

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

13 DEZ 2002 0260

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR**

REL ENF

0060

**CEFET-SC BIBLIOTECA**

CEFET - UE Joinville  
  
\*1620\* REL ENF 0060  
Relatório de estágio curricular

**RUDINEI GRITTI**

MAFRA

SETEMBRO DE 2002



## TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

A EMPRESA FUNDAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE SANTA CATARINA, FETESC, CGC/MF 80.485.212/0001-45, estabelecida em FLORIANÓPOLIS, representada pelo, **Sr. Ênio Miguel de Souza**, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a) **ESTAGIÁRIO(A) Rudnei Gritti**, 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 n° 6.494 de 07/12/1977 e n° 8.859 de 23/03/94 e Decreto n° 87.497 de 18/08/82.

**Art. 1° - O(A) ESTAGIÁRIO(A)** desenvolverá atividades dentro de sua área de formação, ficando certo que qualquer exigência estranha implicará configuração de vínculo empregatício.

**Art. 2° - A ETF/SC analisará** programa de atividades elaborado pela Empresa, a ser cumprido pelo ESTAGIÁRIO(A), em conformidade com as disciplinas cursadas pelo mesmo.

**Art.3° - O 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. Catarina Kuss	09/07/2001 a 08/11/2001
198 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	21/01/2002 à 31/05/2002
270 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	08/07/2002 à 30/10/2002

**Parágrafo 1° - Este período poderá ser prorrogado mediante prévio entendimento entre as partes.**

**Parágrafo 2° - Tanto a EMPRESA, a ESCOLA ou o (a) ESTAGIÁRIO(A) poderão, a qualquer momento, dar por encerrado o Estágio, mediante comunicação por escrito.**

**Art. 4° - 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. 5° - O(A) ESTAGIÁRIO(A) declara concordar com as Normas Internas da ETF/SC e da EMPRESA, propondo-se a conduzir-se dentro da ética profissional e submeter-se a acompanhamento de seu desempenho e aproveitamento.**

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

**Art. 7° - Nos termos do Art. 4° da Lei n° 6.494/77, o(a) ESTAGIÁRIO(A) não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a EMPRESA, ficando, aquele(a), segurado contra acidentes pessoais ocorridos durante o Estágio pela Apólice n° 36728 da Companhia **Sul América Seguros.****

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

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2001.

EMPRESA  
Assinatura e Carimbo

Rudnei Gritti  
ESTAGIÁRIO

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

Roni Regina Miquelluzzi  
Testemunha

Roni Regina Miquelluzzi  
RONI R. MIQUELLUZZI  
ENFERMEIRA  
COREN-SC 54068



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

**PROGRAMA DE ESTÁGIO**

Estagiário(a) Rudnei Gritti Matrícula: 0117119-0 Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.  
Supervisor na Empresa: Roni Regina Miquelluzzi COREN: 54068

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. Hospital São Vicente 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"><li>Fundamentos de Enfermagem</li><li>Clinica Médica - UTI e Emergência</li></ul>	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"><li>Clinica Cirúrgica - CME - C. Cirúrgico</li><li>Materno Infantil</li></ul>	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"><li>Materno Infantil</li><li>Saúde Pública</li><li>Administração</li><li>Psiquiatria</li></ul>	270 h

Estagiário(a)  
Assinatura

*Rudnei Gritti*

Supervisor na Empresa  
Assinatura e Carimbo

*Roni Regina Miquelluzzi*

**RONI R. MIQUELLUZZI**  
ENFERMEIRA  
COREN-SC 54068

Coordenador do Curso  
Assinatura e Carimbo

*Dedico com grande satisfação,  
aos meus pais e colegas de  
Trabalho, que sempre me  
apoiaram e incentivaram,  
possibilitando a realização  
de um sonho...*

## SUMÁRIO

	<b>LISTA DE SÍMBOLOS</b> .....	04
1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	05
2	<b>EMPRESA-HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO</b> .....	07
2.1	Histórico.....	07
3	<b>ESTUDO DE CASO-PNEUMONIA</b> .....	08
3.1	Apresentação.....	08
3.2	Anamnese.....	09
3.3	Exame Físico.....	09
3.4	<b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL-PNEUMONIA</b> .....	11
3.4.1	Conceito.....	11
3.4.2	Etiologia.....	12
3.4.3	Fisiopatologia.....	13
3.4.4	Sintomatologia.....	16
3.5	Exames realizados.....	17
3.6	Tratamento Clínico.....	18
3.7	Tratamento Medicamentoso.....	18
3.8	Assistência de Enfermagem.....	20
3.9	Orientação e Educação.....	21
3.9.1	Prevenção.....	21
3.10	Considerações Finais.....	23
4	<b>CONCLUSÃO</b> .....	25
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	26

## LISTA DE SÍMBOLOS

MMHG	MILÍMETRO DE MERCÚRIO
HSVP	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
ANOT:	ANOTAÇÕES
MRPM	MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS POR MINUTO
GTS	GOTAS
ML	MILILITROS
RX	RAIOS X
SV	SINAIS VITAIS
EV	VIA ENDOVENOSA
BCPM	BATIMENTOS CARDÍACOS POR MINUTO
GR	GRAMAS
SF	SORO FISIOLÓGICO
PA	PRESSÃO ARTERIAL
AP	ÂNTEROPOSTERIOR
P	PULSAÇÃO
T	TEMPERATURA
<	MENOR
>	MAIOR
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

## INTRODUÇÃO

Com a crescente competitividade do mercado de trabalho, a procura de mão-de-obra qualificada torna-se cada vez mais freqüente, sobressaindo-se aqueles que apresentam conhecimentos práticos e teóricos em áreas de atuação específica.

Sendo assim, o estágio curricular, como complementação do curso realizado na sala de aula, colocando em prática a teoria, torna-se parte muito importante no currículo do novo técnico.

Este trabalho tem como objetivo relatar as experiências desenvolvidas durante o período de estágio curricular, as quais se realizaram em diferentes empresas e campos diferentes.

No primeiro estágio, compreendido entre 09/07 a 07/08 de 2001, colocou-se em prática os fundamentos de enfermagem, onde se teve o primeiro contato com os pacientes e realizou-se as primeiras técnicas de enfermagem, com a supervisão da enfermeira Roni R. Miquelluzzi.

No estágio seguinte, além dos fundamentos de enfermagem, colocou-se também em prática os conhecimentos relacionados com a Clínica Médica, Emergência e U.T.I. Compreendeu o período de 01/10 a 08/11 de 2001.

No período de 21/01 a 13/02 de 2002, realizou-se o estágio de Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico e Central de Materiais Esterilizados, onde se prestou assistência a pacientes no pré-operatório, no trans-operatório e no pós-operatório. Aprendeu-se o funcionamento do Centro Cirúrgico e da Central de Materiais Esterilizados, onde todo material utilizado pelo hospital é preparado e esterilizado.

O próximo estágio foi o de Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria, onde se prestou assistência a gestante no pré-natal, no puerpério e aos recém-nascidos ainda na maternidade. Já no hospital desenvolveu-se cuidados em pediatria com crianças doentes e internas. Esse estágio foi realizado no período de 15/04 a 31/05 de

2002. Observou-se que esse foi o estágio curricular mais longo do curso Técnico de Enfermagem.

O estágio seguinte foi o de Saúde Pública, onde se aprendeu trabalhar com a prevenção das doenças, através das imunizações, da educação e informação da população. Compreendeu o período de 08/07 a 31/07 de 2002.

Devido a pouca estrutura com relação a campo de estágio e também da disponibilidade de supervisores, os estágios foram realizados em várias instituições, como: Hospital São Vicente de Paulo, Maternidade Dona Catarina Kuss, Hospital e Maternidade Bom Jesus de Rio Negro, Unidade de Atendimento Emergencial (U.A.E), Unidade Sanitária Central de Mafra, Posto de Saúde do bairro Bom Jesus em Rio Negro. Assim também os horários e datas foram modificados conforme a disponibilidade dos supervisores.

Realizou-se também, 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 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 pneumonia. Com este estudo se desenvolveu, através dos conhecimentos e de pesquisas, uma assistência de enfermagem específica.

**EMPRESA**  
**HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO**

2.1 HISTÓRICO

Há 52 anos foi inaugurado o “Hospital de Mafra”, na época o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo. Para o funcionamento do mesmo foi firmados um contrato com a Congregação das Irmãs Filhas da Caridade São Vicente de Paulo, proveniente de Curitiba, que designou três religiosas para direção do Hospital.

A preocupação com a excelência no atendimento e a conseqüente aquisição de máquinas e equipamentos vem sendo prioridade para a administração. Logo após sua inauguração na década de 50 o Hospital adquiriu um moderno aparelho de Raios-X, realizou melhorias na ala da Maternidade e instalou o Banco de Sangue.

No ano de 1972 o Estado de Santa Catarina inaugurou em Mafra a Maternidade Dona Catarina Kuss e o Hospital deixou então de oferecer serviços de Maternidade à população mafrense.

A década de 90 foi sem dúvida repleta de realizações. Uma nova ala com 15 apartamentos foi inaugurada, um novo aparelho de Raios-X foi adquirido, uma nova e moderna ala pediátrica foi entregue à população e no fim da década inaugurou a U.T.I. e o Pronto Atendimento Infantil 24 horas.

Atualmente o Hospital conta com 86 leitos disponíveis, dos quais 06 são da U.T.I., e com atendimentos de clínica geral, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e traumatologia, dermatologia, anestesiologia, oftalmologia, urologia, entre outros. O Hospital conta ainda com alguns serviços terceirizados como: laboratório, hemodiálise, fisioterapia, tomografia, endoscopia e ultra-sonografia.

## **ESTUDO DE CASO:PNEUMONIA**

### **3.1 APRESENTAÇÃO**

Este estudo foi realizado durante o estágio curricular de Clínica Médica, no período diurno de 22 de janeiro até 13 de fevereiro de 2002, sob a supervisão da Enfermeira Roni Miqueluzzi.

Observou-se um grande número de pacientes com problemas do sistema respiratório. Relacionou-se este fato com o clima que a região apresenta. Por este motivo resolveu-se desenvolver um estudo de caso sobre a pneumonia.

A pneumonia é no país ainda um grave problema de saúde pública. Isto se deve a inúmeros aspectos e dentre eles, ao fato de que a mesma não é de notificação compulsória. Ou seja, quando diagnosticada, não existe obrigatoriedade dos médicos de comunicarem a doença aos órgãos públicos. Assim a sua magnitude com relação às outras doenças e o número de novos casos é apenas estimada.

Mesmo com esta falha, estima-se que em nosso país 50% das infecções respiratórias são devido à pneumonia. Ela é considerada, portanto a primeira causa de morte no âmbito das doenças infecciosas. Outro dado relevante, é que a pneumonia é sem sombra de dúvida também, o primeiro motivo de consulta na faixa inferior aos 5 anos de idade e superior aos 65 anos.

Adquiriu-se, através da pesquisa, conhecimento e informação para uma assistência de enfermagem específica a essa patologia.

### 3.2 ANAMNESE

A paciente M.D.F., internada no quarto 37, leito A, é brasileira, de cor branca, com 51 anos de idade, natural da cidade de Itaiópolis, do sexo feminino, solteira e agricultora.

Em vários contatos com a paciente, a mesma relatou que já havia sido internada para realização de uma cirurgia de fêmur quando tinha 35 anos, e só voltou a precisar de atendimento médico no mês de setembro do ano passado, para o tratamento de uma pneumonia aguda.

Desde então a mesma referiu sentir fortes dores na região torácica e resolveu procurar um médico disponível em sua cidade, por sua vez a cidade de Itaiópolis disponibiliza apenas de clínico geral. O médico solicitou exames laboratoriais e radiológicos e após avaliar os exames e diagnosticar pneumonia brônquica, resolveu transferi-la para tratamento em Mafra com médico pneumologista.

Sua internação se deu no dia 22 de janeiro de 2002 para tratamento clínico e medicamentoso. Por tratar-se desta forma de tratamento a paciente precisou de 08 dias de internação para um bom acompanhamento médico e para que a antibióticoterapia fizesse o efeito desejado.

### 3.3 EXAME FÍSICO

A paciente M.D.F. apresentava-se em bom estado geral. Consciente, comunicativa, deambulando e com uma discreta dificuldade respiratória, presença de calafrios devido à febre. Referiu dor torácica apenas nos dois primeiros dias de hospitalização. Observou-se rubor na face, ausência de alguns dentes no maxilar inferior, punção venosa no membro superior direito para receber antibióticoterapia. Presença de tosse pouco produtiva, secreção “amarelo escuro” Aceitou bem a

dieta .Eliminações intestinais e vesicais presentes em quantidades e aspectos normais.

Aferia-se os sinais vitais todos os dias de 6 em 6 horas, e os valores encontrados merecem atenção:

Em 22 de janeiro de 2002, no dia de sua internação, apresentou:

a)P.A.=110 X 60 mmHG;

b) P =112 bcpm;

c) T =38°C;

d) R =20 mrpm.

No decorrer do dia, a paciente foi medicada e os sinais vitais apresentaram melhora, principalmente a temperatura que no final da tarde encontrava-se em 36,3°C.

Com o tratamento medicamentoso, a paciente manteve-se estável nos dias seguintes e em 30 de janeiro de 2002, dia em que a mesma recebeu alta, os seus sinais vitais apresentavam-se da seguinte forma:

a)P.A.=120 X 80 mmHG;

b) P =96 bcpm;

c) T =36,3°C;

d) R =18 mrpm.

### **3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL - PNEUMONIA**

#### **3.4.1 Conceito**

Pneumonia é a inflamação do tecido pulmonar, que pode ser causada por vírus e bactérias, além de outros microorganismos, como helmintos (vermes), protozoários, e fungos. A inalação de substâncias químicas e exposição a agentes físicos (como por exemplo, irradiação ionizante), também pode causar pneumonia, devido a uma resposta imune do organismo, atingindo o tecido pulmonar.

A pneumonia pode afetar um lobo pulmonar completo (pneumonia lobular) ou um segmento do lóbulo, os alvéolos próximos dos brônquios (broncopneumonia) ou o tecido intersticial (pneumonia intersticial).

A causa mais comum de pneumonia é a bacteriana. De todas elas, a mais freqüente é a produzida pelo *Streptococcus pneumoniae*. Outros microorganismos são os fungos ou microorganismos semelhantes às bactérias, como o *Mycoplasma pneumoniae*, mais comum em crianças maiores e adultos jovens. O mecanismo de contágio comum é pela inalação de gotículas de secreções contaminadas que chegam até os alvéolos, ou através do fluxo sanguíneo procedente de outros focos infecciosos.

A paciente M.D.F. apresentou a pneumonia do tipo bacteriana.

### 3.4.2 Etiologia

Quando a pneumonia começa a se desenvolver há um acúmulo de líquido nos alvéolos pulmonares - pequenos sacos formados por uma camada de células e recobertos por vasos capilares sanguíneos -, atrapalhando a entrada de oxigênio e a troca gasosa.

O contágio ocorre por via respiratória. Com a mudança brusca da temperatura, doenças respiratórias como gripe e bronquite podem transformar-se em pneumonia. Cerca de 20% dos casos de gripe, por exemplo, evoluem para pneumonia, principalmente se o sistema imunológico do indivíduo estiver enfraquecido.

Antes da chegada dos antibióticos, a pneumonia era a campeã das mortes. A mortalidade por pneumonia pneumocócica com bacteremia (presença de bactérias no sangue), era de 80%. Hoje está em torno de 20%, uma percentagem ainda alta. Esta mortalidade varia de acordo com o local onde é adquirida, com a idade e a presença ou não de doenças associadas. Em adultos com menos de 60 anos e mais de 17 anos, a taxa de mortalidade é menor que 1%. Mas em pacientes internados em UTI pode chegar a 60%.

Há condições que podem predispor ao aparecimento desta doença e algumas pessoas apresentam maior risco de contrair pneumonias. Essas pessoas são:

- a) pessoas idosas, pois as defesas do corpo diminuem com a idade;
- b) pessoas hospitalizadas por outras doenças;
- c) indivíduos com incapacidade de tossir, como as pessoas que sofreram um derrame;
- d) fumantes, pois a fumaça do cigarro paralisa os cílios das células que ajudam a limpar os pulmões e a eliminar as secreções repletas de germes;
- e) pessoas desnutridas, alcoólatras ou com infecções virais;
- f) pessoas com enfisema ou bronquite crônica;
- g) pessoas com anemia falciforme;

h) pessoas realizando tratamento com radioterapia ou quimioterapia, ou tomando medicamentos que diminuem as respostas do organismo. (Por exemplo: os corticóides.);

i) pessoas com AIDS.

### 3.4.3 Fisiopatologia

A pneumonia é uma inflamação dos alvéolos e dos tecidos de suporte, geralmente com acúmulo de líquido. Quando a pneumonia começa a se desenvolver há um acúmulo de líquido nos alvéolos pulmonares (pequenos sacos formados por uma camada de células e recobertos por vasos capilares sanguíneos), atrapalhando a entrada de oxigênio e a troca gasosa. O tipo mais comum é a pneumonia bacteriana, que é geralmente causada pelo pneumococo. A doença começa com uma infecção dentro dos alvéolos de uma parte dos pulmões. A membrana alveolar torna-se edemaciada e altamente porosa, a ponto de permitir que os eritrócitos e os leucócitos passem do sangue para os alvéolos e assim infectados progressivamente encham-se com líquido e células, e a infecção espalha-se à medida que as bactérias invadem outros alvéolos.

Especialistas no mundo inteiro criaram uma classificação de pneumonia que pudesse ser usada por todos e que diminuísse os índices de mortalidade e morbidade. Há então dois grandes grupos de pneumonias: as adquiridas na comunidade (PAC) e nos hospitais. Esta classificação é baseada no ambiente em que a infecção é adquirida e apresentam agentes etiológicos, fatores de risco e evolução clínica diferente. Esta forma de classificação permite uma abordagem terapêutica racional.

A evolução das PAC costuma ser benigna, quando o diagnóstico é precoce. Como em todos os subgrupos acima predomina o pneumococo, deve-se incluir

sempre uma droga contra este microorganismo, sendo que a mais usada é a penicilina. As pneumonias adquiridas na comunidade permanecem como importante causa de hospitalização e de morte. Estima-se que entre duas a 15 em cada 1.000 pessoas adquirem pneumonia por ano.

Embora o pulmão seja bem protegido contra a invasão de microrganismos, a infecção pode ocorrer, a pneumonia bacteriana surge quando os mecanismos de defesa do hospedeiro são insuficiente contra a agressão bacteriana aos pulmões. Os mecanismos mais freqüentes implicados na introdução de bactérias patogênicas no pulmão são aquelas aspiradas com a secreção da orofaringe e, menos importante, a inalação de bactérias transmitidas pelo ar (legionela). Os microrganismos que atingem os pulmões através da corrente sangüínea, podem produzir pneumonia, entretanto os efeitos sistêmicos ultrapassam em importância a pneumonia resultante deste processo.

As pequenas aspirações de secreção da orofaringe são, incomparavelmente, a via mais comum de introdução de patógenos no parênquima pulmonar, particularmente nas pneumonias de origem hospitalar. Os patógenos envolvidos das pneumonias bacterianas consistem, portanto, em microrganismos que aderem e colonizam a orofaringe do hospedeiro. Os microrganismos transmitidos de pessoa a pessoa, geralmente, depositam-se no nariz ou orofaringe, através de gotículas geradas pela tosse, espirro ou mesmo, através da fala.

As microaspirações ocorrem tanto em indivíduos normais, durante o sono, como em hospitalizados. Diversos fatores podem aumentar as aspirações, como doenças da orofaringe, intubação traqueal, sonda nasogástrica, traqueostomia e diminuição dos reflexos tosse. A freqüência e o volume de aspiração estão aumentados nos pacientes com alterações nos níveis de consciência.

Os microrganismos que são aspirados para os pulmões precisam em primeiro lugar colonizar o trato respiratório. Na via aérea superior, os microrganismos sofrem ação das secreções locais com uma variedade de fatores antimicrobianos, como a lisozima, lactoferrina, imunoglobulinas, complemento

entre outros, entretanto, o real valor biológico dessas substâncias permanece incerto. De significado maior é a remoção física, efetuada pelo movimento de secreções em direção à orofaringe e a subsequente deglutição. Na tentativa de resistirem à remoção física, os microrganismos fixam-se aos receptores celulares da mucosa do trato respiratório superior, por exemplo, *Streptococcus haemolyticus* liga-se a fibronectina, uma proteína que não é componente essencial da membrana celular, porém é adquirida normalmente por células da mucosa respiratória, após exposições às secreções. De outra forma, bacilos gram-negativos, como *Escherichia coli* e *Pseudomonas aeruginosa*, aderem em grande número às células do epitélio respiratório, somente após a fibronectina ser removida.

Felizmente, a eficiência do sistema mucociliar, quanto à remoção de bactérias, protege o pulmão do inoculo introduzido através do ar ou de pequenas aspirações. A propulsão das secreções em direção à boca é assegurada por batimentos ciliares, que chegam à frequência de 1.200 vezes por minuto.

As bactérias, que atingem a via aérea distal e os alvéolos, sofrem a ação de células fagocíticas, macrófagos e leucócitos polimorfonucleares. Caso não ocorra destruição do inoculo, um processo inflamatório será instalado rapidamente, caracterizando-se por edema intersticial e alveolar e influxo de polimorfonucleares do espaço intravascular.

Antes do uso de antibióticos, pacientes com pneumonia, muitas vezes melhoram em torno do sétimo dia da doença, ocorrendo o desaparecimento da febre e a recuperação do estado geral. Esse evento correlaciona-se como o desenvolvimento de anticorpos, que determinavam a recuperação de regiões consolidadas do pulmão.

#### 3.4.4 Sintomatologia

O quadro clínico da pneumonia bacteriana pode ser altamente variável, dependendo do período da doença em que o paciente procura assistência médica, da idade, da administração anterior de antibióticos, da presença ou ausência de defesa satisfatória do hospedeiro e da existência de fatores de risco para a disseminação da bactéria.

Geralmente, o início da pneumonia bacteriana é súbito e caracteriza-se pelo aparecimento de tosse, calafrios, febre alta (até 40°C), mialgias, taquipnéia, respiração superficial, taquicardia, fraqueza e com freqüência calafrios. No início a tosse pode ser produtiva, com escarro escasso mucopurulento ou com estrias de sangue, mais tarde (depois de 24 a 48 horas), pode tornar-se espesso, purulento, ou cor de ferrugem. Dor pleurítica é uma evidência clínica específica de que a pneumonia é provavelmente bacteriana.

O paciente com pneumonia bacteriana pode estar desidratado e hipotenso. É comuns a ocorrência de anorexia, náusea e vômitos. Se o paciente não for tratado, a doença que está inicialmente comprometendo um único lobo pode progredir para o comprometimento multilobar.

Com freqüência, pode ser obtida uma história de doença das vias aérea superiores ou de virose de ocorrência recente, que surge antes do aparecimento da pneumonia clínica, sobretudo durante os meses de inverno, quando a influenza é comum.

No idoso a febre às vezes não se manifesta e a tosse não é grave. Mas é comum a prostração, a irritação e a falta de apetite. Este grupo apresenta um maior índice de mortalidade e a família e os profissionais de saúde, devem ficar mais atentos.

A paciente M.D.F. apresentou dor torácica, febre, calafrios e tosse pouco produtiva.

### 3.5 EXAMES REALIZADOS

O médico da paciente M.D.F., após obter uma história compatível através do exame clínico, físico e da ausculta com estetoscópio, solicitou uma análise sanguínea (hemograma) e raios-x da região torácica AP e perfil.

Infelizmente por motivos de força maior não foi possível o acesso a esses exames e nem aos seus resultados. Em conversa com o médico o mesmo relatou que no hemograma mostrou leucocitose (número aumentado de leucócitos) e as radiografias revelou indícios importantes para a patologia bem como a sua distribuição e severidade.

Em certos casos, realiza-se uma cultura do escarro eliminado do pulmão, para que se possa identificar o agente causador; porém existem controvérsias sobre a avaliação apropriada do paciente com pneumonia em virtude de questões de sensibilidade, especificidade, custo e benefício. Tais problemas são basicamente criados pela presença de muitos microorganismos no trato superior e pela resultante contaminação das amostras expectoradas. Além disso, a maioria dos pacientes com pneumonia responde de modo satisfatório a esquemas com antibióticoterapia.

Outro método de coletar amostra de material para exames da periferia dos pulmões é a broncoscopia com fibra óptica que permite ao examinador conseguir amostras endobrônquicas que não foram contaminadas por secreções das vias aéreas próximas. As complicações do procedimento são raras, sendo que os principais fatores de limitação para realização desta técnica é o custo e o tempo.

A critério do médico estes dois processos citados anteriormente não foram utilizados no diagnóstico da patologia da paciente M.D.F.

### 3.6 TRATAMENTO CLÍNICO

Sabe-se que a terapia mais eficaz em todas as doenças é a eliminação dos fatores ou agentes que as causaram. O tratamento clínico realizado para paciente M.D.F. foi:

- a) repouso no leito, que pode ser na posição fowler ou semi-fowler para diminuir a dificuldade respiratória;
- b) ingerir líquidos em abundância para auxiliar na expectoração;
- c) manter o quarto da paciente arejado e com boa temperatura, não permitindo que a mesma venha a sentir frio.
- d) fisioterapia respiratória para auxiliar na remoção das secreções.

Juntamente com estes cuidados foram utilizadas medicações para alívio da dor e febre e antibióticoterapia.

### 3.7 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A prescrição do tratamento medicamentoso utilizado para a paciente M.D.F. foi o seguinte:

- a) Keflin 1 gr, via endovenosa, de 8 em 8 horas;
- b) Meticorten 20 mg, via oral de 6 em 6 horas;
- c) nebulização com 5 ml de soro fisiológico + 10 gotas de berotec.

Observa-se que a principal intervenção medicamentosa é a antibióticoterapia; porém antes de iniciar uma terapêutica antimicrobiana para uma infecção do trato respiratório, o médico deve avaliar se está realmente diante de uma infecção bacteriana. Com muita frequência, as infecções virais, principalmente do trato

respiratório superior são tratadas com antimicrobianos determinando custos desnecessários, efeitos adversos e seleção de resistência.

O keflin é um antibiótico, antibacteriano que tem como substância ativa a cefalotina, considerado de primeira geração. Não deve ser administrado em pacientes com reação alérgica prévia a penicilinas derivados da penicilina, penicilamina ou cefalosporinas. É utilizado para o tratamento de: endocardite bacteriana, infecção articular, infecção da pele e dos tecidos moles, infecção óssea, infecção perioperatória como profilaxia, infecção urinária, septicemia e pneumonia. Pode causar reações como candidíase oral com o uso prolongado, dor abdominal severa ou dor e cólicas no estômago, abdome sensível ao toque, diarreia aquosa severa que pode se transformar em sanguinolenta, diminuição da protombina no sangue e raramente poderá causar anemia, convulsões, disfunção renal, dor articular, erupção na pele, reações alérgicas e tromboflebite.

Já o meticorten é um antiinflamatório esteróide, corticosteróide, imunodepressor, que serve para combater inflamações severas em doença reumática, dermatológica, alérgica, hematológica, neoplásica, oftálmica e respiratória. Tem como substância ativa a prednisona. As reações que o produto pode causar são: aumento da necessidade de insulina e hipoglicemiantes orais para diabéticos, aumento da pressão arterial, aumento da pressão intracraniana, aumento da sudorese, choque anafilático, convulsões, diarreia, depressão, dor de cabeça, distensão abdominal, euforia, fraqueza muscular, insônia, irregularidade menstrual, irritabilidade, mudança de humor, náusea entre outras.

Na nebulização é comum o médico prescrever uma ou mais medicações para diluir em 5 ml de soro fisiológico, neste caso o medicamento escolhido foi o berotec, que é um broncodilatador. Sua substância ativa se chama feneterol e é utilizado para tratamento de asma brônquica, bronquite crônica, enfisema pulmonar, bronquite obstrutiva e afecções do trato respiratório que necessitem de broncodilatação. Existem algumas recomendações quanto ao seu uso, não deve ser

utilizado em pacientes com infarto recente do miocárdio, mulheres amamentando, taquiritimia e estenose da válvula aórtica. Suas reações mais comuns são: angina do peito, dor de cabeça, fadiga, inquietação, palpitação (taquicardia), secura na boca, sudorese, tremores dos dedos das mãos e vertigem.

A paciente M.D.F. não relatou nenhum desconforto relacionado à medicação.

### 3.8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

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

a) administraram-se as medicações conforme prescrição médica, contribuindo assim para a resolução do tratamento;

b) observou-se a punção venosa, ficando atenta para que não ocorresse a formação de soromas ou flebites;

c) observou-se o correto gotejamento das medicações endovenosas;

d) auxiliou-se na administração dos tratamentos de nebulização;

e) observou-se os dados referentes ao aspecto, quantidade e viscosidade das secreções produzidas pela tosse;

f) controlou-se os sinais vitais, observando-se a presença de alterações principalmente com relação à temperatura e uma possível hipotensão;

g) deixou-se sempre próximo à escarradeira e papel toalha por causa da expectoração;

h) auxiliou-se a paciente na higiene e conforto;

i) realizou-se as anotações de enfermagem.

### 3.9 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO

As orientações prestadas à paciente M.D.F. foram:

- a) orientou-se para a ingestão de líquidos por causa da febre, respiração e secreções;
- b) orientou-se a respirar profundamente e tossir para que ocorra a expectoração;
- c) orientou-se quanto ao clima da região, para que não saísse em dia de muito frio, com pouco agasalho e para evitar submeter-se a mudanças bruscas de temperatura, mantendo sua casa em uma temperatura agradável;
- d) orientou-se para tomar os remédios prescritos após a alta, nas dosagens indicadas, explicou-se o quanto é importante a medicação no horário correto;
- e) orientou-se quanto à importância da alimentação para que o organismo não enfraqueça diminuindo as defesas imunológicas e servindo assim de porta de entrada para microorganismos patogênicos;
- f) orientou-se quanto à prevenção através da vacinação.

#### 3.9.1 Prevenção

Atualmente existem vacinas que podem ajudar na prevenção das pneumonias. Entre elas, a vacina contra pneumococos. Esta vacina, que inclui 23 cepas do pneumococo deve ser repetida a cada cinco anos. Mas a proteção para este tipo pneumonia não é de 100%. Além disto às pneumonias podem ser causadas por outras bactérias contra as quais ainda não há vacina, tais como bactérias intestinais e estafilococos.

A vacina protege contra as formas mais graves de doença (pneumonia, meningite e sepse). Além disso, diminui a transmissão de uma pessoa para outra, o que é importante em asilos para idosos (ou ambientes semelhantes).

Certos grupos podem ser mais beneficiados pela utilização da vacina contra pneumococos, entre eles estão:

a) pessoas com mais de 65 anos, principalmente se residirem em asilos ou casas de apoio a idosos;

b) crianças com mais de 2 anos que apresentem condições que predisponham (direta ou indiretamente) às infecções pneumocócicas recorrentes;

c) os portadores de bronquite;

d) esplenectomizados (que sofreram extração do baço);

e) diabéticos;

f) pacientes com insuficiência cardíaca, hepática ou renal;

g) pacientes portadores de leucemia;

h) portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV);

i) os militares e os atletas.

Para a maioria das pessoas é indicada apenas uma dose da vacina. Uma segunda dose está indicada apenas em pessoas com imunodeficiência, que têm um risco muito alto de doença grave por *S. pneumoniae*. Esta segunda dose deve ser administrada cinco anos após a primeira.

A vacina pode dar algumas reações, mas geralmente de pequena gravidade. As mais comuns são: dor, vermelhidão e inchaço que ocorrem no local de aplicação da vacina e nas primeiras 72 horas após aplicação. A febre é incomum e reações alérgicas graves são muito raras.

Há também a vacina contra o vírus da gripe, que ao ser aplicada nos mesmos grupos acima pode proteger não só contra a pneumonia causada diretamente por este

vírus, mas ainda, ajuda a impedir que esta infecção, que enfraquece o sistema imunológico, abra espaço para as pneumonias causadas por outros microorganismos

A vacina contra gripe deve ser feita uma vez ao ano, de preferência no outono, é anual porque pode haver mutação do germe de um ano para o outro. Pode causar algumas reações, que são geralmente desprovidas de gravidade. As reações mais comuns são: dor, vermelhidão e enrijecimento no local de aplicação, que ocorrem nas primeiras 72 horas após a vacinação. A febre ocorre em menos de 1% dos casos. Acredita-se que essas reações estejam associadas aos componentes vacinais, principalmente à proteína do ovo de galinha (que é utilizado na produção da vacina). É essencial que as pessoas que tenham história de alergia a alguma vacina, ao ovo ou a proteínas de galinha, informem o fato ao profissional de saúde, antes de receber a vacina. Raramente ocorre dor em trajetos de nervos (neuralgia) e sensação de dormência (parestesia) e fraqueza muscular.

A vacina está contra-indicada sempre que houver história de reação alérgica grave à vacina contra a gripe, ou a algum de seus componentes. Deverá ser adiada nos pacientes com doenças ainda sem diagnóstico, assim como nos pacientes com doenças crônicas não controladas.

### 3.10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na qualidade de aluno do curso técnico de enfermagem, tentou-se prestar uma assistência de enfermagem completa e passar para a paciente as informações e orientações colhidas através de pesquisas e contatos com médicos e enfermeiras, no que diz respeito ao seu tratamento e patologia.

Porém não se pode deixar de citar aqui observações, que foram feitas ao longo do período em que se manteve contato com a mesma.

Tamanha a indignação com relação à assistência médica que a ela foi prestada. Foram tão poucos os cuidados prescritos, as visitas médicas e os exames realizados pelo menos para confirmação do agente etiológico para confirmação do antimicrobiano adequado, que faltaram recursos para obter um estudo de caso mais completo e detalhado.

Desta forma, mostra-se revolta com alguns “doutores” que não se preocupam dignamente com a saúde daqueles que infelizmente não possuem informação e nem tão pouco sabem dos seus direitos de cidadãos ou daqueles que de alguma forma são desprovidos de bens materiais.

Não se pode ainda deixar de citar a importância da ajuda da paciente em seu tratamento, colaborando com os procedimentos de enfermagem e seguindo as orientações. No último contato que se teve com a mesma, observou-se considerável melhora, com certeza por sorte do médico, com ajuda da paciente, a colaboração da enfermagem e a força de Deus.

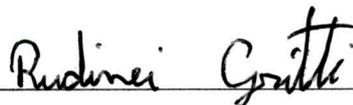
## CONCLUSÃO

Para crescer e melhorar, necessita-se de muito trabalho, pesquisa, dedicação e esforço em tudo que se realiza, visando qualidade, segurança e reconhecimento.

No decorrer de todo o período do curso Técnico de Enfermagem, com o auxílio de professores, supervisores, dos colegas e dos profissionais das instituições por onde se passou para realização dos estágios; obtiveram-se conhecimentos, adquiriu-se experiência, recebeu-se críticas e elogios merecidos, resultando tudo em um grande crescimento pessoal e profissional.

Tem-se agora a certeza de que possamos seguir adiante, confiantes para conquistar novos horizontes e alcançar todos os objetivos como pessoa e como profissional de enfermagem.

Mafra, 28 de setembro de 2002



Assinatura

## REFERÊNCIAS

- 1 SMELTEZER, Suzanne.-BARE, BrendaG.**Brumer de Suddarth -tratado de enfermagem médico-cirúrgico** 8. Ed.Guanabara/Koogan.
- 2 \_\_\_\_\_.-**Revista comemorativa. 50 anos do Hospital São Vicente de Paulo.** Mafra, 2000.
- 3 FURTADO, Elizabete.; MAGINES, Janeth da Cunha.; TISCHER, Juraci Maria.; MACHADO, Ondina.; FLÔR, Rita de Cássia.-**Enfermagem médica.** Joinville, 2000, apostila Curso Técnico de Enfermagem, CEFET.
- 4 RUIZ, Milton Arthur.-Disponível em <http://www.miranet.com.br>. Acesso em 16 de agosto de 2002.
- 5 FERNANDES, Guilherme Cortes.;MARTINS, Fernando.;CASTÑEIRAS, Terezinha Martha.-Disponível em. <http://cives.ufri/cva/vacina>.
- 6 \_\_\_\_\_-Disponível em <http://www.portugueses.salutia.com.br/vida>. Acesso em 20 de agosto de 2002.
- 7 \_\_\_\_\_.-Disponível em.<http://saudebrasilnet.com.br/revista>. Acesso em 17 de agosto de 2002.
- 8 \_\_\_\_\_.-Disponível em.<http://www.lincx.com.br/lincx/orientação/doenças>. Acesso em 11 de agosto de 2002.
- 9 \_\_\_\_\_Disponível em,<http://www.pneumoclin.com.br>. Acesso em 11 de agosto de 2002.