

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

27 JUN 2003 0303

THAISA CRISTELA GREIN

REL ENF
0081

CEFET-SC BIBLIOTECA

*Manusear,
fazer ficha de
avaliação de Relatórios
& exames p/
clia e p/ mi.*

CEFET - UE Joinville



1641

REL ENF

0081

Relatório de estágio curricular

*Revisão
em 27/06
p/ [illegible]*

MAFRA/SC
2003

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

THAISA CRISTELA GREIN

**MAFRA
FEVEREIRO DE 2003**



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

TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

A **EMPRESA FUNDAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE SANTA CATARINA, FETESC, CGC/MF 80.485.212/0001-45**, estabelecida em FLORIANÓPOLIS, representada pelo, **Sr. Ênio Miguel de Souza**, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a) **ESTAGIÁRIO(A) Thaisa Cristela Grein**, 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


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) Thaisa Cristela Grein **Matrícula:** 0117092-4 **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">Fundamentos de EnfermagemClínica Médica – UTI e Emergência	288 ^h
2. Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dona Catarina Kuss	21/01/2002 a 13/02/2002 15/04/2002 a 31/05/2002	<ul style="list-style-type: none">Clínica Cirúrgica – CME – C. CirúrgicoMaterno Infantil	198 ^h
3. Maternidade Dona Catarina Kuss Ambulatórios da Rede Municipal Hospital São Vicente Hospital Rio Negro	15/04/2002 a 31/05/2002 08/07/2002 a 31/07/2002 21/10/2002 a 30/10/2002 07/10/2002 a 16/10/2002	<ul style="list-style-type: none">Materno InfantilSaúde PúblicaAdministraçãoPsiquiatria	270 ^h

Estagiário(a)
Assinatura

RONI R. MIQUELUZZI

ENFERMEIRA
Supervisora Emprego
Assinatura e Carimbo

Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo

MOSSANE APARECIDA DO PRADO
GERENTE EDUCACIONAL DE
JOINVILLE - ETFC

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu pai Eraldo e à minha mãe Jacira, pela força e incentivo.

AGRADECIMENTO

Agradeço à minha família, ao meu namorado Maurício e principalmente, a Deus por me dar forças para concluir o curso.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	EMPRESA – HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO.....	7
2.1	HISTÓRICO.....	7
3	ESTUDO DE CASO – DIABETES MELITUS	8
3.1	APRESENTAÇÃO.....	8
3.2	ANAMNESE.....	8
3.3	EXAME FÍSICO.....	9
3.4	DIAGNOSTICO PRINCIPAL – DIABETES MELITUS.....	9
3.4.1	Conceito.....	9
3.4.2	Etiologia.....	9
3.4.3	Fisiopatologia.....	10
3.4.4	Sintomatologia.....	11
3.5	EXAMES REALIZADOS.....	11
3.6	TRATAMENTO CLÍNICO.....	12
3.7	TRATAMENTO CIRÚRGICO.....	13
3.8	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	13
3.9	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	14
3.10	EDUCAÇÃO.....	15
3.11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
4	CONCLUSÃO	16
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

INTRODUÇÃO

O Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina – CEFET/ SC realizou em Mafra –SC um curso extensivo, onde foram realizadas aulas práticas e teóricas no período de 19-02-01 a 22-11-02.

A primeira etapa de estágios foi realizado no período de 09-07-01 a 07-08-01, dentro da disciplina de Fundamentos de Enfermagem, na unidade do Hospital São Vicente de Paulo, em Mafra-SC, com a supervisão das professoras e enfermeiras, Roni Regina Miquelluzzi e Ondina Machado. Foram realizadas todas as técnicas de Fundamentos nas quais se incluem: assepsia médica-cirúrgica, técnicas relacionadas com a unidade do paciente, técnicas com admissão, alta e transferência do paciente, técnicas com as necessidades de higiene, conforto e segurança do mesmo, técnicas com as necessidades terapêuticas, técnicas com alimentação e eliminações.

Foi realizado na mesma instituição o estágio de Clínica Médica e em Unidade de Tratamento Intensivo -UTI- no período de 01-10-01 a 08-11-01, com supervisão das Enfermeiras Denise Dallagnol e Graciele de Matia em que foram aplicadas técnicas: em homeostasia e processos fisiopatológicos, resposta humana a doenças, necessidades de evitar a dor, afecções dos sistemas digestório, respiratório, hematopoiético, cardiovascular, endócrino, reprodutor, músculo esquelético, neurológico, oncologia e afecções do ouvido e globo ocular.

Em Clínica Cirúrgica, os estágios desenvolveram-se novamente no Hospital São Vicente de Paulo, com a supervisão das Enfermeiras Diva, Ondina Machado e Débora no período de 21-01-02 a 13-02-02. Durante este período, foram realizadas técnicas no pré e pós-operatório, assistência em pacientes com anestesia geral, distúrbios gastrointestinais, afecções do sistema respiratório, afecções renais e genito-urinárias masculino, feminino e assistência otorrinolaringológica. Foi desenvolvida a prática das técnicas em: paramentação, central de material, esterilização, instrumental e circulação cirúrgica e cuidados no pós-operatório imediato.

Os estágios referentes à matéria de Materno-Infantil, foram desenvolvidos no período de 15-04-02 a 31-05-02, com a supervisão das Enfermeiras Denise Dallagnol e Anair Andréa Nassif, realizados na Maternidade Dona Catarina Kuss, Hospital São Vicente de Paulo e Unidade Sanitária Sede. As técnicas realizadas foram: obstetrícia fisiológica, manifestações da gravidez, assistência no pré-natal, avaliação da maturidade e bem-estar fetal, processo do trabalho de parto e assistência imediata ao recém nascido. Drogas na lactação, administração de medicamentos, sinais vitais, alimentação, crescimento e desenvolvimento da criança.

Durante o período de 08-07-02 a 31-07-02, foi supervisionado pela Enfermeira Anair Andréa Nassif, o estágio de Saúde Pública na Unidade Sanitária Sede.

Na Clínica psiquiátrica HJ de Porto União, foi realizado durante os dias 07-10-02 a 16-10-02 o estágio em Psiquiatria, com o objetivo de conhecer a rotina da assistência de enfermagem e onde se realizam os cuidados específicos a clientes com distúrbios psiquiátricos.

A última etapa de estágio realizada foi de Administração Hospitalar, no Hospital São Vicente de Paulo, no período de 21-10-02 a 30-10-02 com a supervisão indireta da

Enfermeira Graciele de Matia, com a finalidade de termos noções de administração hospitalar.

Os estágios têm como finalidade, atender o cliente nas suas necessidades humanas básicas afetadas, esclarecer dúvidas e orientar quanto aos meios de prevenção e tratamento. Deste modo o aluno se compromete com o cliente e consigo mesmo, porque há um interesse maior por parte dele em saber para poder ajudar.

EMPRESA – HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

2.1 HISTÓRICO

O Hospital São Vicente de Paulo começou a ser idealizado em 1936, quando foi realizada uma primeira reunião dirigida por representantes da comunidade.

Desde então, foram 14 anos de trabalho e dedicação da comunidade até que fossem concluídas as obras da instituição.

Em 30 de julho de 1950, foi inaugurado o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, contando com 68 leitos, que em seu primeiro ano de funcionamento foram registradas 1204 internações.

Para seu melhor funcionamento foi firmado contrato com a Congregação das Irmãs Filhas da Caridade São Vicente de Paulo, proveniente de Curitiba/ PR, que designou três religiosas para a direção do hospital.

O Hospital São Vicente de Paulo ofereceu serviços de Maternidade à população mafrense desde a sua fundação até o ano de 1972, quando entrou em funcionamento a Maternidade Dona Catarina Kuss.

Atualmente o hospital conta com 86 leitos disponíveis, distribuídos entre UTI, Pediatria e Clínica Médica e Cirúrgica. Possui em anexo o Pronto Socorro Municipal, serviços terceirizados como hemodiálise, laboratório de análises, fisioterapia, radiologia e tomografia.

O Hospital é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, de médio porte, monobloco, com um corpo clínico que trabalha num sistema fechado e oferece um atendimento geral à população.

ESTUDO DE CASO – DIABETES MELITUS

3.1 APRESENTAÇÃO

Este estudo de caso foi realizado durante o estágio de Clínica Cirúrgica no posto 3 do Hospital São Vicente de Paulo, no período de 21-01-02 a 13-02-02.

Atualmente, o número de pessoas com essa patologia vêm aumentando consideravelmente. Dentre os fatores que proporcionam esse aumento podemos citar: vida sedentária, má alimentação, forte componente hereditário, obesidade.

Ao realizar este estudo de caso, foi possível realizar uma assistência de enfermagem compatível as suas necessidades e ao mesmo tempo, ampliar os conhecimentos sobre a patologia estudada.

3.2 ANAMNESE

O paciente A.S., internado na enfermaria 33, leito A, é brasileiro, cor branca, com 49 anos de idade, do sexo masculino, estado civil divorciado, fumante e profissão açougueiro.

Ao realizar contatos com o paciente, o mesmo relatou não ter passado por nenhuma internação anteriormente. Por ser diabético, realizava insulino-terapia em casa e administrava Daonil duas vezes ao dia.

Em 20 de janeiro de 2002 foi até a chácara de um amigo onde acabou ferindo seu pé direito. Procurou socorro médico no dia 28-01-02, e deu entrada no mesmo dia no Hospital São Vicente de Paulo para realização de tratamento, tendo como diagnóstico principal pé diabético.

No dia 29-01-02, o médico assistente solicitou a realização de exames: hemograma, uréia, e creatinina, obtendo os seguintes resultados:

Hemograma = 145.000 /ml	VR* = 150 a 400 mil/ml
Uréia = 34,59 mg/dl	VR = 10 a 50 mg/dl
Creatinina = 1,05 mg/dl	VR = 0,80 a 1,40 mg/dl

Após a análise do resultado dos exames, o médico assistente marcou para o dia 01 de fevereiro a realização da cirurgia de amputação de hálux.

A cirurgia foi realizada as 10:00 h e transcorreu sem nenhuma complicação. O paciente retornou do Centro Cirúrgico sob o efeito de anestesia local, sonolento e não alimentou-se no decorrer do dia. As 18:00 h apresentou hipertermia de 38° C. Foi comunicado o médico assistente e prescrito Dipirona 2 ml EV pelo plantonista da Unidade de Terapia Intensiva.

No dia 02 de fevereiro foi realizado curativo em incisão cirúrgica em pé direito, apresentando edema no local, hiperemia e presença de secreção sanguinopurulenta em grande quantidade.

No dia 04 de fevereiro apresentou melhora significativa no seu estado clínico, referindo pouca dor em membro inferior direito. Curativo apresentava pouca secreção sanguinolenta e pouco edema.

No dia 05 de fevereiro o médico assistente prescreveu alta hospitalar ao paciente, recomendando a realização de curativos diários na unidade de saúde mais próxima. Em dez dias o mesmo deveria retornar ao ambulatório para a retirada dos pontos e nova avaliação médica.

3.3 EXAME FÍSICO

O paciente internou no Hospital São Vicente de Paulo acompanhado por sua mãe, em cadeira de rodas, referindo dor em pé direito e cefaléia.

Os sinais vitais aferidos apresentaram os seguintes resultados:

- a) Pressão arterial (PA): 120 x 90 mmHg;
- b) Temperatura (T): 38,0° C;
- c) Respiração (R): 20 movimentos respiratórios por minuto (mrpm);
- d) Pulsação (P): 72 movimentos cardíacos por minuto (mcpm).
- e) HGT (hemoglicoteste): 168 mgdl.

3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL – DIABETES MELITUS

O diagnóstico foi obtido através dos resultados dos exames e principalmente pelos sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

3.4.1 CONCEITO

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome decorrente da falta de insulina ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. As conseqüências do Diabetes Mellitus incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

3.4.2 ETIOLOGIA

• DIABETES MELLITUS TIPO I

Resulta da destruição das células beta pancreáticas por um processo auto-imune. A hiperglicemia de jejum ocorre devido à uma produção não controlada de glicose pelo fígado. Além disso, a glicose derivada dos alimentos não pode ser estocada no fígado mas permanece na corrente sanguínea, contribuindo para a hiperglicemia após as refeições.

Ocorre com maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens, ou seja, entre 5% a 10% dos diabéticos.

• DIABETES MELLITUS TIPO II

Caracteriza-se pela resistência a ação da insulina, que se refere a uma sensibilidade diminuída dos tecidos à insulina, associada a uma redução de reações intracelulares. Estas reações tornam a insulina menos efetiva na estimulação da captação de glicose nos tecidos. O Diabetes Mellitus Tipo II ocorre em 90% dos pacientes.

3.4.3 FISIOPATOLOGIA

No DM tipo I há uma incapacidade em produzir insulina porque as células beta pancreáticas foram destruídas por um processo auto-imune.

A hiperglicemia de jejum ocorre como resultado de uma produção não controlada de glicose pelo fígado. Além disso, a glicose derivada dos alimentos não pode ser estocada no fígado, mas permanece na corrente sanguínea e contribui para a hiperglicemia após as refeições.

Se houver uma alta concentração de glicose no sangue, os rins podem não reabsorver toda a glicose filtrada, aparecendo então na urina (glicosúria). Quando um excesso de glicose é excretado na urina, vem acompanhado por perda excessiva de líquidos e eletrólitos (diurese osmótica). Como resultado da perda excessiva de líquidos, o paciente sofre um aumento de sede e urina.

A deficiência de insulina também prejudica o metabolismo de proteínas e gorduras, o que acarreta a perda de peso. O apetite tende a aumentar devido à reserva reduzida de calorias. Outros sintomas como fadiga e fraqueza podem ocorrer.

O início do tratamento com insulina, juntamente com os líquidos e eletrólitos necessários, melhora rapidamente as anomalias metabólicas e resolve os sintomas de hiperglicemia. Dieta e exercícios com monitorização dos níveis de glicose sanguínea são componentes importantes da terapia.

No DM tipo II há dois problemas principais relacionados: resistência à insulina e secreção prejudicada de insulina.

A resistência à insulina dá-se devido à sensibilidade diminuída dos tecidos. Ocorre, portanto, a redução das reações do metabolismo da glicose dentro da célula, tornando a insulina menos efetiva na estimulação da captação de glicose pelos tecidos.

Para superar a resistência à insulina e evitar o acúmulo de glicose no sangue, deve haver um aumento na quantidade de insulina secretada. Por esse motivo, as células beta são incapazes de manter a demanda aumentada de insulina, fazendo com que o nível de glicose se eleve, desenvolvendo o Diabetes Mellitus tipo II.

Outra característica do DM tipo II é a secreção prejudicada de insulina. Há insulina suficiente presente para evitar a degradação de gorduras e a produção de corpos cetônicos. Portanto a cetoacidose diabética (CAD) não ocorre neste caso. Um

DM tipo II descontrolado pode levar a outro problema agudo chamado hiperglicemia hiperosmolar não- cetótica (HHNC).

3.4.4 SINTOMATOLOGIA

Os sinais e sintomas apresentados nos dois casos de Diabetes Mellitus são muito comuns:

- Poliúria (aumento no volume de urina excretado);
- Nictúria (aumento do volume urinário noturno em relação ao diurno);
- Polidipsia (sede excessiva);
- Boca seca;
- Polifagia (fome excessiva);
- Emagrecimento rápido;
- Fraqueza ;
- Astenia (debilidade);
- Letargia (sono patológico e profundo);
- Prurido vulvar;
- Diminuição brusca da acuidade visual;
- Achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina;
- Sinais e sintomas relacionados às complicações do DM: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, úlceras crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia óculo motora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição.

CONDIÇÕES DE RISCO DO DM TIPO II

- Idade maior de 40 anos;
- Histórico familiar (pais, filhos, irmãos);
- Obesidade;
- Hipertensão arterial;
- Presença de doença aterosclerótica antes dos 50 anos;
- Histórico prévio de hiperglicemia e/ou glicosúria;
- HDL- colesterol menor que 35 mg/dl;
- Triglicerídeos maiores que 200 mg/dl;
- Uso de medicamentos diabetogênicos como corticóides, anticoncepcionais;
- Sedentarismo.

3.5 EXAMES REALIZADOS

Os exames que o paciente A.S. realizou foram:

- Laboratoriais
- hemograma;

- uréia;
- creatinina.

3.6 TRATAMENTO CLÍNICO

Tem como principal objetivo normalizar a atividade de insulina e os níveis sanguíneos de glicose, procurando reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas. A meta terapêutica é atingir níveis normais de glicose sanguínea sem que ocorra hipoglicemia.

Existem alguns componentes de tratamento para Diabetes: dieta, exercícios, monitorização, medicação se necessária, educação.

O tratamento pode variar durante o curso da doença devido a mudanças no estilo de vida, condições físicas e emocionais, e também por avanços nos métodos de tratamento.

Tratamento Dietético

Constitui a base do tratamento do Diabetes, visando as seguintes metas:

- Fornecer alimentos essenciais como vitaminas e minerais;
- Atingir e manter um peso razoável;
- Atender às necessidades energéticas;
- Evitar grandes flutuações diárias nos níveis de glicose sanguínea, com níveis o mais próximo do normal.

Para pacientes que necessitam do uso de insulina para ajudar no controle dos níveis de glicose, é importante manter uma consistência na quantidade de calorias e carboidratos ingeridos por ajudar na prevenção e no controle geral da glicose.

Em pacientes obesos, com DM tipo II, a perda de peso é o principal fator de prevenção para o desenvolvimento da doença. A obesidade é relacionada a um aumento de resistência à insulina.

Mesmo que seja eliminada uma pequena quantidade de peso, o paciente melhora significativamente os níveis de glicose.

Em todos os casos de DM deve-se levar em consideração as preferências alimentares do paciente, seu estilo de vida e horário habitual das refeições.

O principal objetivo do tratamento dietético é o controle de calorias ingeridas para atingir ou manter um peso corpóreo razoável e controlar os níveis de glicose sanguínea.

Um plano de refeições para um diabético inclui um percentual de calorias provenientes de carboidratos, proteínas e gorduras.

Carboidratos: Existem dois tipos principais de carboidratos: os complexos como os amidos (pães, cereais, arroz e massas) e os simples (frutas e açúcares). O objetivo da dieta é destacar a ingestão dos carboidratos complexos, mas não evitar a ingestão de açúcares simples, pois assim o paciente pode manter níveis adequados de glicose sanguínea e controle de peso.

Gorduras: a recomendação quanto à ingestão de gorduras inclui a redução e a limitação da porcentagem de gorduras ingeridas. O objetivo dessas recomendações é reduzir os fatores de risco, tais como os níveis elevados de colesterol, associados ao desenvolvimento de doença arterial coronariana, uma das principais causas de morte e incapacitação das pessoas diabéticas.

Proteínas: o paciente deve incluir em suas refeições o uso de algumas fontes de proteínas não-animais, como legumes, grãos integrais, procurando reduzir a ingestão de gorduras saturadas e colesterol. Em casos de pacientes com sinais de desenvolvimento de doença renal, a quantidade de proteínas a serem ingeridas deve ser reduzida.

Fibras: o uso de fibras no tratamento de DM tem recebido uma crescente atenção nos últimos tempos. Esse tipo de dieta tem um certo papel na diminuição de colesterol e de LPL (lipoproteína de baixa densidade). A dieta pode melhorar os níveis de glicose sanguínea, levando a uma diminuição na necessidade de insulina exógena.

A ingestão das fibras representa ser benéfica. Mas ainda estão sendo realizadas pesquisas para determinar como ocorre o metabolismo das fibras, quais são as melhores e a quantidade correta para controlar a glicose e os lipídios do sangue.

EXERCÍCIOS

Os exercícios têm extrema importância no tratamento do DM, pois ocorre uma diminuição nos níveis de glicose sanguínea e uma redução dos fatores de risco cardiovascular, aumentando a captação de glicose pelos músculos do corpo.

Mas, em casos de pacientes com níveis de glicose alterados, não devem começar os exercícios até que os níveis de glicose sanguínea estejam próximos do normal.

Ao iniciar os exercícios o paciente que necessita do uso de insulina é orientado a comer um pequeno lanche, como uma fruta por exemplo, com o intuito de evitar uma hipoglicemia inesperada.

Outro problema que pode ocorrer com os pacientes em uso da insulina é a hipoglicemia que ocorre após os exercícios. Para evitar que isso ocorra, o paciente pode realizar um lanche ao término dos exercícios.

3.7 TRATAMENTO CIRÚRGICO

Foi realizada amputação de hálux por consequência de um traumatismo não tratado. O fato de o nível de glicose sanguínea não estar controlado corretamente, dificultou a circulação do sangue, não contribuindo para uma oxigenação suficiente no local, ocorrendo a necrose dos tecidos.

3.8 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A prescrição médica manteve-se a mesma durante os dias de internamento:

- Fluidoterapia: soro fisiológico 9% 50 ml + Rocefim de 6/6 horas
- Plasil (metoclopramida) : 2 ml EV (endovenoso) de 6/6 horas em caso de vômito (antiemético);

- Dipirona: 2 ml EV de 6/6 horas em caso de hipertermia (analgésico e antitérmico);
- Tramal: 2 ml EV de 8/8 horas (analgésico de ação central);
- Dormonid: pré-operatório (indução anestésica);
- Daonil (glibenclamida): 1 comprimido duas vezes ao dia (antidiabético oral).

INSULINOTERAPIA

A insulina funciona para diminuir a glicose sangüínea após as refeições, facilitando a captação e uso de glicose pelos músculos, células hepáticas e adipócitos. Por alguns períodos de jejum, a insulina inibe a quebra de glicose, proteínas e gorduras.

No DM tipo II pode ser necessária a longo termo para controlar os níveis de glicose, caso a dieta ou algum outro método de controle da glicose venha a falhar. Em outros casos, o paciente é controlado apenas pela dieta ou acompanhada de um agente oral, pode necessitar da insulina temporariamente.

Geralmente, as injeções de insulina são tomadas para controlar os aumentos dos níveis de glicose após as refeições e durante a noite. A dose de insulina para cada paciente é determinada pelo nível de glicose no sangue, portanto é essencial a monitorização precisa dos níveis de glicose sangüínea.

Insulina de curta ação:

- Insulina comum

O início da ação da insulina é de 30 minutos a 1 hora; o pico é de 2 a 3 horas; a duração é de 4 a 6 horas.

A insulina comum tem aspecto claro e geralmente é administrada 20 a 30 minutos antes de uma refeição.

Insulina de ação intermediária:

- Insulina NPH
- Insulina lenta

Sua ação tem início de 3 a 4 horas; o pico de 12 a 14 horas; a duração de 16 a 20 horas.

Tem aspecto branco ou leitoso. É importante para o paciente, ter ingerido algum alimento por volta do início e pico da ação destas insulinas.

Insulina de longa duração:

- Insulina ultralenta (UL)

Tende a ter uma ação longa, lenta, mantida. O início da ação dá-se de 6 a 8 horas; o pico de 12 a 16 horas; a duração de 20 a 30 horas.

3.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem prestada ao paciente foi:

- a) Administração dos medicamentos conforme prescrição médica;

- b) Observação de acesso venoso, estando atenta a ocorrência de soroma, ou de qualquer outro fator que viesse a dificultar o andamento do tratamento;
- c) Questionar ao paciente se observou a presença de sangue nas fezes ou urina;
- d) Estar atenta à ocorrência de vômitos ou diarreias, visando que os mesmos podem levar a uma desidratação.

3.10 EDUCAÇÃO

As categorias de informações para os pacientes diabéticos, incluem:

- Definição básica de DM;
- Faixas normais de glicose;
- Efeito da insulina e dos exercícios;
- Efeito dos alimentos, doenças e infecções;
- Administração de insulina;
- Informação dietética básica;
- Monitorização da glicose sanguínea;
- Reconhecer, tratar e prevenir de complicações como hipoglicemia ou hiperglicemia;
- Cuidados com os pés;
- Cuidados com os olhos;
- Higiene geral (cuidar da pele, higiene oral);
- Tratamento de fatores de risco como controlar Pressão Arterial e lipídios do sangue.

3.11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período em que o paciente foi acompanhado, procurou-se lhe passar as informações necessárias, esclarecendo dúvidas e incentivando o mesmo a seguir as orientações médicas relativas à dieta e ao uso de medicamentos nos horários adequados, objetivando melhores condições de tratamento.

3.12 CONCLUSÃO

O Curso Técnico em Enfermagem teve uma importância fundamental para ampliar conhecimentos.

Através dele, teve-se acesso a informações, as quais nos foram repassadas por professores qualificados, que o fizeram sem medir esforços.

Com a realização dos estágios, surgiram várias oportunidades, onde foram colocados em prática todos os conteúdos repassados em sala de aula, aplicando-os através de técnicas, sendo elas simples ou complexas.

Ao concluir este estudo de caso, foi possível constatar a importância do contato direto com o paciente. É através deste contato que temos a oportunidade de vivenciar as dificuldades, as emoções, o sofrimento de forma que nos tornamos mais humanos e aprendemos a valorizar a vida como algo único e irrecuperável.

Mafra, 20 de fevereiro de 2003.



Assinatura

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Dicionário de Especialidades Farmacêuticas – DEF.JBM, 1995/96