

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

04488

fo 20 10 ASCL

CEFET - UE Joinville



\*1624\*

REL ENF

Relatório de estágio curricular

0064

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR**

REL ENF  
0064

26 JUN 2003 0304

CEFET-SC BIBLIOTECA

Approved  
em 17/06  
Net

ROSANE RESSEL BECKER

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) **Rosane Ressel Becker**, matriculado(a) na 2ª, 3ª e 4ª fase do Curso Técnico de Enfermagem cód.( 59 ) e a ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA, representada pela Técnica em Assuntos Educacionais, **Valéria Magalhães Rodrigues**, na qualidade de Coordenadora do Serviço de Integração Escola- Empresa, SIE-E, acertam o seguinte, na forma das Leis nº 6.494 de 07/12/1977 e nº 8.859 de 23/03/94 e Decreto nº 87.497 de 18/08/82.

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

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

**Art.3º** - O Estágio será de 756 (Setecentas e cinquenta e seis) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

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

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

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

**Art. 4º** - Pelas reais e recíprocas vantagens técnicas e administrativas, a EMPRESA designará como Supervisor interno de Estágio o(a) Sr(a). **Roni Regina Miquelluzzi**, ao qual caberá a orientação e a avaliação final do ESTAGIÁRIO(A).

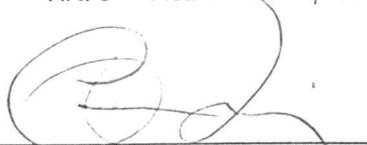
**Art. 5º** - O(A) ESTAGIÁRIO(A) declara concordar com as Normas Internas da ETF/SC e da EMPRESA, propondo-se a conduzir-se dentro da ética profissional e submeter-se a acompanhamento de seu desempenho e aproveitamento.

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

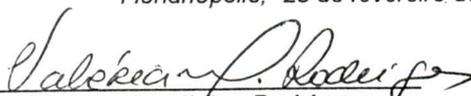
**Art. 7º** - Nos termos do Art. 4º da Lei nº 6.494/77, o(a) ESTAGIÁRIO(A) não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a EMPRESA, ficando, aquele(a), segurado contra acidentes pessoais ocorridos durante o Estágio pela Apólice nº 36728 da Companhia **Sul América Seguros**.

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

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2001.

  
EMPRESA  
Assinatura e Carimbo

  
ESTAGIÁRIO

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

  
Testemunha



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

**PROGRAMA DE ESTÁGIO**

Estagiário(a) Rosane Ressel Becker Matrícula: 0117087-7 Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2° 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>Clínica Médica – UTI e Emergência</li></ul>	288 h <del>194</del>
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>Clínica Cirúrgica – CME –C. Cirúrgico</li><li>Materno Infantil</li></ul>	198 h <del>214</del>
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 <del>11</del>

Rosane R. Becker  
Estagiário(a)  
Assinatura

Roni R. Miquelluzzi  
RONI R. MIQUELLUZZI  
ENFERMEIRA  
COREN-SC-54068  
Supervisor na Empresa  
Assinatura e Carimbo

Coordenador do Curso  
Assinatura e Carimbo  
Rosane Aparecida do Prado  
ROSEANE APARECIDA DO PRADO  
GERENTE EDUCACIONAL DE  
JOINVILLE - ETFSC

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>02</b>
<b>2</b>	<b>EMPRESA – HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO.....</b>	<b>04</b>
2.1	Histórico da Empresa.....	04
<b>3</b>	<b>ESTUDO DE CASO – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.....</b>	<b>06</b>
3.1	Apresentação.....	06
3.2	Anamnese.....	06
3.3	Exame Físico.....	07
3.4	Diagnóstico Principal – Lúpus Eritematoso Siastêmico.....	08
3.5	Conceito.....	08
3.6	Etiologia.....	08
3.7	Exames Complementares.....	09
3.8	Sintomatologia.....	11
3.9	Tratamento.....	12
3.9.1	Tratamento Utilizado pela Paciente.....	15
3.10	Órgãos que podem ser acometidos com o desenvolvimento da doença.....	17
3.10.1	Problemas Sistêmicos.....	17
3.10.2	Problemas Musculoesquelético.....	17
3.10.3	Pele e Mucosa.....	18
3.10.4	Olhos.....	19
3.10.5	Sistema Gastrintestinal.....	20
3.10.6	Fígado.....	20
3.10.7	Coração.....	21
3.10.8	Pulmão.....	21
3.10.9	Sistema Nervoso.....	21
3.10.10	Doença Renal.....	22
3.10.11	Menstruação e Gestação.....	23
3.11	Cuidados de Enfermagem.....	24

3.12	Considerações Finais.....	25
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>26</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>27</b>
	ANEXO I - Hemograma.....	28
	ANEXO II - Exames Laboratoriais.....	29
	ANEXO III - Laudo da Urografia.....	30
	ANEXO IV - Ilustração de Órgãos Acometidos.....	31
	ANEXO V – Ilustração de Órgãos Acometidos.....	32
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo fornecer-nos bases para fundamentação de nosso trabalho, propondo novos padrões comportamentais e éticos para compreendermos a importância da realização do estágio curricular, bem como as experiências vivenciadas durante o período de observação.

Este estágio teve a sua realização no Hospital São Vicente de Paula, que iniciou em 09/07/2001 a 07/08/01. A disciplina de Fundamentos da Enfermagem foi a primeira etapa importante, onde pudemos perceber o que realmente queremos na área profissional.

Os estágios de Clínica Médica, UTI e Emergência ocorreram no período de 01/01/2001 a 08/11/2001, em que percebemos que a nossa vida é muito valiosa, porque a partir do momento que entramos em um hospital nos deparamos que não somos nada, dependemos da capacidade dos outros, para cuidar do emocional e do espiritual, há situações que nos chocam, mas os professores são pessoas sensíveis que sabem o que falar e nos dão coragem para continuarmos.

Nestas disciplinas adquirimos conhecimentos teóricos e práticos e um pouco de agilidade, nas outras disciplinas nos sentimos à vontade. Em Clínica Cirúrgica, Central de Materiais Esterilizados e Centro Cirúrgico, iniciamos o estágio em 21/01/2002 a 13/02/2002 no Hospital São Vicente de Paula e Maternidade Dona Catarina Kuss, onde nos orientaram da importância da assepsia e anti-sepsia e os cuidados para não adquirirmos infecção hospitalar. O estágio Materno-Infantil foi em 15/04/2002 a 31/05/2002, na Maternidade Dona Catarina Kuss, em que vimos os cuidados especiais com os recém-nascidos sem defesa e sem anticorpos. A partir do momento que iniciam a sugar o Colostro de leite materno já recebem as suas defesas. Temos a sensação de que qualquer movimento pode machucar o recém-nascido, porém para tudo tem a técnica correta.

Em Saúde Pública que iniciou em 08/07/2002 a 31/07/2002 onde pudemos fazer planos de como ajudar as pessoas carentes que vivem em comunidades pobres, os professores como sempre nos ajudaram a pensar em possíveis soluções e orientações.

Em Administração que ocorreu no período de 02/09/2002 a 09/09/2002 no Hospital São Vicente de Paulo, sob a supervisão indireta da Enfermeira Graciele de Matia. O objetivo deste estágio foi conhecer o funcionamento de um setor de enfermagem dentro de um Hospital.

O último estágio a ser realizado foi de Psiquiatria, nos dias 18, 19 e 20 de setembro, em Porto União, onde pudemos observar pacientes com distúrbios psíquicos e neurológicos.

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 Lúpus Eritematoso Sistêmico. Este estudo se desenvolveu, através dos conhecimentos e de pesquisas, uma assistência de enfermagem específica a estas patologias.

**EMPRESA**  
**HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO - MAFRA**

## 2.1 HISTÓRICO

Este estudo de caso foi realizado no HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, na cidade de Mafra SC. o qual foi fundado em 30 de Julho de 1950, contando com 68 leitos e registrando em seu primeiro ano de funcionamento, 1204 internações. Desde a inauguração do Hospital São Vicente de Paulo, a preocupação com a excelência no atendimento e a conseqüente aquisição de máquinas e equipamentos de última geração, aliado a qualificação de seu capital humano, vem sendo prioritária para a administração.

Já entre os anos de 1956/7 era instalado o Banco de Sangue do nosocômio, ao tempo em que se adquiria uma nova mesa de cirurgia, com empenho reconhecido do médico Diniz Assis Henning. Antes disso, em 1954, o Hospital adquiria um moderno aparelho de Raios X importado, um dos primeiros do estado e, ainda efetuava melhorias em sua ala de Maternidade e na sala de cirurgia. Foi o ano de 1945 também que se iniciavam os trabalhos visando à construção de uma nova ala no nosocômio, a qual foi inaugurada em 1963, seguida da conclusão de uma Capela, e em 1965, de outra nova ala que veio obrigar as salas de recuperação e dos médicos, vestiários, salas de cirurgia e outros.

Numa nova ala, a inauguração de enfermaria pediátrica especialmente para os mais carentes. Ainda foram providenciadas outras reformas de diversas alas e salas.

Foi comemorado no dia 30 de Julho de 1975, as Bodas de Prata da Instituição, quando grande parte da população foi contemplada com a edição de uma revista comemorativa que contava com a história do hospital desde a sua fundação. Em 1978 um novo projeto de ampliação era encaminhado ao Ministério da Saúde, visando maior comodidade aos pacientes que do mesmo se utilizavam. Faz parte da história deste Hospital um grande prejuízo ante o não repasse de 5 anos do convênio firmado com

Funrural, quando então foi encetada uma grande campanha visando a admissão de novos sócios para a Associação, redução drástica das despesas e a rifa de um automóvel, quando então permitiu a colaboração de toda a população e do empresariado local que, juntamente com a diretoria, não só propiciaram a continuidade das atividades do Hospital, mas o seu subsequente crescimento.

Nos dias 7 e 8 de Setembro de 1985, no intuito de obter recursos que viessem sanas as dificuldades financeiras do Hospital, uma grande festa foi realizada no pátio do Santuário Nossa Senhora Aparecida, onde novamente a solidariedade e o espírito participativo da comunidade e do empresariado foi importante. Ainda naquele ano, uma rifa realizada em parceria com a APE, Lar dos Velhinhos e Funorte, angariou fundos para o nosocômio. Um cheque de C\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil cruzeiros) foi entregue por integrantes do Rotary Clube local, também veio em 1985, a amenizar as dificuldades do Hospital São Vicente de Paulo. Assim, o Hospital novamente começou a investir em melhorias, fechando aquele ano com saldo positivo em caixa.

São 50 anos de excelência no atendimento, "50 anos a serviço da vida e da esperança", que foram completados em 30 de Julho de 2000. São 50 anos de parceria entre a Associação São Vicente de Paulo, diretoria do Hospital, funcionários colaboradores, comunidade e empresariado local, além dos apoios recebidos das esferas públicas municipal, estadual e federal.

Em área construída de 6.486,55 m<sup>2</sup>, o Hospital São Vicente de Paulo conta atualmente com 86 leitos disponíveis, dos quais 6 da Unidade de Terapia Intensiva - uma das mais importantes conquistas da região.

Com um número aproximado de 4 mil internações ao ano, o São Vicente de Paulo tem um faturamento bruto mensal de R\$ 100 mil. Serviços terceirizados: Laboratório, Hemodiálise, Tomografia, Fisioterapia, Endoscopia, Ultra-sonografia.

## **ESTUDO DE CASO: LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

### **3.1 APRESENTAÇÃO**

Este estudo de caso foi realizado na Associação Hospital São Vicente de Paulo, com observação à paciente internada, portadora de LES (Lúpus Eritematoso Sistêmico), realizando quatro sessões de Hemodiálise.

### **3.2 ANAMNESE**

A paciente E.K, do sexo feminino, internada no quarto 40 leito B, é casada, de cor branca e tem como religião o catolicismo. Está atualmente com 32 anos de idade, é natural de Mafra e nunca trabalhou fora de casa. Internou nesta unidade referindo como queixa principal dores nas articulações, seguida de dor na região lombar.

Em conversa com a mesma, relatou sentir dores generalizadas há algum tempo, mas apenas no mês de setembro de 2001 procurou recursos médicos. A paciente foi encaminhada para Curitiba para realização de vários exames, que diagnosticaram Lúpus Eritematoso Sistêmico da classe IV.

Sua internação no Hospital São Vicente de Paulo desta vez, se deu em decorrência as fortes dores articulares que voltou a apresentar, fraqueza e para realização de novos exames. A paciente ficou durante sete dias internada, onde se pode ter contato com a mesma.

### 3.3 EXAME FÍSICO

Realizou-se exame físico durante os dias de contato direto com a paciente. Paciente em um regular estado geral; apresentava-se consciente, sonolenta e acamada. Referiu fraqueza, dor torácica, dores articulares, dor ao movimentar e sensação de boca seca. Observou-se presença de sudorese, lesões superficiais com aspecto de asa de borboleta na face, lesões na mucosa, aparelho ocular lacrimajante, queda de cabelo, edema moderado nos membros inferiores, está com punção venosa no membro superior esquerdo em bom aspecto. Não aceitou a dieta.

Os sinais vitais foram aferidos conforme a prescrição médica, porém seus resultados mantiveram-se na seguinte média:

- a) pressão arterial (PA): 130 X 80 mmHg;
- b) temperatura (T): 36,5 graus C;
- c) respiração (R): 25 movimentos respiratórios por minuto;
- d) pulso (P): 84 batimentos por minuto;
- e) peso: 63 quilos.

### 3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O diagnóstico principal encontrado foi de Lúpus Eritematoso Sistêmico.

### 3.5 Conceito

Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença auto - imune de caráter sistêmico e inflamatório, difusa do tecido conjuntivo, auto-imune e crônica, com produção de anticorpos contra o próprio organismo. Há formação de imunocomplexos antígenos anticorpo. Outros anticorpos importantes são: Antiplaquetas, Antilinfócitos, Antiendotélio. Estes causam respectivamente Plaquetopenia, Linfopenia e Vasculites.

Presença de anti-histona ocorre na Síndrome "Lupus-Like", que é provocado por medicamentos como a Hifralazina (Hidroclorotiazina - diurético), Procainamida. No Lúpus, as manifestações mais graves que levam a óbito são mais devidas a sepse. Mas também pode ser por insuficiência renal ou afecção do SNC.

### 3.6 Etiologia

Sua etiologia ainda é obscura, embora fatores genéticos, ambientais, hormonais e alterações imunológicas contribuam de forma ainda não totalmente elucidada para o desenvolvimento da doença.

O LES apresenta distribuição universal. Nos EUA, sua prevalência é de 14.8 a 50.8 casos por 100.000 habitantes e a sua incidência é de 1.8 a 7.6/100 habitantes ano. Esta variação ocorre possivelmente por serem utilizadas diferentes metodologias. O distúrbio é três vezes mais comum entre norte-americanos negros do que entre norte-americanos caucasianos. Algumas tribos de índios norte-americanos (Sioux, Crow, Arapahoe) exibem predisposição ainda maior para LES. Os asiáticos são afetados

aproximadamente no mesmo grau dos negros americanos.

Ocorre na população na proporção de 40:100000 hab. Predomina no sexo feminino 9:1, na idade fértil. Já na adolescência e idosos, a proporção mulher/homem cai para 2:1. Uma mulher que tenha Síndrome Nefrótica tem 16% de chance de ser Lúpus.

Apesar de o LES poder ocorrer em qualquer idade (já foi diagnosticado por ocasião do nascimento, assim como em indivíduos na décima década da vida), mais de 60% dos pacientes experimentam o início da doença entre os 13 e os 40 anos de idade. Entre as crianças, o LES é três vezes mais comum em meninas do que em meninos. Dos pacientes na segunda, terceira e quarta décadas, 90 a 95% são mulheres.

Esses dados sugerem que tanto fatores genéticos quanto hormônios sexuais podem afetar a probabilidade de vir a desenvolver o LES. Se um membro da família apresenta LES, a probabilidade de LES aumenta (cerca de 30% para os gêmeos idênticos e 5% para outros parentes de primeiro grau). Apesar de os homens desenvolverem menos amiúde que as mulheres, sua enfermidade não é mais leve.

### 3.7 Exames Complementares

Para confirmação e fechamento do diagnóstico há necessidade de alguns critérios clínicos, que são observados em contato com a paciente, e laboratoriais através de exames.

Alguns critérios observados são:

- a) Rash Malar, lesão superficial com aspecto de asa de borboleta na face;
- b) Rash Discóide, região do couro cabeludo perde cabelo (uma rodela);
- c) foto sensibilização, não pode sair no sol que aparecem várias lesões na superfície da pele (descamativas);
- d) alterações neurológicas (disfunção cognitiva);

e)úlcera oral;

f)EAS, proteinúria persistente. 0,5 g/dia ou cilindros celulares;

g)anemia, leuco e/ou plaquetopenia;

h)artralgia, dores articulares - joelhos, tornozelo, cotovelo, ombro - pode ser artrite;

i)pericardite, pleurite.

O LES deve ser suspeitado quando qualquer um dos critérios mostrados está presente e não encontra explicação. O distúrbio deve ser aventado quando qualquer dos seguintes estiver presente: febre inexplicável, púrpura, esplenomegalia, adenopatia, pneumonite, miocardite, ou meningite asséptica.

A solicitação de exames laboratoriais tem como avaliar o estado clínico da paciente e auxiliar no diagnóstico e posteriormente possível medicação. A Anemia costuma estar presente nos pacientes com doença ativa. Apesar de a Leucopenia ocorrer em metade dos pacientes, outros podem manifestar Leucocitose. A infecção nos pacientes com LES deve ser suspeitada quando existe um aumento nos percentuais de Granulócitos normais ou de Granulócitos imaturos, ou em ambos, até mesmo na ausência de leucocitose. Os anticorpos para os fatores da coagulação podem ser medidos nas anormalidades da coagulação. Um teste sorológico falso-positivo para sífilis também é observado em 15% dos pacientes.

Os exames laboratoriais solicitados a paciente referente a este estudo de caso foram: Hemograma, VHS, FAN, Células LE, Proteína C, Reativa, C3, C4, Na, K, Urinálise, Urocultura com Ts A, Clearence, Creatinina, Proteinúria 24 H.Conforme Anexos I, II e III.

### 3.8 Sintomatologia

O LES é uma doença com início e evolução muito variável. Uma mulher jovem pode apresentar erupção em asa de borboleta no rosto, um relato de sensibilidade solar recente, pleropericardite, artrite, febre, fadiga extrema, crises convulsivas e síndrome nefrótica. Esta apresentação "típica", que é reconhecida facilmente como LES, ocorre apenas em uma minoria dos pacientes. Mais comumente, os pacientes podem ter apenas um ou dois sinais ou sintomas de LES, como Artrite e fadiga. As outras características de LES só se manifestam depois.

Como resultado, a apresentação inicial pode não permitir que seja feito um diagnóstico definitivo, nem fornecer uma perspectiva acerca dos sistemas orgânicos que poderão ser afetados no futuro. Muitos pacientes nunca desenvolvem um grande acometimento orgânico. Alguns apresentam acometimento renal, porém não do sistema nervoso central, ou vice-versa.

Assim sendo, as manifestações clínicas de um paciente podem ser diferentes daquelas de um outro. Algumas associações entre achados sorológicos e características clínicas são válidas numa base estatística, porém podem não funcionar em determinado indivíduo.

Os pacientes variam muito no acometimento dos sistemas de órgãos e também na gravidade da doença quando é afetado um sistema específico. Assim sendo, a maioria dos pacientes não apresentam muitas das anormalidades que serão descritas a seguir.

O LES se caracteriza por períodos de doença ativa seguida por períodos de doença menos grave ou até mesmo por remissão. Em casos raros, o paciente apresenta uma enfermidade rapidamente progressiva, porém a maioria pode esperar por uma época na qual a doença deixa de interferir com sua vida.

A paciente apresentou sinais e sintomas como: fadiga, sudorese, astenia, anemia, dores articulares, dor torácica, edema moderado nos membros inferiores e comprometimento da função renal.

### 3.9 Tratamento

O controle dos pacientes com LES costuma ser problemático e repleto de dificuldades. Com demasiada frequência o diagnóstico de LES induz uma reação emocional. Além disso, muitos pacientes com LES apresentam problemas psicológicos que podem resultar da própria doença. Portanto, é necessário fornecer um apoio emocional efetivo. Este inclui uma avaliação honesta, porém otimista.

A maioria dos pacientes com LES podem antever a perspectiva de um período de vida normal, porém com a necessidade de consultas periódicas ao médico e de um tratamento com vários medicamentos. Muitos dos problemas mais sérios não afetam a maioria das pessoas. Assim sendo, embora o paciente deva reconhecer a presença de uma doença séria e crônica, não convém emitir um prognóstico sombrio. A participação precoce nos programas educacionais e com fisioterapeuta, dentistas e terapeutas ocupacionais pode ser útil.

Os pacientes com LES necessitam habitualmente de um pequeno repouso acima do normal. Dez horas de sono por noite e mais um cochilo, à tarde podem ser suficientes. Quanto mais ativa for a doença, maior a necessidade de repouso. A luz ultravioleta deve ser evitada, a natação em ambientes abertos deve ficar limitada aos períodos de exposição reduzida e convém utilizar protetores solares até mesmo nas idas ao armazém. Os medicamentos que aumentam os efeitos da luz UV, tais como Tetraciclina e Psoralenos, devem ser evitados. O mesmo se aplica aos alimentos que contém grandes quantidades de Psoralenos (Aipo, Pastinaca, Figo e Salsa). O exercício deve ser apropriado à situação clínica, porém a exaustão deve ser evitada.

Apesar de alguns medicamentos poderem induzir uma síndrome semelhante ao Lúpus, existem poucas evidências de que esses medicamentos sejam realmente prejudiciais aos pacientes com LES. Portanto, medicamentos tipo Alfa-Metildopa e Fenitoína podem ser usados sem preocupação excessiva. Entretanto, as Sulfonamidas costumam ser mal toleradas; os pacientes com doença ativa costumam apresentar

erupção cutânea. Os Estrogênios podem fazer piorar a doença. Levando-se em conta que a Hipertensão é sinérgica com a doença por complexos imunes no desencadeamento dessa patologia, a pressão arterial deve ser mantida na parte média da variação para idade e sexo.

Os Corticosteróides são administrados com certa freqüência. Os medicamentos de ação curta tipo Prednisona ou Metilprednisolona, são preferidos, pois permitem tentar a terapia em dias alternados, e o eixo Hipotalâmico-Hipofisário-Supra-Renal não é afetado. Os efeitos colaterais dos Esteróides, quando usados em dias alternados são muito menor do que aqueles da terapia diária. As doses baixas são inferiores a 30 mg por 1,7 metro quadrado por dia de Prednisona e devem ser evitados todos os esforços no sentido de manter os pacientes com menos de 25 mg/1,7 m<sup>2</sup> em dias alternados. As doses moderadas são de 30 a 50 mg/1,7 m<sup>2</sup>/dia. Doses mais altas poderão ser necessárias por curtos períodos. Os pacientes com acentuado acometimento multissistêmico podem necessitar temporariamente de Corticosteróide em doses divididas. A Azatioprina vem sendo utilizada há muito tempo para o tratamento dos pacientes com LES. A sua utilização pode ser limitada a um subgrupo de pacientes com doença renal moderada ou aquelas doenças cutâneas intratáveis ou com artrite.

Um dos principais problemas do LES é o controle ao longo prazo. O quadro clínico (anamnese mais exame físico) constitui habitualmente excelente guia para a terapia dos problemas não-renais e não-hematológicos. Nas duas últimas situações, as mensurações laboratoriais são úteis. Anemia, fadiga, hipergamaglobulinemia costumam falar a favor de mais terapia. As toxidades ao longo prazo do Corticosteróide (Cataratas, Necrose Asséptica do osso, infecção) devem ser avaliadas em relação aos benefícios da terapia vigorosa e contínua. As toxidades dos medicamentos imunossupressores são menores do que aquelas da terapia prolongada com altas doses de Corticosteróide, Portanto, o mais das vezes é prudente iniciar a terapia imunossupressora precocemente para a doença grave com a finalidade de minimizar as toxidades do Corticosteróide. Ao reduzir a quantidade de Corticosteróide,

em geral é aconselhável cair rapidamente para 30 mg por 1,7 metro quadrado por dia e, a seguir, diminuir a dose mais lentamente. Quanto menor for a dose, mais lento deverá ser o processo de sua redução. A redução rápida pode acarretar uma exacerbação da doença, o que exigirá a reinstituição de altas doses.

Na ausência de acometimento dos principais órgãos deve-se recorrer preferencialmente à terapia sintomática: quanto menos remédios, melhor. A Hidroxicloroquina é eficaz para o acometimento cutâneo; pode-se juntar também a tratar a Artrite e outras manifestações. Os antiinflamatórios não-esteroidais, como o AAS e Ibuprofeno, são úteis para a Artrite, Serosite e Febre. Alguns pacientes toleram um AINE melhor que outro -podem ocorrer reações neurológicas bizarras nos pacientes com LES que recebem Ibuprofeno ou outros AINE; anormalidades nas Enzimas Hepáticas podem acompanhar o tratamento com Aspirina; a tolerância gastrintestinal varia. A combinação de Hidroxicloroquina e AINE pode ser suficiente. O acréscimo de pequenas doses de Corticosteróide poderá ser necessário. A terapia inicial em dias alternados pode não ser possível; entretanto, uma mudança subsequente para o tratamento em dias alternados reduz os efeitos colaterais induzidos pelos Esteróides. Nos pacientes com atividades persistente da doença, os sintomas podem ser proeminentes em dias alternados, o que torna necessário o retorno aos Esteróides diários. Até mesmo a vigência da terapia Corticosteróide, o AINE e Hidroxicloroquina podem proporcionar um benefício substancial e permitir uma dosagem menor de esteróides. As febres que ocorrem apesar do Corticosteróide diários podem responder aos AINE. A Indometacina pode ser particularmente eficaz na Pericardite.

O controle dos acometimentos dos principais órgãos é dirigido habitualmente para a preservação da função e a prevenção da insuficiência orgânica e da incapacidade ou da morte. A Miocardite costuma responder ao tratamento sintomático do LES, porém alguns pacientes podem exigir um tratamento específico: doses moderadas de Corticosteróide costumam ser suficientes. Trombocitopenia e Anemia Hemolítica são tratadas mais ou menos como o seriam na ausência do LES. Tanto Danazol quanto

Gamaglobulina intravenosa foram admitidas para a Trombocitopenia nos pacientes com LES. A administração de Plasma ou a troca de Plasma pode ser útil nos pacientes com características de Trombocitopenia Trombótica. Os pacientes com deficiência do fator VII causadas por anticorpos específicos devem ser tratados com Plasmaférese e Imunossupressão. Uma Pneumonite ligeira responde habitualmente às doses moderadas de Corticosteróides; a doença grave exige medidas heróicas. A inflamação do SNC pode exigir doses de moderadas a altas de Corticosteróides; no entanto, levando-se em conta que a terapia prolongada com altas doses de Corticosteróide é inadequada, convém pensar numa mudança para a terapia Citotóxica dentro de 2 semanas. Nos pacientes com acometimento maciço a Ciclofosfamida intravenosa pode salvar a vida.

A área mais estudada e controversa é o tratamento da doença renal lúpica. Se houver doença ativa na biópsia e puçá fibrose, o Corticosteróide em altas doses ou os Corticosteróides mais um medicamento imunossupressor oral podem ser suficientes. Se houver doença ativa e alguma fibrose, deve-se pensar numa terapia mais vigorosa. Os dados atualmente disponíveis sugerem que a função renal poder ser preservada por longos períodos pela terapia com Ciclofosfamida. Os bolos intermitentes são mais seguros que a terapia oral diária. Apesar da perda substancial de função renal, um paciente com a doença quiescente e fibrose moderada habitualmente não usufruirá qualquer benefício de uma terapia agressiva e parcialmente tóxica.

### 3.9.1 Tratamento Utilizado Pela Paciente

O tratamento tem como objetivo o controle dos sintomas, principalmente das dores articulares. Além da assistência da enfermagem, foram administradas as seguintes medicações conforme prescrição médica:

- a) Plasil comp. 6/6 horas, se necessário;
- b) Dorico 750 mg 8/8 horas;

- c)Carbonato de Cálcio - 1 comprimido, após as refeições;
- d)Prednisona 5 mg - 12/12 horas;
- e)Capoten 25 mg se a pressão arterial estiver acima de 180 X 110 mmhg.

Plasil é o nome comercial da substância ativa metoclopramida, um antiemético que é indicado para distúrbios da motilidade, náusea e vômito de origem central ou periférica. A injeção endovenosa deve ser administrada lentamente para evitar ansiedade e agitação, seguidas de sonolência. Pode causar reações como o aumento da pressão arterial, depressão, febre, erupções da pele, insônia, fadiga, cefaléia e tontura.

O Dorico tem como substância ativa o paracetamol, é um analgésico e antitérmico utilizado para alívio das dores moderadas.

Carbonato de Cálcio é um mineral, suplemento de Cálcio em casos de adolescentes, crianças e gravidez, Hipoparotireoidismo, idosos, insuficiência Renal Crônica, lactação, mulheres pós-Menopausa, Cortiodistrofia Renal, Osteomalária, Osteoporose, Pseudo-Hipoparotireoidismo, Raquitismo, Tetânica do recém-nascido. O Carbonato de Cálcio é utilizado como antiácido em muitas associações.

Capoten tem como substância ativa o captopril que é indicado para o tratamento da hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. Tem como apresentação comprimidos 12,5 mg, no caso do paciente a prescrição é de ½ comprimido = 6,25 mg. Pode causar reações como: alterações no sangue, aumento de potássio no sangue, angina, aumento dos batimentos cardíacos, dor no peito, cor amarelada da pele e nos olhos, coceira, fraqueza, palpitações, visão turva e síndrome de Reynaud (palidez, dormência e desconforto nos dedos, quando expostos ao frio).

### 3.10 Órgãos que Podem ser Acometidos com o Desenvolvimento da Doença -LES

#### 3.10.1 Problemas Sistêmicos

A maioria dos pacientes exibe fadiga, febre e redução ponderal por ocasião do diagnóstico. Entretanto, antes de atribuir estes sintomas ao Lúpus Eritematoso Sistêmico, é necessário uma busca diligente para descartar infecção. Nas fases subseqüentes da enfermidade, a recidiva de um ou mais desses achados indica com freqüência um aumento na atividade da doença. A fadiga, por mais difícil que possa ser a sua avaliação, costuma constituir o primeiro sinal de que uma recaída é iminente.

#### 3.10.2 Problemas Musculoesqueléticos

As artralguas constituem a manifestação isolada mais comum no LES. São características muito mais transitórias que nos pacientes com artrite reumatóide (AR), durando por minutos a dias em uma determinada articulação. Com uma doença de duração mais prolongada ou mais grave, a dor pode ser constante e observa-se artrite franca. Na maioria das vezes é simétrica, com as articulações interfalangianas próxima das mãos, as articulações metacarpofalangianas, os punhos e os joelhos sendo aquelas afetadas mais comumente. A rigidez matinal é relatada por muitos pacientes com LES e doença articular. As erosões ósseas características de AR não ocorrem, porém deformidades semelhantes àquelas de AR surgem em 10 a 15% dos pacientes e são consideradas como resultando de doença tendinosa.

Ocasionalmente, os pacientes experimentam rotura dos tendões de Aquiles ou quadricipital. As mialgias ocorrem em aproximadamente 30% dos pacientes; apenas uma parte deles apresenta hipersensibilidade muscular. Muitos pacientes com LES e doença muscular não exibem elevações na atividade da creatina-cinase; alguns deles apresentam um valor elevado de aldolase.

### 3.10.3 Pele e Mucosa

A erupção típica em asa de borboleta varia de um ligeiro rubor a uma cobertura eritematosa não-papular incontestável e ligeiramente edematosa de ambas as bochechas e da base do nariz. Os pacientes com uma erupção em borboleta parecem com muita frequência como se tivessem aplicado ruge. Essa lesão pode ocorrer na ausência de exposição solar, porém é exacerbada pelo sol. Com frequência, precede outras manifestações da doença. Uma erupção eritematosa maculopapular também é comum. Indiferenciável de uma erupção medicamentosa, costuma ser induzida ou exarcebada pela luz solar e, às vezes, por medicamento (sulfisoxazol e ampicilina são elementos comuns). As regiões palmares nem sempre são poupadas. A cura ocorre habitualmente sem deixar cicatriz. Urticária e angioedema são mais comuns que as bolhas subepidérmicas, que ocorrem apenas em um pequeno percentual dos pacientes. O Lúpus Discóide no LES é indiferenciável do Lúpus sem acometimento sistêmico; entretanto, a doença sistêmica pode surgir nos pacientes com lesões discóides de longa duração. Nessa erupção, a atrofia central, a hiper e hipopigmentação, a telangiectasia e a obstrução folicular acompanham os estágios habituais do eritema, sendo seguidos por hiperqueratose e a seguir por atrofia. A hipopigmentação pode ser extensa e particularmente incômoda para as pessoas de cor escura.

É comum ocorrer livedo reticular nos pacientes com LES, porém é raro ser grave. Hemorragias em lasca, lesões dolorosas das polpas digitais e eritema palmar às vezes são impressionantes. A púrpura  
E mais frequentemente secundária a vasculite ou à fragilidade capilar (a terapia com corticosteróide é responsável com frequência) do que a trombocitopenia.

O Lúpus profundo (paniculite não-supurativa nodular recidivante) é raro nos pacientes com LES. Pode ficar limitado a uma paniculite superficial ou pode estender-se para dentro das coxas ou das nádegas. A pele suprajacente pode alterar-se e as lesões mais profundas se calcificam com frequência.

Cerca de 20% dos pacientes apresentam lesões vasculíticas da pele. Estas podem ocorrer nas pontas digitais, nos antebraços, nos lábios ou nas pernas (nas últimas podem ulcerar). Apesar de constituírem sinais de atividade da doença, não em geral implicam desastre iminente. As úlceras mucosas correlatas costumam ser indolores e ocorre nos palatos duro e mole, no septo nasal, em outras partes do trato respiratório superior e até mesmo na vagina. Em geral são inócuas, porém alguns pacientes com acometimento das vias aéreas podem necessitar de uma traqueotomia de emergência. A alopecia pode ser difusa; os pacientes relatam maior quantidade de cabelo no pente ou na escova, ou no travesseiro. O cabelo (e os pêlos) crescerá novamente nas áreas cujas lesões não deixam cicatrizes.

O fenômeno de Raynaud pode ser tão grave que causa gangrena digital e amputação espontânea das partes distais dos dedos. Este fenômeno adota uma evolução mais benigna e variável. A Troboflebite ocorre em cerca de 10% dos pacientes e pode ser acompanhada por êmbolos pulmonares.

#### 3.10.4 Olhos

Conjuntivite e/ou epiesclerite são observadas habitualmente em pacientes mais jovens durante períodos de atividade da doença. Corpúsculos citóides (exsudatos e esbranquiçados perto dos vasos retinianos) estão associados com acometimento ativo do sistema nervoso central. O espasmo dos vasos retinianos pode resultar em cegueira transitória ou permanente. A ceratoconjuntivite seca ocorre em 10% dos pacientes e costuma ser lentamente progressiva, porém, e com frequência, melhora temporariamente com a terapia dirigida para outros sintomas.

### 3.10.5 Sistema Gastrintestinal

Anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, são observados numa minoria dos pacientes. A dor abdominal difusa, com ou sem descompensação dolorosa, pode constituir uma manifestação de Serosite ou de Arterite Mesentérica. A última pode ser complicada por Infarto intestinal, que pode acarretar perfuração e morte. Com freqüência, a terapia com corticosteróide eliminam os sintomas em ambas as situações; no entanto, se a perfuração já ocorreu, os sintomas podem ser abafados e a terapia será retardada excessivamente. A Pancreatite é devida ocasionalmente ao LES.

A Disfagia pode estar associada com Peristalse reduzida ou ulcerações do Esôfago causadas por Artrite, ou mais comumente, por infecção pó *Cândida Albicans*.

### 3.10.6 Fígado

O aumento do Fígado é comum, porém habitualmente sem quaisquer conseqüências. A infiltração gordurosa (degeneração gordurosa) pode estar associada raramente com insuficiência hepática. Elevações nas enzimas hepáticas são comuns no início da enfermidade na ausência de terapia. O tratamento com aspirina pode induzir essas elevações enzimáticas. A Hepatite crônica só é observada ocasionalmente nos pacientes com LES.

### 3.10.7 Coração

Atualmente a Pericardite é sintomática, porém sem grandes conseqüências; entretanto, alguns pacientes podem experimentar tamponamento. A anormalidade eletrocardiográfica mais comum consiste em alterações específicas na onda T. É possível contar também no intervalo PR prolongado ou evidências de Isquemia ou Infarto. A Miocardite pode manifestar-se por Taquicardia inexplicável ou Dispneia aos esforços. O acometimento mais grave está associado com insuficiência cardíaca franca. A Coronariopatia, mais freqüentemente Aterosclerótica, porém ocasionalmente Arterítica, pode provocar Infarto do Miocárdio, até mesmo em mulheres no início da terceira década da vida.

### 3.10.8 Pulmão

A dor torácica pleurítica é mais comum que as evidências radiográficas de derrame; entretanto, podem ocorrer derrames maciços. A Pneumonite nos pacientes com LES é freqüentemente infecciosa; no entanto, ocorrer uma síndrome não-infecciosa nos pacientes com LES que varia de infiltrados transitórios (habitualmente hemorrágicos) a uma consolidação acentuada com Hipoxia. A neumonite Intersticial difusa também foi observada no LES.

### 3.10.9 Sistema Nervoso

As Neuropatias periféricas foram observadas em cerca de 15% dos pacientes com LES, às vezes na ausência de qualquer outro acometimento do sistema nervoso. Além de uma Neuropatia sensorial, é notável um quadro mononeurítico múltiplo (por exemplo, queda do pé). O acometimento do SNC é bastante variável. Os problemas psicológicos incluem distúrbios da personalidade de todos os tipos e numerosas formas

de psicose franca (Depressão, Paranóia, Mania, Esquizofrenia). Com frequência, constitui um desafio diferenciar aquelas causadas pelo Lúpus daquelas causadas por Corticosteróide.

As crises convulsivas, mais frequentemente do tipo grande mal, são comuns, sobretudo nos pacientes mais jovens. As Enxaquecas e os Corpúsculos citóides podem constituir indicações de atividades da doença. Uma síndrome cerebral orgânica com ação deteriorada pode evoluir para coma. Os distúrbios do movimento são mais comuns em pacientes mais jovens; observam-se Coréia, Atetose e Hemibalismo. As anormalidades cerebelares independentemente ou com outros defeitos.

Ocorre Mielite transversa nos pacientes com LES. A paralisia pode ocorrer também após hemorragia ou Trombose intracerebral. Pode ser observada uma Meningite estéril. Apesar da grande variedade de problemas do sistema nervoso relacionado ao Lúpus, causas bacterianas e de medicamentos antiinflamatórios não-esteroidais (AINES) usados na terapia podem induzir sianis e sintomas do sistema nervoso central nos pacientes com LES.

#### 3.10.10 Doença Renal

Apenas uma minoria dos pacientes apresenta um acometimento que chega a ameaçar a função do órgão. A Hipertensão e o acometimento renal agem sinergicamente na produção de alterações destrutivas. Como resultado, a presença da Hipertensão não-tratada constitui uma ameaça nos paciente com anormalidades reais.

A doença renal do LES é de vários tipos: doença rapidamente progressiva (com um quadro de Glomerulonefrite subaguda), acometimento membranoso (habitualmente com alguma Hipertrofia Mesangial) com Síndrome Nefrótica, um quadro nefrítico (de leve a grave) e anormalidades mínimas. A maioria dos pacientes apresenta acometimento mesangial. A progressão para patologia das alças capilares comporta um

prognóstico sombrio. O quadro da biópsia pode mudar de forma para outra. Conseqüentemente, o grau de doença ativa (por exemplo, Necrose) e de Fibrose (hilianização glomerular, intersticial) constitui uma medida muito mais útil das classificações histológicas precisas.

Quanto menor a Fibrose, maior será o que se pode tratar e preservar. Uma atividade de baixo grau pode estar associada com progressão lenta para insuficiência renal. Se ocorrer insuficiência renal, a Diálise crônica e o transplante renal são bem tolerados. Com a terapia moderna, é possível evitar a insuficiência renal na maioria dos pacientes. Ocorrem remissões completas da doença renal.

#### 3.10.11 Menstruação e Gestação

Entre pacientes ambulatoriais com LES relativamente leve, as mulheres que menstruam costumam ser mais sintomáticas no período entre a ovulação e a menstruação. Com frequência, as menstruações são irregulares durante a doença ativa. O sangramento pode aumentar nas pacientes com anticorpos contra os fatores da coagulação ou com Trombocitopenia. Abortos espontâneos repetidos são comuns em algumas mulheres. Outras, especialmente quando em remissão, levam a gestação a termo sem qualquer dificuldade. As pacientes em remissão, por ocasião da concepção costumam ter gestações relativamente normais. Doença cardíaca do Sistema Nervoso Central ou Renal em fase avançada constitui uma contra-indicação para a gestação. O risco de uma exacerbação da doença após a indução do aborto é o mesmo observado após o parto. As pacientes com doença renal ativa experimentam com frequência exacerbações durante a gestação e podem desenvolver Pré-Eclâmpsia. As pacientes com acometimento renal costumam ter gestações mais calmas, porém a doença recrudescer com frequência após o parto ou o aborto.

Doses maiores de Corticosteróide por ocasião do trabalho de parto e por várias semanas daí por diante costumam reduzir a probabilidade de uma exacerbação da doença. Os bebês das mães com anticorpos para SS-A podem ter problemas cardíacos congênitos, incluindo, bloqueio Atrioventricular (BAV).

Nos anexos IV e V é possível observar alterações em alguns dos órgãos citados.

### 3.11 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem tem um papel importante nos cuidados com os pacientes com LES, pois se apresentam sensíveis perante a doença, temos que dar apoio e encorajar a fazer o tratamento medicamentoso, orientar no repouso, na higiene e incentivar para a que seja otimista afinal a vida continua.

Foram prestados os seguintes cuidados de enfermagem:

- a) auxiliou-se o paciente na higiene corporal (banho de aspersão), sendo importante para o bem estar físico;
- b) controlou-se os sinais vitais, observando-se a normalidade ou não desses;
- c) observou-se a punção venosa, ficando atenta para a não formação de soroma, flebite ou obstrução por trombo sangüíneo;
- d) administrou-se a medicação conforme a prescrição médica;
- e) controlou-se a dieta e auxiliou-se na alimentação;
- f) observou-se e anotaram-se as eliminações gástricas, vesicais e intestinais em aspecto, cor, odor, consistência e frequência;
- g) prestou-se assistência emocional ao paciente e a familiares presentes.

### 3.12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle dos pacientes com LES costuma ser problemáticos e repletos de dificuldades. Com grande frequência o diagnóstico de LES induz uma reação emocional, além disso, apresentam problemas psicológicos. É necessário fornecer um apoio emocional e afetivo.

*de seu máximo*

## CONCLUSÃO

Neste trabalho procuramos observar todo tempo que a paciente com LES esteve internada para tratamento. Suas reações patológicas, físicas e psicológicas foram observadas e estudadas, onde pudemos perceber a sua fragilidade perante a terapia aplicada.

Todo o processo de tratamento e terapia esteve acompanhado de vários exames clínicos e laboratoriais, dando condições para um melhor acompanhamento da paciente com LES. Porém, era evidente a sua tristeza, onde pudemos concluir que todo o processo terapêutico deveria ser acompanhado de um imenso e prolongado tratamento psicológico, para que este viesse a auxiliar e ajudar a superar as manifestações peculiares da doença.

Também pudemos observar que seu estado clínico é bastante comprometido bastando para esta conclusão o fato de ter sido realizado quatro sessões de hemodiálise e, quando a realização do exame de Ecocardiograma que a paciente o realizou sentada no leito, apresentando também taquicardia, demonstrando assim a sua debilitação frente a LES.

Importante também foi a realização deste estágio no Hospital São Vicente de Paulo e a constatação da sua importância para a comunidade do município onde se faz presente de forma tão intensa, e que ainda é um dos maiores exemplos pela forma como desempenha as suas funções, mantendo a ideologia de sempre inovar, e sempre se adequando a novas tecnologias.

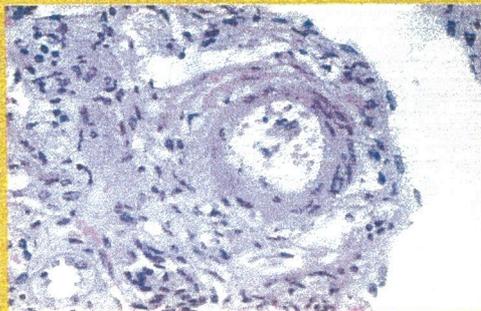
Cabe salientar que todas as disciplinas estiveram voltadas para a fundamentação dos procedimentos profissionais de forma que oportunizou a aquisição de novos conhecimentos técnicos da enfermagem, orientados e direcionados por profissionais capacitados que ofereceram oportunidades de crescimento psico-emocional e de valorização profissional.

Mafra, 28 de setembro de 2002

---

*Cassinature*

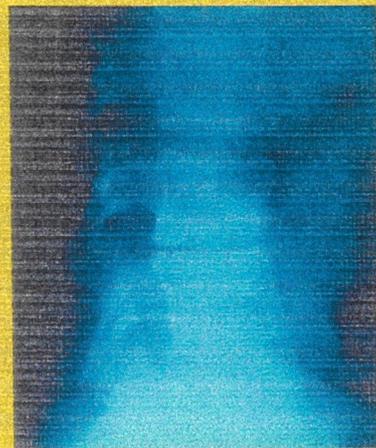




Slide 21. LES: anátomopatológico mostrando arterite renal.



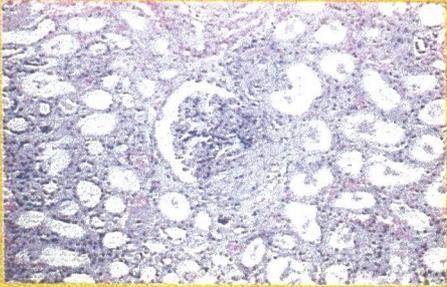
Slide 22. LES: Tomografia computadorizada cerebral mostrando vasculopatia do sistema nervoso central.



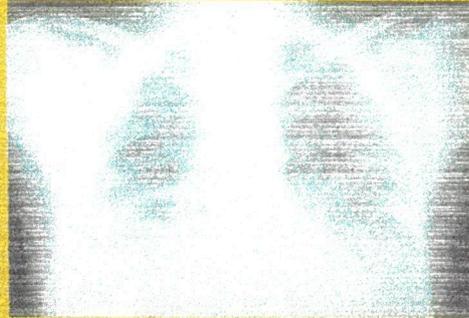
Slide 23. LES: Raio-X de coluna dorsolombar mostrando espondilodiscite por tuberculose.



Slide 24. LES. Lesões ulceradas em membros inferiores.



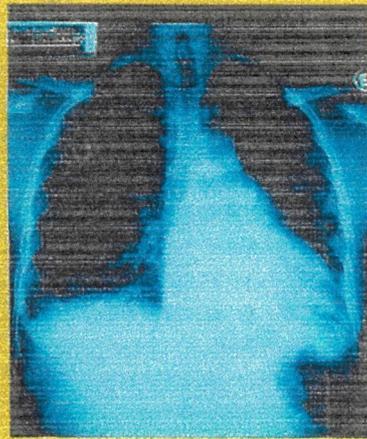
Slide 17. LES: anatomopatológico mostrando rim com crescentes.



Slide 18. LES: Raios-X de tórax com infiltrado pulmonar bilateral em bases.



Slide 19. LES: anatomopatológico de pulmão com Actinomicose (causa do óbito da paciente).



Slide 20. LES: Raios-X de tórax mostrando fibrose pulmonar.

Sistema Automatizado contagem Eletrônica - Cell-Dyn 1400 ABBOTT

### HEMOGRAMA

#### ERITROGRAMA

	Valores encontrados	Valores Referencias	
		Homem	Mulher
Hemácias em milhões/mm <sup>3</sup> ...	4,28	4,50 - 6,50	3,90 - 5,60
Hemoglobina em g/dL.....	12,0	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematócrito em % .....	35,8	40 - 54	36 - 47
Vol. Glob. Média em u <sup>3</sup> ....	83,6		76 - 96
Hem. Glob. Média em uug...:	28,0		27 - 32
C.H. Glob. Média em % ....	33,5		32 - 36
Obs: Policromatofilia +			
Anisocitose +			
Microcitose +			

#### LEUCOGRAMA

	Valores encontrados		Homem	Mulher
	%	/uL		
Leucócitos por mm <sup>3</sup> .....:		3.800		4.000 - 10.000
Promielocitos.....:	0	0	0	-
Mielocitos.....:	0	0	0	-
Metamielocitos.....:	0	0	0 - 1	-
Bastonetas.....:	13	494	1 - 3	45 - 330
Segmentados.....:	70	2.660	40 - 75	-
Eosinófilos.....:	0	0	1 - 6	40 - 330
Neutrófilos.....:	83	3.154	40 - 75	2.500 - 7.500
Basófilos.....:	0	0	0 - 1	1 - 100
Linfócitos típicos.....:	16	608	20 - 45	1.500 - 3.500
Linfócitos atípicos.....:	0	0	0	-
Monócitos.....:	1	38	2 - 10	200 - 800
Blastos.....:	0	0	0	-

Obs.....: Neutrófilos com granulações grosseiras

Plaquetas: 156.000 K/uL 150.000 a 300.000

*[Assinatura]*  
Dra. Debu...  
CREV SC Nº 5920

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

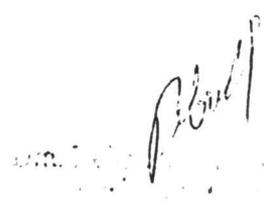
URÉIA.....: 267,13 mg/dl  
Material:(Sangue)  
Método: Ultra - Violeta de Ponto final  
Valor de referência: 10 a 50 mg/dl  
Observacao: Confirmado por repetição.

CREATININA.....: 3,84 mg/dl  
Material: Soro  
Método : Colorimétrico cinético e de Ponto final Automatizado  
V. R. : 0,80 - 1,40 mg/dl  
Obs: Confirmado por repetição.

PESQUISA DE CÉLULAS LE.....: Negativo  
(sangue)  
V.R.: Não Reagente  
Método:Reação de Antígeno-anticorpo por aglutinação de partículas.

SÓDIO.....: 130 mEq/l  
Material:(Soro)  
Método: Ions seletivo (Analisador semi-autonático)  
Valor de referência: 132 a 148 mEq/l

POTASSIO.....: 4,2 mmol/l mmol/l  
Material: Soro  
Método : Ions Seletivo ( Analisador semi- autonático)  
V. R. : 3,5 a 5,5 mEq/l



---

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

Data Laudo : 21/09/2001

Resp.1 : ZORZETTO ARQUIMEDES ARTUR ZORZETTO  
Resp.2 : CLIU CHRISTIAN BARK LIU  
Resp.3 : ROMANUS ALEXANDRE BOSSMANN ROMANUS

Laudo Revisado (S/N): S

Descricao do Laudo:

- RINS COM DIMENSOES PRESERVADAS, COM CONTORNOS DISCRETAMENTE LOBULADOS, COM IMAGEM ANECOICA MEDINDO: 1,08 X 1,21 CM, LOCALIZADA NO TERCO MEDIO, SUGESTIVA DE CISTO RENAL.
- NAO HA DILATAAO PIELO-CALICIAL.
- MEDIDAS RENAI:
- RIM DIREITO: 9,17 X 3,79 CM , COM ESPESSURA DO PARENQUIMA DE 1,21 CM.
- RIM ESQUERDO: 10,4 X 3,75 CM, COM ESPESSURA DO PARENQUIMA DE 1,64 CM.
- BEXIGA SEM REPLEAO ADEQUADA, IMPOSSIBILITANDO ANALISE.

## REFERÊNCIAS

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

2 PACIORNIK, Rodolpho.-**Dicionário Médico**. 3.ed.Guanabara/Koogan.

3 \_\_\_\_\_.-**Dicionário de especialidades farmacêuticas(DEF)**. 28.Ed. Publicações científicas. Produzido pelo Jornal Brasileiro de medicina. 1999/200.

4 \_\_\_\_\_.-**B. P.R. Guia de remédios**. 4. ed. Escala. 1999.

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