

**CEFET/SC – CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE  
SANTA CATARINA  
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

05 JUN 2003 0298

**CEFET-SC BIBLIOTECA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR**

REL ENF  
0079

CEFET - UE Joinville



\*1639\*

REL ENF

0079

Relatório de estágio curricular

*Procurar  
fazer ficha de  
os estágios para  
de Arni e en assinar  
em 05/06  
Neline*

**MARISOL ARIANE DOS SANTOS**

**MAFRA  
JANEIRO DE 2003**

*por documentos  
e encaminh  
p) pedidos do  
diploma.  
em 05/06  
Neline*



**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)** Marisol Ariane dos Santos **Matrícula:** 0117083-5 **Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.**  
**Supervisor na Empresa:** Romi 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
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
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

*Marisol Ariane dos Santos*

Estagiário(a)  
Assinatura

*Romi Regina Miquelluzzi*  
Supervisor na Empresa  
**ROMI REGINA MIQUELUZZI**  
ENFERMEIRA  
COREN-SC 54068

Coordenador do Curso  
Assinatura e Carimbo

*Rosane Aparecida do Prado*  
**ROSANE APARECIDA DO PRADO**  
GERENTE EDUCACIONAL DE  
JOINVILLE - ETFSC

## **DEDICATÓRIA**

A meus queridos pais, neste dia em que os céus abrem mais um horizonte florido em minha vida. Que vocês encontrem nestas páginas o retrato do meu futuro.

## **AGRADECIMENTO**

Venho agradecer o CEFET/SC – Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina, a manifestação do meu contentamento, diante da oportunidade com que vi aberta amplamente a porta para minha carreira.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SÍMBOLOS E/OU SIGLAS E/OU ABREVIATURAS.....</b>	<b>1</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>2 HISTÓRICO DA EMPRESA .....</b>	<b>4</b>
<b>3 ESTUDO DE CASO – COR PULMONALE.....</b>	<b>6</b>
3.1 APRESENTAÇÃO .....	6
3.2 ANAMNESE.....	6
3.3 EXAME FÍSICO .....	7
3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL – COR PULMONALE .....	7
3.4.1 Conceito .....	7
3.4.2 Etiologia .....	8
3.4.3 Fisiopatologia .....	8
3.4.4 Sintomalogia.....	9
3.5 DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS.....	9
3.5.1 Bronquite Crônica.....	9
3.5.1.1 Conceito.....	9
3.5.1.2 Fisiopatologia .....	10
3.5.1.3 Sintomalogia.....	10
3.5.1.4 Tratamento.....	11
3.5.2 Hipertensão Arterial.....	11
3.5.2.1 Conceito.....	11
3.5.2.2 Sintomalogia.....	12
3.5.2.3 Tratamento.....	12
3.5.3 Arritmia Cardíaca .....	13
3.5.3.1 Conceito.....	13
3.5.3.2 Sintomalogia .....	13
3.5.3.3 Tratamento.....	13
3.5.4 Colesterol (C <sub>27</sub> H <sub>45</sub> OH).....	14

3.5.4.1 Conceito.....	14
3.5.4.2 Tratamento.....	14
3.6 EXAMES REALIZADOS .....	14
3.7 TRATAMENTO CLÍNICO .....	15
3.8 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	15
3.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	16
3.10 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO.....	16
3.11 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	17
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>20</b>

## **LISTA DE SÍMBOLOS E/OU SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- ICD** – Insuficiência Cardíaca Direta
- nº** – Número
- mmHg** – Milímetros de mercúrio
- PA** – Pressão Arterial
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ECG** – Eletrocardiograma
- EV** – Via endovenosa
- VO** – Via oral
- mrpm** – Movimentos respiratórios por minuto
- bcpm** – Batimentos cardíacos por minuto
- T** – Temperatura
- P** – Pulsação
- R** – Respiração
- MSE** – Membro superior esquerdo
- Enf<sup>a</sup>** – Enfermeira
- GTS** – Gotas
- CPM** – Conforme prescrição médica

## **1 INTRODUÇÃO**

*centralizar*

O CEFET/SC – Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina, com base nos conteúdos repassados, instruiu e preparou Técnicos de Enfermagem, que adquiriram conhecimentos práticos e teóricos.

No decorrer dos dias 09/07/2001 a 30/10/2001 os estágios foram realizados no Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Bom Jesus de Rio Negro, Maternidade Dona Catarina Kuss, Unidades Sanitárias, Unidade Ambulatorial de Emergência.

Os estágios de Fundamentos de Enfermagem, foram realizados no Hospital São Vicente de Paulo de 09/07/2001 a 07/08/2001 supervisionados pela Enf<sup>ª</sup> Diva, onde se empregaram as técnicas de assepsia da unidade e do cliente, verificação dos sinais vitais, curativos, terapêuticas e oxigenioterapia.

No Hospital São Vicente de Paulo, realizaram-se os estágios de Clínica Médica, de 01/10/2001 a 08/10/2001 supervisionados pela Enf<sup>ª</sup> Denise, na qual desenvolvemos atividades a clientes com distintas patologias. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) prestamos cuidados a clientes em condições estáveis, graves e terminais, com a supervisão da Enf<sup>ª</sup> Graciele. Na Emergência anexo ao Hospital Bom Jesus de Rio Negro, realizaram-se as atividades, prestando cuidados a clientes acidentados, em pequenas cirurgias, terapêuticas e curativos, sob a supervisão da Enf<sup>ª</sup> Andréia.

Realizaram-se estágios de Clínica Cirúrgica no período de 21/01/2002 a 13/02/2002 no Hospital São Vicente de Paulo sob a supervisão das Enf<sup>as</sup> Diva, Débora, Janete e Neide, a qual foram realizadas atividades a clientes cirúrgicos, onde

ensinaram-nos a instrumentar materiais cirúrgicos e aprendendo todo o funcionamento da Central de Material e Esterilização.

Na Maternidade Dona Catarina Kuss foram realizados estágios Materno-Infantil no período de 15/04/2002 a 31/05/2002, sob a supervisão da Enf<sup>a</sup> Eliz, onde se prestaram cuidados a gestantes no pré-parto, parto e pós-parto, puérperas e recém-nascidos. Orientando as puérperas, foi mostrada a importância da amamentação, Teste do Pezinho e visitas mensais ao pediatra e ao ginecologista.

Nos dias 08/07/2002 a 31/07/2002, realizaram-se os estágios de Saúde Pública e Pediatria, nas Unidades Sanitárias e no Hospital São Vicente de Paulo, sob a supervisão da Enf<sup>a</sup> Denise, desenvolveram-se atividades de triagem, preventivos, curativos, vacinação em crianças, idosos e adultos em geral, palestras para prevenções de DSTs, Diabetes e Hipertensão. Na pediatria prestaram-se cuidados à crianças com diferentes patologias, confortando-as e orientando as mães a ficarem ao seu lado.

Nos dias 07/10/2002 a 16/10/2002 na cidade de Porto União, foram realizados estágios de Psiquiatria, supervisionados pela Enf<sup>a</sup> Rosamaria, onde se prestaram cuidados a clientes alcoolistas, drogaditos e psicóticos.

Nos dias 21/10/2002 a 30/10/2002 efetuaram-se estágios de Administração, supervisionados pela Enf<sup>a</sup> Graciele.

A presente pesquisa dispõe sobre a Cor Pulmonale, patologia cardiopulmonar. Através desta apresentam-se detalhes para se conhecer um pouco mais sobre esta patologia .

## 2) HISTÓRICO DA EMPRESA – HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO (HSVP)

O Hospital São Vicente de Paulo começou a ser idealizado em 1936, quando uma 1ª reunião foi realizada com representantes da comunidade Mafrense. Depois disso em 21/02/1943, nova reunião deu início à “Campanha Pró-Hospital de Mafra”, culminando com a instituição da Associação de Caridade São Vicente de Paulo. Em reunião aos 16/05/1943 autorizava-se então a confecção da planta do edifício. O terreno adquirido localizava-se na então denominada Fazenda São Miguel, onde hoje se situa a Praça Barão do Rio Branco. Em 28/11/1943 lançava-se então a pedra fundamental que marcaria o início da construção do hospital. Foi então que, em extensa solenidade, o tão sonhado “Hospital de Mafra” – o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, foi inaugurado no dia 30/07/1950, contando com 68 leitos e registrando, em seu 1º ano 1.204 internações, logo após seu funcionamento ser firmado, com Congregação das Irmãs Filhas de Caridade São Vicente de Paulo, de Curitiba, que designou 3 religiosas para a Direção do Hospital, responsabilizando-as pela fiscalização de todas as repartições, materiais e atividades da época. O HSVP ofereceu serviços de Maternidade a população desde sua fundação até o ano de 1972, quando entra em funcionamento a Maternidade Dona Catarina Kuss. O Hospital vem construindo novas alas e adquirindo novos materiais, onde atualmente em área construída de 6.486,55m<sup>2</sup> o HSVP conta com 86 leitos disponíveis dos quais 6 da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Conta também com um nº aproximado de 4 mil internações ao ano. O HSVP tem sua trajetória marcada pelo exemplo de companheirismo e solidariedade da comunidade e empresariado local. Um dos maiores

exemplos de reconhecimento está nas contribuições da comunidade através da conta de luz – onde atualmente 4.700 pessoas vêm colaborando, contando também com a ajuda de alguns postos de combustível. Sua diretoria e a Associação de Caridade que o mantém apostam na continuidade do crescimento, sempre aliado à irrestrita colaboração de toda a comunidade mafrense e da região.

### **3 ESTUDO DE CASO – COR PULMONALE**

#### **3.1 APRESENTAÇÃO**

O presente estudo de caso foi realizado durante o estágio de Clínica Médica, decorrentes nos dias 15/10/2001 a 26/10/2001 no período vespertino, no posto I, do Hospital São Vicente de Paulo, sob a supervisão da Enfermeira Denise Dallagnol.

A patologia estudada, Cor Pulmonale, vem a ser consequência da DPOC, onde a mesma afeta a função pulmonar e sua rede vascular.

Desconhecia-se a existência da mesma, o que proporcionou certa dificuldade na pesquisa e ao mesmo tempo, incentivou a sua realização.

#### **3.2 ANAMNESE**

O cliente C.P., internado no quarto 25, leito A, é brasileiro, morador da cidade de Mafra, de cor branca, com 70 anos de idade, sexo masculino, viúvo e aposentado.

Em vários momentos em companhia do cliente, o mesmo relatou que no mês anterior esteve internado no Hospital São Vicente de Paulo, com Bronquite Crônica, patologia esta que vem se manifestando desde 1997.

No seu internamento atual, chegou ao Hospital apresentando êmese, dispnéia, taquicardia, PA: 200x80 mmHg. Foi realizado exame de eletrocardiograma (ECG) e logo após medicado com Plasil 2ml EV conforme prescrição médica.

No dia 18/10/2001, o cliente recebeu nos 4 dias seguintes de seu internamento todos os cuidados. No decorrer dos dias o cliente foi melhorando seu estado, desaparecendo a sibilância, a dispnéia a pequenos esforços, a PA foi controlada, voltando a alimentar-se normalmente.

No dia 23/10/2001, o cliente que estava aceitando bem a dieta, deambulando sem sentir dispnéia, recebeu alta hospitalar, apenas continuando a tomar a medicação para Hipertensão Arterial, como já havia sido feito anteriormente.

### 3.3 EXAME FÍSICO

O cliente mostrava-se pálido, presença de flebite no MSE, após deslocamento da punção venosa, dispnéia e sibilância aos esforços e edema de pés e pernas.

Com os sinais vitais conferidos, foram os seguintes resultados;

- a) Pulsação: 30 mrpm;
- b) Respiração: 110 bcpm;
- c) Temperatura: 37,0° C;
- d) Pressão Arterial: 200x80 mmHg.

### 3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: COR PULMONALE

#### 3.4.1 Conceito

O cor pulmonale é uma condição em que o ventrículo direito do coração aumenta (com ou sem ICD), em consequência de patologias que afetam a estrutura ou função do pulmão e de sua rede vascular.

### 3.4.2 Etiologia

A etiologia mais freqüente é a DPOC, na qual as alterações nas vias aéreas e as secreções retidas reduzem a ventilação alveolar. Outras causas da cor pulmonale, são as condições que restringem ou comprometem a função pulmonar, levando à hipóxia ou acidose (deformidades do arcabouço torácico, obesidade maciça).

Determinados distúrbios do sistema nervoso, músculos respiratórios, parede torácica e árvore arterial pulmonar, podem ser responsáveis pelo cor pulmonale.

### 3.4.3 Fisiopatologia

O cor pulmonale pode produzir alterações fisiológicas que, com o tempo irão afetar o coração e causa hipertrofia e eventualmente falência do ventrículo direito. Qualquer privação de oxigênio nos pulmões pode causar hipercapnia (dióxido de carbono aumentando no sangue) e hipoxemia (pressão arterial de oxigênio diminuída), resultando em Insuficiência Ventilatória.

As duas condições anteriores provocam vasoconstrição arterial pulmonar e possível redução do leito vascular pulmonar, como no enfisema ou embolia pulmonar. Como resultado, tem-se a resistência aumentada no sistema pulmonar, com um imediato aumento na pressão sanguínea pulmonar (hipertensão pulmonar). As pressões arteriais pulmonares médias de 45 mmHg ou mais podem ocorrer no cor pulmonale.

Em resumo, o cor pulmonale resulta da hipertensão pulmonar que causa dilatação do lado direito do coração, por causa do trabalho aumentado, necessário para bombear o sangue contra a alta resistência através do sistema vascular.

### 3.4.4 Sintomalogia

Os sintomas do cor pulmonale, são aqueles da doença pulmonar subjacente, tal como a DPOC, respiração curta e tosse como principais sinais.

À medida que o ventrículo direito entra em falência, o cliente passa a desenvolver:

- a) Edema de pés e pernas;
- b) As veias do pescoço ficam distendidas;
- c) Fígado aumentado e palpável;
- d) Derrame pulmonar
- e) Ascite;
- f) Sopros cardíacos. Manifestações resultantes dos níveis elevados de dióxido de carbono, cefaléia, confusão e sonolência.

## 3.5 DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS

O cliente apresentou, como diagnóstico secundário, Bronquite Crônica, Hipertensão Arterial, Arritmia Cardíaca e Colesterol.

### 3.5.1 Bronquite Crônica

#### 3.5.1.1 Conceito

A bronquite crônica é definida como a presença de uma tosse produtiva, que perdura por 3 meses ao ano, por 2 anos consecutivos. Com isso a interferência na eficácia da respiração, pois há muito acúmulo de secreção. A forma crônica pode ser consequência de repetidas crises de base aguda, mais como principais causas estão o fumo de cigarro e a exposição à poluição.

Clientes com bronquite crônica apresentam susceptibilidade aumentada às infecções recorrentes do trato respiratório inferior. As exacerbações da bronquite crônica são mais prováveis de ocorrer durante o inverno. A inalação de ar frio produz broncoespasmos em pessoas sensíveis.

Como a bronquite crônica acompanha toda a estação fria, seu desaparecimento é logo que começa o verão.

### 3.5.1.2 Fisiopatologia

As fumaças irritantes afetam as vias aéreas, resultando em hipersecreção de muco e inflamação. Pela constante irritação, as glândulas secretoras do muco e hipertrofiam, as células caliciformes aumentam em número e há redução na função dos cílios e mais muco é produzido. Resultando em tampão brônquico e estreitamento. Os alvéolos adjacentes aos bronquíolos podem tornar-se lesionados e fibrosados, alterando a função dos macrófagos alveolares que tem um papel importante na destruição de partículas estranhas, incluindo as bactérias, tornando aos clientes a susceptibilidade à infecção respiratória. Com o tempo, alterações pulmonares irreversíveis podem ocorrer, com resultante enfisema e bronquiectasia.

### 3.5.1.3 Sintomalogia

Uma tosse produtiva e crônica, nos meses de inverno, é o primeiro sinal de bronquite crônica.

O cliente geralmente tem uma história de tabagismo e freqüentes infecções respiratórias.

### 3.5.1.4 Tratamento

O tratamento inclui a irradiação de enfermidades coexistentes, administração de medicamentos expectorantes e broncodilatadores, transferência do doente para ambiente de ar puro.

## 3.5.2 Hipertensão Arterial

### 3.5.2.1 Conceito

Afecção caracterizada por PA elevada que ultrapassa os 140x90 mmHg. Ocorre com o aumento da resistência periférica à passagem do sangue nas artérias, ou seja, há pressão do sangue sobre os vasos, acima dos níveis normais. É enfermidade comum, que atinge 10% a 20% da população adulta, sendo que a PA 140x90 mmHg é considerada normal, pois tal medida só é válida para os adultos. “Um adolescente com essa pressão já está nos limites”. Para uma criança de 10 anos é aceitável uma pressão 120x70 mmHg; para um jovem de 20 anos em diante admite-se que a pressão sistólica seja um pouco mais elevada ficando entre 150 e 160. O critério de gravidade em relação à PA depende mais do valor da pressão diastólica (ou mínima).

A sistólica alta pode ser apenas um sinal de nervosismo ou tensão e tende a oscilar. Mas, quando se mantém elevada a diastólica, os vasos ficam contraídos e a força de bombeamento do coração precisa ser maior para vencer a resistência das artérias o que prejudica o órgão.

A OMS de São Paulo considera no limite da normalidade os indivíduos com pressão diastólica entre 90 e 94 mmHg e classifica o distúrbio em 3 categorias:

- a) Hipertensão Leve: pressão diastólica entre 95 e 104 mmHg, (85% dos indivíduos com pressão alta estão nessa categoria).
- b) Hipertensão Moderada: pressão diastólica entre 105 e 114 mmHg.
- c) Hipertensão Severa: pressão diastólica acima de 115 mmHg.

A hipertensão é aparentemente mais freqüente nos países que possuem nível de vida elevado. Classificando-se em:

- a) Primária ou essencial: é a mais grave por ser de etiologia desconhecida.
- b) Secundária: é conseqüente de outra patologia.
- c) Maligna ou severa: se instala de modo abrupto e com conseqüências graves (250x150 mmHg).

### 3.5.2.2 Sintomalogia

Os sintomas da hipertensão arterial são:

- a) Cefaléia;
- b) Dispnéia;
- c) Astenia;
- d) Vertigem;
- e) Palpitações;
- f) Zumbido no ouvido;
- g) Dor na nuca;
- h) Edema de pernas;
- i) Escotomas cintilantes (ver estrelas).

### 3.5.2.3 Tratamento

As formas de tratamento para hipertensão arterial são as seguintes:

- a) Eliminação ou o controle de possíveis causas;
- b) Dieta hipossódica e dieta hipogordurosa;
- c) Exercícios físicos leves e moderados;
- d) Controle de peso: clientes que perdem peso tem sua pressão arterial diminuída e geralmente redução da glicemia e lipidemia;
- e) Medicação antihipertensivos.

### 3.5.3 Arritmia Cardíaca

#### 3.5.3.1 Conceito

É um distúrbio dos batimentos do coração decorrente de uma alteração na frequência ou no ritmo, ou em ambos.

As arritmias são descontroles do sistema de condução do coração e não da estrutura cardíaca. Sendo identificada através da análise das ondas do eletrocardiograma (ECG). As arritmias são qualificadas de acordo com o local de origem dos impulsos e mecanismos de condução envolvido.

#### 3.5.3.2 Sintomalogia

Os sintomas da arritmia cardíaca são os seguintes:

- a) Síncope;
- b) Zonzeiras;
- c) Vertigem;
- d) Fadiga;
- e) Desconforto torácico;
- f) Palpitações.

#### 3.5.3.3 Tratamento

As arritmias, na sua maior parte, são tratadas por medicamentos, em situações nas quais os medicamentos isoladamente não são adequados, são usadas certas medidas mecânicas complementares. As mais comuns são a cardioversão elétrica, a desfibrilação e o marcapasso. O tratamento cirúrgico, embora menos comum, também se encontra disponível.

### 3.5.4 Colesterol (C<sub>27</sub> H<sub>45</sub> OH)

#### 3.5.4.1 Conceito

Esterol quimicamente relacionado com a vitamina D.

É um álcool sólido como uma cera, encontrado em todas as células animais, especialmente no sistema nervoso, onde é componente da mielina. Precursor dos sais biliares e dos hormônios sexuais e adrenais, sendo sintetizado pelo fígado, intestinos e, em menor quantidade, por todas as células do corpo. Encontra-se apenas nas gorduras animais, nunca nas de origem vegetal.

Seu acúmulo excessivo nas paredes internas das artérias causa a arteriosclerose, cálculos biliares, renais e hepáticos também são causados por seu excesso.

O colesterol alto é um dos principais fatores de risco de infarto.

#### 3.5.4.2 Tratamento

Pesquisas indicam uma dieta com baixo teor de gorduras (hipogordurosa) e calorias (hipocalórica) impedem a elevação da taxa de colesterol no plasma sanguíneo evitando incidência de arteriosclerose.

Deve-se também controlar o peso e aumentar os exercícios físicos.

### 3.6 EXAMES REALIZADOS

Os exames realizados no cliente C.P. foram os seguintes:

- a) Hemograma;
- b) ECG;
- c) Raios-X do tórax.

### 3.7 TRATAMENTO CLÍNICO

Os objetivos do tratamento são melhorar ventilação do cliente e tratar tanto a doença pulmonar subjacente quanto as manifestações da cardiopatia. Na DPOC, a administração de oxigênio pode ser necessária para melhorar a troca gasosa e reduzir a PA e a resistência vascular pulmonares. O transporte melhorado de oxigênio irá aliviar a hipertensão pulmonar que leva ao cor pulmonale.

Repouso no leito, restrição sódica e terapia diurética são empregados, criteriosamente, para reduzir o edema periférico (para diminuir a pressão arterial pulmonar através de uma diminuição no volume sanguíneo total) e a carga circulatória sobre o lado direito do coração.

A monitorização eletrocardiográfica (ECG) pode ser indicada, pois existe uma alta incidência de disritmias nos clientes com cor pulmonale. A infecção respiratória deve ser tratada, pois comumente precipita a doença cardiopulmonar.

Conforme prescrito pelo médico no prontuário observado, no tratamento clínico o cliente permaneceu em repouso no leito, com ingesta de líquidos e dieta hipossódica.

### 3.8 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento medicamentoso realizado no cliente C.P.M. foi o seguinte:

- a) Ancoron (Amiodarona) comp. 100mg VO 6/6 horas (antiarrítmico);
- b) Cedilanide (Desianósido) 2ml EV 6/6 horas (antiarrítmico);
- c) Plasil (Metoclopramida) 2ml EV 6/6 horas (antiemético) em caso de vômito;
- d) Moduretic (Amilorida) comp. 20mg VO 6/6 horas (antihipertensivo);
- e) Simeco-Plus 5ml VO (antiácido);
- f) Omeprazol (Omeprazol) caps. 10mg VO 6/6 horas (antiulcerosa);
- g) Solu Cortef (Hidrocortizona) 100mg 2ml EV 6/6 horas (antiinflamatório);
- h) Agiolax (Agiolax) 5ml VO óleo mineral (catárticos);

- i) Aminofilina (Aminofilina) amp. 24mg/ml 6/6 horas (broncodilatador);
- j) Atrovent (Brometo de Ipratrópio) 10 gts (broncodilatador);
- k) Berotec (Fenoterol) 5gts (broncodilatador);  
Atrovent e Berotec são soluções para inalação.
- l) Diclofenaco dietilamônio – aplicação 1 vez ao dia.

### 3.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem prestada ao cliente foi a seguinte:

- a) Verificaram-se sinais vitais (PA, T, P, R) todos os dias;
- b) Administraram-se medicações CPM, observando se o gotejamento das medicações endovenosas, estão corretas;
- c) Aplicaram-se pomadas e colocaram-se compressas quentes no MSE (formação de flebite), observando a nova punção venosa, ficando atenta à novas formações de flebites ou soromas;
- d) Na anotação de enfermagem foram observados e anotaram-se todos os dados em relação a dieta, eliminação vesicais e intestinais e todos os procedimentos realizados nos cliente.

### 3.10 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO

As orientações prestadas foram:

- a) Importância de alimentar-se para uma recuperação mais rápida, consumindo alimentos pobres em gordura e sal, evitando assim o aumento de colesterol e a elevação da hipertensão;
- b) A necessidade do procedimento de inalação, para que a desobstrução das vias tivesse maior eficácia.

### 3.11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como aluna do Curso Técnico de enfermagem, conseguiu-se repassar ao cliente, conhecimentos, informações, orientações colhidas através de pesquisas em apostilas, livros e revistas. Esclarecendo dúvidas que acometiam o cliente, incentivando-o em seu tratamento e respeitando as orientações médicas, principalmente em relação a algumas técnicas e a dieta, sempre a dispor de qualquer necessidade do cliente.

#### 4 CONCLUSÃO

Finda-se este curso, com a certeza de que seremos excelentes profissionais, pois com base nos conteúdos repassados, nas explicações dos professores, chegou-se à conclusão de que foram de grande valia. Destaca-se ainda a importância dos estágios que se fez, dando-nos mais embasamento para o exercício da profissão que escolhemos.

Frisa-se também, a importância das conversas que houve, aonde pôde-se dar sugestões e recebe-las, como criticar e ser criticada, isto é de grande valia para o aprimoramento do curso.

Em tese, sabemos que existem inúmeras patologias que atacam o corpo humano e quando não tratadas de forma correta, torna-se um problema ao cliente, levando o mesmo muitas vezes à morte.

Mafra, 30 de abril de 2003

Marisol Ariane dos Santos

## REFERÊNCIAS

MAIA, Raul; FERREIRA, J. Medes. **PAPE – Programa Auxiliar de Pesquisa Estudantil**. São Paulo: DCL – Difusão Cultural do Livro LTDA, 1982.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico**. Oitava edição. Editora Guanabara Koogan, 1999.

LAMBERTI, Antônio; MAGALHÃES, José Reinaldo; MENNUCCI, Lélia; GIESBRECHT, Ralph Mennucci; PIERUCCI, Flávio; SACCHETTA, Lia de Abreu; OLIVEIRA, Francisco de; BARROS, Alberto Luis da Rocha. **Dicionário Enciclopédico Ilustrado, tudo**. São Paulo: Círculo do Livro S.A., 1977.

KOHL, Márcia Bet. **Saúde Pública**. Florianópolis, 1997. Apostila – Curso Técnico de Enfermagem, CEFET – Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina.

PARDI, Célia. **Como se proteger da pressão alta**. Revista Cláudia. São Paulo, p. 70 - 71 - 72, Fevereiro de 1994.