescoço, turgência jugular permanente uni ou bilateral, edema de um ou ambos os braços e circulação colateral tipo cava ou esclavina. A síndrome de Claude-Bernard-Horner (dor no braço e no ombro) se relaciona com o tumor do extremo ápice pulmonar (também conhecido como sulco superior) que é denominado de tumor de Pancoast. Nesta síndrome encontramos enoftalmia, ptose palpebral e miose do lado do tumor, eventualmente com anidrose e hemiatrofia facial e freqüentemente com dor irradiada para o ombro e braço, sendo que as últimas podem apresentar isoladamente.

3.16 QUADRO RADIOLÓGICO

O exame radiológico do tórax é, até o presente momento, o principal auxiliar do médico no diagnóstico da neoplasia pulmonar, apesar das informações não terem caráter etiológico específico.

Quando o paciente com câncer pulmonar é visto pela primeira vez, geralmente há uma alteração radiológica presente. Raramente, o paciente está com sintomas respiratórios em virtude de pequeno tumor que não produza manifestação radiológica.

As imagens radiológicas mais observadas são:

- a) *nódulo pulmonar* (imagem arredondada até 6 cm);
- b) *massa tumoral* (imagem arredondada > 6 cm);
- c) *aumento hilar unilateral* (pelo próprio tumor ou do espaço entre o hilo e a borda do mediastino);
- d) *atelectasia* (segmentar, lombar ou total);
- e) *imagem cavitária* (geralmente de contornos irregulares internamente);
- f) *podem ocorrer menos comumente enfisema obstructivo unilateral, alargamento mediastinal, elevação unilateral do diafragma, derrame pleural e nódulos múltiplos* (bronquioloalveolar ou metástases).

3.17 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do câncer brônquico pode ser considerado como presuntivo ou de certeza. O diagnóstico presuntivo é feito com base nos dados clínicos de história e exame físico e exame radiológico do tórax..

O diagnóstico de certeza é obtido por confirmação citológica ou histopatológica da presença do tumor.

O diagnóstico citológico se baseia na pesquisa da presença de células neoplásicas no escarro ou material de lavado brônquico ou biópsia. A positividade varia de 60 a 70%, segundo a maioria dos autores.

O diagnóstico histopatológico é feito a partir de tecido pulmonar ou tecido de órgão de envolvimento metastático.

Os métodos mais utilizados para a obtenção do tecido pulmonar são (em ordem de invasividade do processo utilizado): biópsia transbronscópica, biópsia percutânea por agulha; biópsia através de microtoracotomia e biópsia através de toracotomia.

Os métodos que utilizam tecido não pulmonar são: biópsia de linfonodo periférico, biópsia pleural, mediastinotomia anterior com biópsia; mediastinoscopia com biópsia ganglionar e biópsia óssea ou hepática.

3.18 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

De acordo com a imagem radiológica de suspeita o diagnóstico diferencial deverá ser feito com:

- a) *pneumonia* (lembrar da pneumonia de absorção lenta)
- b) *tuberculose*
- c) *abscesso*
- d) *infarto*
- e) *metástase*
- f) *aneurisma*

Se o paciente com sintomas pulmonares for um fumante inveterado, o câncer de pulmão é suspeitado. A radiografia torácica é realizada para pesquisar a densidade pulmonar um nódulo periféricos solitário (lesão em moeda), atelectasia e infecção. O exame citológico do escarro fresco, obtido por tosse ou lavado brônquico, a partir de um brônquio sugerido é efetuado para pesquisar células malignas. A broncoscopia com um instrumento flexível de fibra ótica permite um estudo detalhado dos segmentos brônquicos e da provável extensão da cirurgia eletiva e a identificação da fonte das células malignas. A broncofibroscopia fluorescente é utilizada para detectar pequenos e precoces cânceres broncogênicos.

3.19 TRATAMENTO

A maior esperança de cura, com exceção do diferenciado de pequenas células, é a cirurgia.

A cirurgia está indicada para os tumores dos estágios 1, 2 e 3^a

Além das condições envolvidas nos estágios 3b e 4, são considerados ainda como contra-indicações cirúrgicas:

- a) *mau estado geral;*
- b) *doenças associados em fase de descompensação;*

- c) *função pulmonar acentuadamente alterada com elevadíssimo risco cirúrgico;*
- d) *idade acima de 70 anos (relativa);*
- e) *ausência de concordância por parte do paciente.*

No indiferenciado de pequenas células a terapêutica de eleição é representada pela quimioterapia anti-neoplásica.

A quimioterapia será utilizada, também, nos casos que podem ser submetidos a cirurgia.

A radioterapia é outra modalidade de terapêutica, sendo utilizada também quando não há condição, geralmente como paliativo para combater a dor ou hemoptise associada. Pode ser utilizada associadamente a quimioterapia. É importante medida, tendo indicação precípua na síndrome de compressão da cava superior.

A imunoterapia está também sendo desenvolvida no tratamento do câncer brônquico.

O objetivo do controle é fornecer a probabilidade máxima de cura. O tratamento depende do tipo celular,. Do estágio da doença e do estado fisiológico (particularmente do estado cardíaco e pulmonar) do paciente. Em geral, o tratamento pode envolver cirurgia, terapia com irradiação, quimioterapia e a imunoterapia, utilizados em preparados ou em conjunto.

3.20. EXAMES

Os exames realizados pelo paciente foram:

a) SANGUE

Creatina.....	1,2 mg/dl
Bilirrubina total.....	0,6 mg%
Bilirrubina direta.....	0,4 mg%
Bilirrubina indireta.....	0,2 mg%
Transaminase Piruvica.....	15u/ml
Transaminase Oscalacetica.....	12u/ml

Fosfatase Alcalina..... 171U/l
 Sangue – proteína C reativa quanti
 Positiva 86.5 mg/l.

b) MATERIAL DIVERSOS LÍQUIDO

Cor..... Amarelo
 Aspecto Turvo
 Coagulação ausente
 Glicose..... 52,0 mg%
 Proteínas 4,30 g/dl
 Citologia
 Linfócitos 47%
 Neutrófilos 40%
 Eosinófilos 3%
 Hemácias 52 / campo
 Células endoteliais 3 / campo
 Pesquisa de Baar negativo
 Bacterioscopia: raros bacilos gran negativos
 OBS.: Ph 8,0
 Contagem de Leucocitos = 900 mm³.

c) LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Eritrócitos	4,1
Hemoglobina	11.2
Hematócrito	35
Leucócitos	5300
Miclocitos	2
Metamilo	0
Bastão	0
Segmentado	68
Eosinófilo	10
Basófilo	0

Linfócito	20
Monócito	2
T.P.	14" 80%
RPZZ	38%
_Plaquetas	410 ml
Morfologia	
Série vermelha normal	
Série branca normal	
Série Plaquetária	
Plaquetas normais	

3.20.1 Tratamento Medicamentoso

O paciente foi orientado para uma dieta entre, sendo ministrado:

- a) Dieta Livre
- b) Kefazol 1g EV 8/8 horas.
- c) Garamicina 80 mg EV diluído 8/8 horas
- d) Antak 300 1 cp vo dia
- e) Vetak 1 cp V 12/12 horas
- f) Tramal 50 mg Vo 8 / 8 horas
- g) Profenid 1 comp EV diluído
- h) Belacodid 30 gotas V 8/8 horas.
- i) Nebulização c/ 3 ml Sf + 4 gts Berotec 4 vezes ao dia
- j) Cuidados de enfermagem

3.20.2 Garamicina / Gentamicina (Gentarem)

Descrição é um antibiótico

- Indicação - GARAMICINA Injetável é indicada para o tratamento de infecções causadas por uma ou mais cepas de bactérias sensíveis a este antibiótico.

- Os estudos clínicos têm demonstrado a eficácia de GARAMICINA Injetável em: Septicemia, bacteremia (incluindo sepsis neonatal); infecções graves do Sistema Nervoso Central (incluindo meningite); infecções do rim e do aparelho genitorinário (incluindo a pelvis); infecções respiratórias graves; infecções gastrointestinais; infecções da pele, ossos ou tecidos moles (incluindo queimaduras e feridas infectadas); infecções intra-abdominais (incluindo peritonite) e infecções oculares.
- Na sepsis Gram-negativa presumida ou comprovada, GARAMICINA Injetável pode ser considerada como o antibiótico de eleição para o tratamento inicial. Na sepsis presumida, quando se desconhece o microorganismo infectante, deve-se administrar GARAMICINA em associação com um antibiótico tipo penicilina ou cefalosporina. Depois de identificado o microorganismo e sua sensibilidade, deve-se continuar o tratamento antibiótico apropriado, baseado, também, na resposta clínica do paciente e na tolerância ao medicamento.
- Se há suspeita da presença de microorganismos anaeróbicos, deve-se associar a GARAMICINA Injetável um tratamento antimicrobiano adequado ou continuar-se o tratamento com outro antibiótico apropriado.
- GARAMICINA Injetável tem sido utilizada eficazmente no tratamento de infecções muito graves causadas por *Pseudomonas aeruginosa*, em associação com carbenicilina ou ticarcilina. Também tem-se mostrado eficaz quando usada em associação com um antibiótico tipo penicilina, no tratamento da endocardite causada por *Streptococcus* do grupo A. No recém-nascido com sepsis presumida ou pneumonia estafilocócica, tem-se indicado o uso concomitante da GARAMICINA Injetável com um antibiótico tipo penicilina.
- No período pré-operatório, pode-se iniciar a administração de GARAMICINA Injetável antes da cirurgia e continuá-la no pós-operatório, para o tratamento de infecções presumidas ou confirmadas devidas a microorganismos susceptíveis.
- A administração subconjuntival da GARAMICINA é recomendada para o tratamento da endoftalmite causada por cepas bacterianas sensíveis. Também utilizada, como profilático, em pacientes que irão se submeter a

cirurgia intra-ocular, principalmente se as culturas identificam germes Gram-negativos (utilize as apresentações de 20mg/ml ou 40mg/ml).

- GARAMICINA Injetável também pode ser administrada por injeção endotraqueal direta ou nebulização, como coadjuvante à terapia sistêmica no tratamento das infecções pulmonares graves (utilize as apresentações de 20mg/ml ou 40mg/ml).

3.20.3 Antak (Cloridrato De Ranitidina)

É indicado para Prevenção e tratamento de úlceras duodenais e gástricas, síndrome de Zollinger-Ellison, esofagite de refluxo, hemorragia intestinal alta, prevenção de pneumonite de aspiração, auxiliar no tratamento de artrite reumática.

As reações de hipersensibilidade à medicação, cirrose, amamentação, insuficiência hepática ou renal, gravidez, processos inflamatórios crônicos, menores de 16 anos, dieta com restrição de sal.

Fez-se uso simultâneo de drogas antiinflamatórias não esteróides, indivíduos submetidos à diálise, idosos, indivíduos debilitados.

Apresenta confusão mental, agitação, psicose, depressão, ansiedade, alucinações, desorientação, diarreia, tontura, dor de cabeça, sonolência, fadiga, dor articular, constipação intestinal, erupção na pele, hepatite, impotência, ginecomastia, vertigem, queda de pressão arterial, dor muscular.

O uso oral em adultos é de 150 mg duas vezes ao dia ou 300 mg ao deitar. Dose de manutenção de 150 mg ao deitar. Via intramuscular: 50 mg a cada 6 a 8 horas. Via intravenosa: administrar o equivalente a 50 mg cada 6 a 8 horas diluídos em 20 ml de veículo compatível para administração por tempo não inferior a cinco minutos. Infusão intravenosa: administrar o equivalente a 50 mg cada 6 a 8 horas diluídos em 100 ml de veículo compatível para administração por 15 a 20 minutos. Comprimidos efervescentes: dissolver em água e ingerir após dissolução total do comprimido.

Os antiácidos, sucralfato, procainamida, sulfoniluréia, warfarina, álcool, fenitoína, nifedipina, teofilina, cetoconazol, itraconazol, medicamentos depressores da medula óssea, diazepam.

Não se pode fumar durante o uso da medicação, não ingerir álcool, não operar máquinas pesadas, nem dirigir veículos se a medicação estiver afetando o

estado de alerta ou a coordenação da pessoa. Não inicie ou pare de tomar medicamentos sem orientação médica.

3.20.4 **Anotação De Enfermagem**

No dia 17 de novembro de 2001 o [aciente apresentou-se calmo lúcido refere algia torácico, aceita torácica. Aceita dieta oferecida. Mantém fencicloterapia MSD. Fluxo urinário presente.

No dia 18 de novembro de 2001 o paciente calmo lúcido bastante comunicativo refer leve algia torácica. Mantem fencicloterapia MSD, tem dificuldade para deambular, aceita dieta oferecida fluxo urinário presente, evacuação ausente.

SSVV PA 100/70 mmHg, P. 86 bcpm, R – 27 mrpm, T= 37 °C.

3.20.5 **Orientação e Educação**

Atenção especial é focalizada sobre as manifestações respiratórias da doença. E necessário o controle da vias aéreas para manter a permeabilidade, através da remoção de secreções de exudato. A medida que o tumor aumente, pode existir compressão sobre um brônquio ou comprometimento de uma grande área de tecido pulmonar, resultando em padrão de comprometimento respiratório e ma troca gasosa. A respiração profunda e tosse, a terapia com aerossol, a oxigenoterapia e a ventilação mecânica podem ser necessárias, quando existe comprometimento respiratório.

3.20.6 **Evolução Médica**

Paciente relata seus sintomas logo com raio x o diagnóstico já é visível para Dr. Cezar e Dr Geovane que depois da broncoscopia faz a drenagem torácica.

3.21. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de pulmão não é incomum no idoso: contudo, a presença de doença coronariana ou de insuficiência pulmonar pode se contra indicada para a intervenção cirúrgica. Se o estado cardiovascular do paciente e a função pulmonar forem satisfatórios, a cirurgia é, em geral, bem tolerada.

O câncer pulmonar secundário representa a disseminação (metástase) de tumores malignos de outros órgãos para o pulmão, seja através de vasos sanguíneos ou linfáticos.

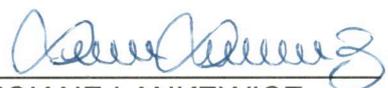
Os sintomas são raros, porém podem incluir emagrecimento, tosse, escarro com sangue e em casos avançados, falta de ar.

Baseado nos achados clínicos e na pesquisa de câncer em outros órgãos (como fígado, mama, próstata, rins, intestino grosso), a radiografia de tórax e a tomografia computadorizada de tórax são essenciais e revelam múltiplos nódulos nos pulmões, o mais freqüentemente. A biópsia confirma o diagnóstico de que o tumor veio de outro órgão.

Visa tratar o câncer primário, ou seja, aquele de onde se originaram os nódulos pulmonares. A remoção cirúrgica de um ou mais nódulos é factível em um número muito limitado de pacientes. Em geral, instituiu-se quimioterapia dirigida contra o câncer primário.

Quanto ao curso de que a Escola Técnica Federal promoveu, considera-se de suma importância todo o conteúdo aprendido em sala de aula, pois depois da realização deste estágio prático, viu-se como foi interessante e comprovadamente importante a teoria repassada pelos orientadores de sala e de prática de estágio.

Conclusão



LUCIANE LANKEWICZ

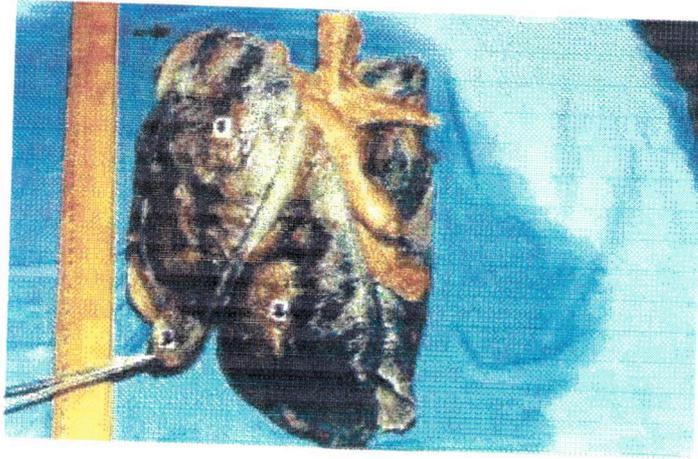
Separar conclusões
de anexos

4. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- MOREIRA, JS; PORTO, NS; GEYER, GR – Carcinoma Brônquico in: SILVA, LCC-Compêndio de Pneumologia, 2ª edição ,Fundo Editorial Byk, São Paulo .
- ABRA, Amianto / Saúde : atualização, Associação Brasileira do Amianto, agosto, 1993
- Coutinho,ZP; Castro, HA; Algranti, E; in: Bethlem, N; Pneumologia ; 40 edição, ed. Atheneu, cap. 43, 729 - 743, 1996.
- Ferreira, AS; Malacarne,M; Gabetto,JM; Costa, CM; Andrade,CRM; Alterações radiológicas de 27 pacientes expostos ao asbesto, V Congresso de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro, 1995.
- Castro, HA; Estudo de casos na industria textil, Relatório preliminar para a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro , mimeo, janeiro, 1997.
- Mendes, R; Carneiro, APS; Doenças respiratórias ocupacionais, in: Tarantino, Doenças Pulmonares; 40 edição, ed. Guanabara Koogan, cap.42, 807 - 835, 1997.
- Mendes, R; Bagatin, E; Doenças Pulmonares Ocupacionais II: Asbestose, Rev. Bras. Saúde Ocup. 19, pgs 214 - 227, 1990.
- Castro, HA; Lemle, A; Doenças Ocupacionais do Aparelho Respiratório, in: Vieira, SI, Medicina Básica do Trabalho; ed. Genesis, vol. III, cap. X, 259 - 307, 1995.
- Lemle, A; Provas funcionais respiratórias aplicadas à saúde ocupacional, in: Vieira, SI, Medicina Básica do Trabalho, ed. Genesis, vol. I, cap.VIII , 237 - 263, 1995.
- Pezerat, H; Les cancers professionnels; Seminario Franco-Brasileiro, USP, São Paulo, 1984.
- Algranti, E; As doenças ligadas à exposição ao asbesto, Rev. Bras. de Saúde Ocup., 55 (14), 1986.
- Gabetto, JM; Tomografia computadorizada de alta resolução na silicose, Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, UFRJ, 1993.
- Costa, JLR; Ferreira, VM; As doenças relacionadas ao asbesto (amianto), Rev. Bras. de Saúde Ocup., 47 , vol. 12, pgs 21 - 30, 1984.

ANEXOS

Pulmão - Ilustração



Pulmão esquerdo, vista lateral:

- 1) lobo superior;
 - 2) lobo inferior;
 - 3) língula do pulmão.
- Seta preta: ápice direito

Pulmão - Ilustração



Pulmão direito/vista lateral:

- 4) lobo superior;
 - 5) lobo médio;
 - 6) lobo inferior.
- Seta preta: ápice.
Seta vermelha: base (face diafragmática do pulmão).