

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICO DE SANTA CATARINA
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM



RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

10 JUN 2003 0300

REL ENF
0082

CEFET - UE Joinville



1642 REL ENF
Relatório de estágio curricular

0082

ADRIANA MARCOMINI

JOINVILLE
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, CGCMF 80.485.212/0001-45**, estabelecida em FLORIANÓPOLIS, representada por, Profº Enio Miguel de Souza, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o (a) **ESTAGIÁRIO (A) Adriana Marcomini**, 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, e Convênio nº 022/96.

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 (setecentos e cinquenta e seis) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

Carga Horária	Instituição/Setor	Período
288 h	H.D.H / H.M.S.J / H.R.H.D.S / PA 24 HORAS.	07/02/2001 a 22/03/2001
198 h	H.D.H / H.M.S.J / H.R.H.D.S / M.D.V.	31/08/2001 a 19/12/2001
270 h	M.D.V / Amb. Rede Mun. / Colônia Santa Tereza/ H.R.H.D.S / H.D.H	07/02/2002 a 09/07/2002

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). JANETH DA CUNHA MAGENIS, 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 81-24-400.288 da Companhia LIBERTYPAULISTA SEGUROS.

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

Florianópolis, 02 de abril de 2001.


EMPRESA
Assinatura e Carimbo


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


JANETH DA C. MAGENIS
ENFERMEIRA
COREN-SC 58631
Testemunha


ESTAGIÁRIO



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): Adriana Marcomini. Matrícula: 0027044-3 Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/1º Sem.
Supervisor na Empresa: Janeth da Cunha Magenis. COREN: 58631.

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. Pronto Atendimento 24h Hospital Municipal São José Hospital Regional Hospital Dona Helena	07/02/2001 a 22/03/2001. 17/05/2001 a 06/07/2001.	<ul style="list-style-type: none">Fundamentos de EnfermagemClinica Médica – UTI e Emergência	288h
2. Hospital Dona Helena Hospital Municipal São José Hospital Regional Maternidade Darcy Vargas	31/08/2001 a 08/10/2001. 28/11/2001 a 19/12/2001.	<ul style="list-style-type: none">Clinica Cirúrgica IIObstetrícia – Neonatologia – Pediatria	198h
3. Maternidade Darcy Vargas Ambulatórios da Rede Municipal Colônia Santa Tereza Hospital Regional Hans Dieter Schmitt	07/02/2002 a 08/03/2002. 17/04/2002 a 22/05/2002. 19/06/2002 a 01/07/2002. 02/07/2002 a 09/07/2002.	<ul style="list-style-type: none">Obstetrícia – Neonatologia – PediatriaSaúde Pública IIPsiquiátrica II	270h

Adriana Marcomini
Estagiário (a)
Assinatura

Supervisor na Empresa
Assinatura e Carimbo

JANETH DA C. MAGENIS
ENFERMEIRA
COREN-SC 58631

Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo

JURACI MARIA TISCHER
GERENTE DA UNIDADE DE
SAÚDE DE JOINVILLE

Dedicatória

A minha falecida,
porém inesquecível
mãe

Agradecimento

A todas as pessoas
que estiveram do meu
lado e acreditaram em
mim

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	05
2 EMPRESA: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ	06
3 ESTUDO DE CASE: TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR	07
3.1 Apresentação.....	07
3.2 Anamnese.....	07
3.3 Diagnóstico.....	07
3.4 Exame Físico.....	07
3.5 Traumatismo Raquimedular.....	08
3.6 Exames Complementares.....	09
3.7 Tratamento Clínico.....	10
3.8 Tratamento Cirúrgico.....	10
3.9 Assistência de Enfermagem.....	10
3.10 Orientação e Educação.....	11
3.11 Considerações Finais.....	11
4 CONCLUSÃO	12
ANEXOS	12
Anexo 1 – Tomografia do crânio.....	13
Anexo 2 – Tomografia da coluna.....	14
Anexo 3 – Tomografia da bacia.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

Durante o curso Técnico de enfermagem, há muitas coisas que aprendemos sobre proceder em atendimentos de enfermagem. O importante desse curso foram as lições de vida que tivemos e as coisas que aprendemos e vamos carregar como exemplo para o resto de nossas vidas. O presente relatório tem como objetivo apresentar o resultado das atividades realizadas durante o curso Técnico de Enfermagem. Vários estágios foram realizados em hospitais, maternidade e postos de saúde.

O primeiro deles foi o de fundamentos de Enfermagem sob a supervisão da professora Cláudia Lopes de Oliveira realizado no Hospital Regional Hans Deiter Schimith e Hospital Dona Helena com a finalidade de colocarmos em prática os cuidados básicos com pacientes e realizar os primeiros procedimentos de enfermagem.

No Hospital Municipal São José foram realizados os estágios de clínica médica com supervisão da professora Roni R. Miquelluzi e Lorena Morales; unidade de terapia intensiva com a professora Débora Rinaldi; emergência com a supervisão da professora Janete Magenis e clínica cirúrgica supervisionada pela professora Márcia. Todos com o objetivo de prestar cuidados aos pacientes e suas patologias, conhecer a unidade e todos seus aparelhos e principalmente os procedimentos de enfermagem. Na Maternidade Darci Vargas foram realizados os estágios de administração com a professora Anna Kipel e neonatologia com a professora Ondina Machado.

O estágio de Obstetrícia foi na Maternidade Dona Helena com a supervisão da professora Juraci Tischer e o estágio de Psiquiatria com a professora Lorena Morales foi realizado no Hospital Hans Dieter Schimith.

Todos os estágios foram realizados com sucesso graças a supervisão das professoras e enfermeiras.

EMPRESA: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ

Em 1901 o conselho municipal promulga uma resolução que criava um fundo para a construção do hospital. O padre Carlos Boegerhausen foi quem cedeu o terreno.

A inauguração ocorreu em 4 de junho de 1906 com uma festa grandiosa para toda a população. Era inaugurado um hospital, mais para abrigar do que para tratar, fato normal no início do século.

Os equipamentos vieram com isenção de impostos, principalmente da Alemanha.

O dinheiro não foi suficiente para a construção de todo o hospital, decidindo-se inicialmente pela construção somente da ala direita.

O primeiro Diretor-Médico foi o Dr. Carlos Lange, que passou a diretoria médica para o Dr. Plácido Gomes de Oliveira em 1917.

O trabalho no hospital era praticamente em doação, tanto dos funcionários como dos médicos dos funcionários como dos médicos.

Em 1915, criava-se o cargo de diretor de hospital e nomeava-se o Sr. Oscar Schneider, como primeiro diretor.

O isolamento do hospital foi construído somente em 1934 com capacidade para apenas oito leitos.

O primeiro RX da cidade chegou em fevereiro de 1923.

Em 1940, mais médicos e especialização, mais ciência com o uso da penicilina que mudaria tudo radicalmente. Em 1947, para selar as mudanças que ocorriam o hospital passou a se chamar São José e, posteriormente, em 1950 para Hospital Municipal São José.

Em 1963 e 1969, foi construído um novo edifício moderno defronte ao velho hospital.

Em 1973 eram 306 leitos, com 231 funcionários. Ainda nesta década, grandes mudanças ocorreram: a abertura de uma unidade de terapia intensiva, implantação da hemodiálise, grandes cirurgias, como a separação das xilófagas, realizada em 1977.

O marco da investida tecnológica do hospital foi o início da tomografia computadorizada, o primeiro deste tipo na cidade. Abrem-se em 1995 a unidade de terapia intensiva pediátrica e neurocirúrgica.

ESTUDO DE CASO: TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

3.1 APRESENTAÇÃO

O estudo de caso realizado durante o estágio de Clínica Cirúrgica no Hospital Municipal São José na data de 06-02-02 ao dia 15-02-02, com a supervisão das enfermeiras Ana Kipel e Janina Barbosa.

A paciente escolhida para este estudo deu entrada na emergência do hospital, no dia, 19-01-02 trazida pelos paramédicos, vítima de queda de altura com suspeita de fratura de vértebra e traumatismo craniano encefálico.

3.2 ANAMNESE

D.B. 17 anos, nascida e moradora de Joinville, solteira, filha mais nova do casal com sete filhas mulheres. A paciente diz não ser tabagista e nunca ter usado drogas.

A família relata que a menor caiu do segundo andar de um hotel em Barra Velha, onde estava em companhia de um amigo. A paciente foi socorrida pelo Corpo de Bombeiros da cidade e trazida até o Hospital São José.

3.3 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

O Diagnóstico principal era trauma raquimedular, fratura da sexta e sétima vértebra cervical, traumatismo craniano encefálico e trauma de joelho direito.

3.4 EXAME FÍSICO

A paciente pesava 55 kg sendo que o peso ideal seria o mínimo de 61 kg para uma medida de 1,70 cm. Apresentava cicatriz no couro cabeludo na parte parietal do crânio e outra na região cervical e uma cicatriz na clavícula. Possuía começo de escara na região sacra e tornozelo, dentes bem cuidados, boca sem halitose, unhas limpas e cortadas.

No momento dos cuidados não possuía nenhum curativo, havia uma tala no membro inferior direito devido à lesão do joelho, porém foi retirada pelo médico no terceiro dia de estágio.

A paciente fazia uso de meias elásticas e colar cervical, colxins para apoio. Não tinha movimentos nos membros inferiores e movimentava com dificuldade os membros superiores.

3.5 TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

Traumatismo raquimedular é uma agressão traumática da medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alterações da função motora, sensitiva e autônoma.

Tem sido considerado um problema de saúde pública não somente no Brasil, mas também no exterior. Sabe-se da preocupação dos especialistas na área com o contingente alarmante de lesados medulares nos últimos tempos, e, diante disso, tais especialistas têm direcionado e mesmo divulgado suas pesquisas para o aspecto preventivo do traumatismo raquimedular.

No Brasil, as causas externas que, em sua maioria, ocasionam o traumatismo são o acidente automobilístico, o ferimento por arma de fogo e as quedas.

O rápido e desordenado crescimento urbano e a desenfreada violência subsidiam as causas externas apontadas anteriormente, merecendo destaque as quedas, que, em virtude do desenvolvimento da construção civil, estão associadas, também, aos acidentes de trabalho.

A prevenção de complicações com um enfoque reabilitador, minimizando ou mesmo evitando seqüelas às vítimas de acidentes tem sido tratada por meio de atendimento, imobilização e transporte de vítimas eficientemente. No que se refere ao traumatismo raquimedular, tem-se preconizado que sejam imobilizadas com colar cervical todas as vítimas, indistintamente, bem como que sejam removidas em superfícies planas e rígidas.

A preocupação dos pesquisadores na fase de resgate implica, primeiramente, tratar todas as vítimas como sendo um suposto traumatismo raquimedular. Daí a imobilização com colar cervical e, também, passíveis de um segundo acidente, ou seja, uma lesão medular por manipulação e imobilização inadequada do acidentado, o que ocorre aproximadamente entre 3 e 10% nos casos de traumatismo raquimedular.

Sabe-se que a população mais acometida por este tipo de traumatismo é predominantemente jovem em uma faixa etária que vai de 18 a 30 anos e com pessoas do sexo masculino.

Há, também, um caráter sazonal do traumatismo raquimedular: por exemplo em períodos de verão ou de elevadas temperaturas climáticas, ocorrem os mergulhos em águas rasas, causa esta que, comumente, determina traumatismo raquimedular no nível da coluna cervical.

Com relação à etiologia, os traumatismos penetrantes por meio de arma de fogo, arma branca ou lesões de guerra produzem ferimentos e contusões graves, geralmente provocando perda de substância, fístulas, infecções e meningites. Nos traumatismos fechados fica difícil estabelecer a relação entre o tipo de lesão e o quadro clínico.

Imediatamente após uma lesão medular, ocorre um período transitório de disfunção denominado “choque medular”. Durante este período, não se obtém atividade voluntária ou reflexa distal ao nível da lesão.

É caracterizada por um período de arreflexia, no qual se destaca a paralisia e anestesia abaixo do nível da lesão, arreflexia vesical predominando a retenção urinária, alterações neurovegetativas (respiratória, cardiocirculatórias, como a hipotensão e a bradicardia, ascilações térmicas), alterações digestivas, como dilatação gástrica, ileoparalítico, úlceras de estresse, priapismo.

Este período de choque medular tem discussão controversa quanto à duração, sendo que alguns autores consideram a variação entre 72 horas e 2 ou 3 semanas. Os reflexos normais são os primeiros a se recuperarem do choque medular, em geral, dentro das 24 horas.

Assim, para o prognóstico de retorno neurológico, deve-se considerar o tratamento recebido pela vítima desde o momento do acidente quanto à avaliação emergencial recebida, imobilização e transporte adequados, até uma abordagem multidisciplinar em uma instituição hospitalar geral ou especializada, lembrando-se de que o tratamento do traumatismo raquimedular deverá ser iniciado no local do acidente.

3.6 EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames realizados foram muitos porém os mais importantes foram a tomografia computadorizada do crânio, da coluna e da bacia. (Ver anexo 1, 2 e 3)

Foi realizado radiografia para observar a fratura das vértebras e do membro inferior direito na qual foi constatado fratura no ratela.

Os exames de sangue e urina estavam normais.

3.7 TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento foi através de medicação e fisioterapia. A medicação usada pela paciente foi:

- a) Antak – cloridrato de ranitidina: para evitar úlcera péptica;
- b) Dipirona – dipirona sódica: Analgésico e antitérmico;
- c) Heparina – liquemine: Anticoagulante;
- d) Fluoxetina – cloridrato de flouxetina: Antidepressivo;
- e) Plasil – cloridrato de metoclopramina: Antiplasmático.

A dieta era pastosa via oral. Paciente realizava fisioterapia motora e respiratória todos os dias. Tinha prescrito também mudança de decúbito de 2 em 2 horas.

3.8 TRATAMENTO CIRÚRGICO

A cirurgia foi no dia 23-01, paciente levada para o centro cirúrgico onde realizou a cirurgia de artrodose de coluna cervical, qual foi implantado um fixador cervical na parte frontal da coluna. Realizou drenagem de hematoma estradural.

O cirurgião responsável foi o Doutor Sérgio Wolf e o auxiliar André Kiss, a cirurgia teve início às 11h 30 e término às 15h. Do centro cirúrgico a paciente foi encaminhada direta à Unidade de Terapia Intensiva, da qual saiu no dia 25-02-02 às 13h30.

3.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Além da assistência básica que é a medicação no horário certo, controle de sinais vitais e higiene do paciente, foram prestadas as seguintes assistências:

- a) Mudança de decúbito de 2 em 2 horas;
- b) O uso do colar cervical sempre que movimentar a paciente;
- c) Observar insuficiência respiratória, devido a paralisia da musculatura utilizada na respiração;
- d) Observar integridade da pele para observar começo de escaras;
- e) Uso dos colxins em extremidades ósseas;
- f) Usados emolientes após o banho para conservar a integridade da pele;
- g) Levantar a paciente devagar para evitar hipotensão.

3.10 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO

As orientações dadas foram tanto ao paciente como também à família que estava sempre presente durante a assistência prestada. Paciente foi orientada a ter cuidado ao levantar para evitar uma hipotensão. A família foi muito orientada quanto a importância da mudança de decúbito o uso dos colxins e emolientes para prevenir escaras. Foi evidenciada a importância da higiene do couro cabeludo, pois o paciente não havia feito nenhuma vez depois de ter dado entrada no setor.

3.11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A paciente no último dia de estágio continuava internada aguardando cirurgia do membro inferior direito que estava marcada para o dia 14-02 às 13h. Essa cirurgia não foi realizada segundo o médico responsável, o joelho já havia calcificado e não havia necessidade de realizar cirurgia.

As maiores dificuldades foram quanto à mudança de professores durante o estágio, e conversar com a família sobre o acidente ocorrido.

Aprendeu-se muito com esse estudo de caso, não só referente à doença, mas sobre o ser humano através desse paciente, que mesmo com tantos problemas sempre dava um sorriso quando se entrava no quarto pela manhã.

CONCLUSÃO

O Curso Técnico de Enfermagem foi muito importante em nossa vida não só na parte profissional, mas como grande valia pessoal. Conhecimentos adquiridos com professores, colegas, pacientes e profissionais em campo de estágio são experiências sem igual.

Foi com esses conhecimentos que se pôde enfrentar as piores fases da vida, passada durante o curso.

Hoje somos capazes de garantir que sentimo-nos realizados com profissionais.

Podemos recordar-nos de momentos que nos sentimos úteis para alguém, seja na hora do nascimento, na hora de vir e descobrir o mundo, ou na morte que é a hora que nada mas importa, só o respeito ao ser que se foi e aos familiares.

Com o passar do curso, pôde-se ver que ser um Técnico de Enfermagem não é apenas realizar técnicas com habilidade e ligeireza, mas sim ser humano e saber que enfermagem é gente que cuida de gente.

Adriana Marcomini Rodrigues

13 de Janeiro de 2003.

ANEXOS

Anexo 1 – Tomografia de crânio

Idade: 17 A 0 M
Médico: Dr. Sergio Alberto Wolf
Convênio: Sus Internado
Data : 22/01/2002

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO No: 29.739

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos axiais partindo do plano formado pela linha orbitomeatal em direção do vértex.


LAUDO:

- Extenso traço de fratura occipito-parietal posterior para-mediano esquerdo.
- Presença de coleção extra-dural hiperdensa parietal posterior esquerda medindo 18mm em sua maior espessura no plano axial.
- O sistema ventricular apresenta-se com morfologia, topografia e dimensões normais.
- Ausência de desvios da linha média.
- Estiramento dos sulcos corticais.

CONCLUSÃO:

Estudo tomográfico computadorizado crânio-encefálico revela:

- Hematoma extra-dural parietal esquerdo.


Dra. Carla Heloisa Cabral Moro
CRM 6298

Anexo 2 – Tomografia da coluna

Idade: 17 A 0 M
Médico: Dr.Faisal A. Jomaa
Convênio: Sus Internado
Data : 19/01/2002

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA No: 29.685

Foram realizados cortes tomográficos transversais da coluna cervical (C4, C5, C6, C7, T1) com 3mm de espessura, com reconstrução sagital guiados por radiografia digital, que revelaram:

- Fraturas envolvendo o corpo vertebral de C6 e C7, com importante protusão de material ósseo posteriormente ao nível de C7 que reduz consideravelmente a luz do canal vertebral.
- Fratura envolvendo a lamina lateral direita do arco posterior de C6.
- Demais corpos vertebrais, bem como os elementos que constituem os arcos posteriores das vértebras estudadas, sem evidência de anormalidade.

(4 filmes)

Dra. Carla Heloisa Cabral Moro
CRM 6298

Anexo 3 – Tomografia da bacia

LAUDO: 17/01/02
Médico: Dr.Faisal A. Jomaa
Convênio: Sus Internado
Data : 19/01/2002

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA No: 29.686

TECNICA:

Foram realizados cortes tomográficos de 5mm com intervalos de 5mm.

LAUDO:

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares mantidos.
- Planos musculares íntegros.
- Superfícies articulares lisas.
- Corticais e medulares ósseas sem alterações.

Dr. Jose Francisco Jannini
CRM 4302



REFERÊNCIAS

- VALENTIM, Lairton. **Joinville, seus médicos e suas histórias**. Florianópolis: UFSC 1997
- FURTADO, Elizabete, MAGENIS, Janeth da Cunha, TISCHER, Juraci M., MACHADO, Ondina, FLOR, Rita de Cássia. Clínica Médica. **Apostila – curso Técnico de Enfermagem**. Escola de Santa Catarina. Joinville 2000
- BRUNNER, Lílian S., SUDARTH, Daris S. **Enfermagem médico - cirúrgico**. Guanabara, RJ: 1987
- KINDERSLEY, Darling. **O corpo humano**. São Paulo: Globo AS. ISBN85 – 250 – 1651-9. CD Rom para Windows
- MEERKER, Margaret H., RATHAROCK, Jane C. **Cuidados de enfermagem do paciente cirúrgico**. 10 ed. Guanabara Koogan, RJ: 1997