

**CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE SANTA
CATARINA
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

12 FEV 2003 0 2 7 4

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

REL ENF
0083

CEFET-SC BIBLIOTECA

CEFET - UE Joinville



1643 REL ENF 0083
Relatório de estágio curricular

KARIN DANIELLE SAUER SPROTTE

**MAFRA
FEVEREIRO DE 2003**



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) Karin Danielle Sprott**, 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.

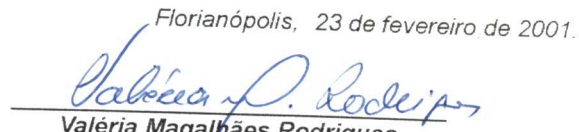
Art. 6º - O ESTAGIÁRIO obriga-se a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.


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.


 EMPRESA
 Assinatura e Carimbo


 ESTAGIÁRIO

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2001.

 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) Karin Danielle Sprott Matrícula: 0117077-2 **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

Karin Danielle Sprott
Estagiário(a)
Assinatura

Roni Regina Miquelluzzi
RONI R. MIQUELLUZZI
Supervisor na Empresa
COREN: 54068
Assinatura e Carimbo

Rosane Aparecida do Prado
Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo

ROSANE APARECIDA DO PRADO
GERENTE EDUCACIONAL DE
JOINVILLE - ETFS

*Consagro este trabalho aos meus pais:
Ildefonso e Aricléia Sprotte, aos meus irmãos:
Karol, Eduardo e Kathlim.*

*Dedico ainda ao João Carlos, William,
Hohana, Gustavo e Cristiane, os quais com
certeza torcem por mim e eu por eles, tendo
assim a minha gratidão.*

*E a todos os meus amigos que de alguma
forma contribuíram para o meu sucesso.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Centro Federal de Educação Tecnológica – CEFET/SC pelo curso oferecido em nosso município. A todos os professores e supervisores que estiveram juntos repassando todos os seus conhecimentos com paciência e dedicação.

Não posso deixar de agradecer às Instituições que nos ofertaram espaço para realização dos estágios.

Agradeço ainda aos meus pais pelo pagamento do curso e todos os meus familiares que durante todo esse período de estudo me deram força e inspiração.

Agradeço, em especial, a Deus, que está sempre comigo, preparando um caminho cheio de coisas boas e maravilhosas.

SUMÁRIO

LISTA DE SÍMBOLOS	5
1.0 INTRODUÇÃO	6
2.0 EMPRESA: HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	9
3.0 ESTUDO DE CASO	12
3.1 APRESENTAÇÃO	12
3.2 ANAMNESE	12
3.2.1 Identificação	12
3.2.2 Queixa principal	13
3.2.3 História da patologia atual	13
3.2.4 História médica pregressa	13
3.2.5 História familiar	14
3.2.6 Ectoscopia	14
3.3 EXAME FÍSICO	14
3.4 CONCEITO DE DPOC	15
3.5 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	16
3.5.1 Conceito da Doença	16
3.5.2 Etiopatogenia	17
3.5.3 Fisiopatologia	18
3.5.4 Quadro Clínico	19
3.5.5 Controle e Medidas Preventivas	19
3.6 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	20
3.6.1 Conceito de Hipertensão	21
3.7 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	21
3.7.1 Conceito de Úlcera Péptica	22
3.8 EXAMES REALIZADOS	22
3.9 TRATAMENTO CLÍNICO	23
3.10 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PRESCRITO	24
3.11 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	25
3.12 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO	26
3.13 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
4.0 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29

benjamin

LISTA DE SÍMBOLOS

- CPM – Conforme Prescrição Médica
- Bpm – Batimentos Cardíacos por Minuto
- EV – Via Endovenosa
- VO – Via Oral
- IM – Via Intramuscular
- MRPM – Movimentos Respiratórios por Minuto
- P – Pulso
- PA – Pressão Arterial
- R – Respiração
- T – Temperatura
- DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- CA – Câncer
- BEG – Bom Estado Geral
- MMII – Membros Inferiores
- VR – Valores de Referência
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- HSVP – Hospital São Vicente de Paulo

1.0 INTRODUÇÃO

O Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina, através do Curso Técnico de Enfermagem, buscou preparar profissionais Técnicos de Enfermagem capazes de realizar suas atividades com segurança e responsabilidade. Tal experiência foi adquirida com aulas teóricas e práticas.

Os estágios foram realizados no Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Bom Jesus, Maternidade Catarina Kuss, Posto de Saúde, Unidade Ambulatorial de Emergência anexo ao Hospital Bom Jesus, Clínica Médica HJ, Psiquiátrico.

A disciplina de Fundamentos de Enfermagem Prático foi realizada no Hospital São Vicente de Paulo, com a supervisora Enfermeira Diva de Mello e na Maternidade Catarina Kuss com a supervisora Enfermeira Eliz Caus, em 09/07/2001 a 07/08/2001, onde foram aplicadas as técnicas fundamentais para o exercício da enfermagem, como: técnicas de assepsia, verificação de sinais vitais, técnicas de administração de injetáveis e medicamentos em geral, técnicas relacionadas com as necessidades de higiene e conforto, técnicas relacionadas com alimentações, técnicas de oxigenioterapia, técnicas de ferimentos e assistência geral do paciente.

No Hospital São Vicente de Paulo, com a supervisora Enfermeira Denise Dallagnol realizaram-se o estágio de Clínica Médica, sendo que o objetivo era tratar de pacientes em diversas patologias, podendo conhecer a cada necessidade. Também nestes dias 01/10/2001 a 08/11/2001, aprendemos como proceder em casos de urgência: Pronto Socorro, na Unidade Ambulatorial de Emergência anexo Hospital Bom Jesus, com a supervisão da Enfermeira Andréa Nassif. Ainda estagiamos em UTI, com a supervisora Enfermeira Graciela de

Matia, onde os cuidados intensivos ao paciente foram realizados, obtendo noções de procedimento.

No período de 21/01/2002 a 13/02/2002, iniciamos o estágio na disciplina Clínica Cirúrgica, no Centro Cirúrgico do HSVP, com a supervisão da Enfermeira Diva de Mello, onde houve oportunidade de acompanhar cirurgias em geral e também tarefas no centro de materiais. Dentro desta disciplina, supervisionados pelas Enfermeiras Débora Rinaldi e Neide Poffo, prestamos atendimento pré e pós-operatório. O estágio foi concluído no Hospital Bom Jesus, com a Enfermeira Eliz Caus ocorreram os mesmos procedimentos com pacientes em tratamento cirúrgico.

Na disciplina Materno-Infantil, Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria, foram prestados atendimentos às gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças em 15/04/2002 a 31/05/2002. Na Maternidade Catarina Kuss, procedemos cuidados pré-parto; parto; pós-parto; assistimos partos e cesarianas; orientou-se puérpera sobre cuidados com recém-nascido, amamentação, vacinação, Teste do Pezinho, visitas mensais ao pediatra e ginecologista. Foi realizado o estágio em período integral, matutino com a Enfermeira Andréa Nassif e vespertino com a Enfermeira Eliz Caus. Na disciplina de Pediatria, foi realizado o estágio no Posto de Saúde e HSVP, com a Enfermeira Denise Dallagnol, onde foram procedidos tratamentos referentes a recuperação de crianças acamadas.

Efetivamos nos Postos de Saúde, os estágios referentes a Saúde Pública, com a supervisora Enfermeira Andréa Nassif, no período de 18/07/2002 a 31/07/2002. Realizaram-se campanha de vacinação, multivacinação em fábricas, escolas e vias públicas. Conhecemos procedimentos de notificação de casos, orientações e investigações sobre diversas patologias, visitas às profissionais do sexo para conscientização do uso de preservativo e apresentação da camisinha feminina, visitas domiciliares, atendimento em pediatria, coleta de preventivo, curativos, nebulização, vacinação e Teste do Pezinho.

O estágio de psiquiatria foi realizado nos dias 2,3 e 4 de setembro, na Clínica Médica HJ em União da Vitória. Este estágio foi em período integral. Neste estágio além de aprendermos como proceder diante de um paciente psiquiátrico, aprendemos também a dar valor a vida que nos foi oferecida, este estágio foi mais que experiência foi também uma lição.

O último estágio foi de Administração, realizado Hospital São Vicente de Paulo, nos dias 6, 7, 8, 9 e 10 de setembro. Este período nos proporcionou conhecimento da área burocrática da enfermagem, percebemos assim como é importante a administração para um bom desenvolvimento do trabalho.

O estágio tem grande importância na carreira de formação de um profissional de enfermagem. A partir deste relatório de estágio curricular, podemos mostrar um pouco do que foi concretizado em 21 meses de estudo.

Este presente relatório focaliza um Estudo de caso, onde podemos mostrar um pouco da experiência adquirida com aulas teóricas e práticas.

2.0 EMPRESA: HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Em 21 de fevereiro de 1943, foi lançada a “Campanha Pró-Hospital de Mafra” nascendo assim a Associação de Caridade São Vicente de Paulo, tendo como pioneiros deste grandioso empreendimento os senhores Cel. José Severiano Maia e Pedro Kuss, respectivamente Primeiro Presidente e Primeiro Presidente de Honra, juntamente com aproximadamente duzentas pessoas representantes de todos os segmentos da comunidade mafrense.

Em 30 de julho de 1950, foi inaugurado o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, entidade filantrópica, edificado num terreno com área total de 24.768,30 m², parte doada e parte adquirida de Sra. Elzira Bley Maia, na região denominada fazenda São Miguel, hoje dos mais aprazíveis logradouros públicos da cidade de Mafra, em avenida toda asfaltada quase na passagem da BR-116. Ainda antes do ato inaugural, chegavam de Curitiba três irmãs da Ordem das Filhas de Caridade de São Vicente de Paulo, dentre elas a irmã Verônica Roswot – primeira Irmã Superiora do Hospital.

Em seu primeiro ano de funcionamento o Hospital contava com 68 leitos tendo registrado um total de 1.204 internações, constando o primeiro nascimento sendo Beatriz Verônica Gross.

Durante sua trajetória, o Hospital São Vicente de Paulo já passou por muitas turbulências, mas sobreviveu graças à dedicação, garra e determinação dos diretores, médicos, irmãs e colaboradores que passaram por esta Casa Hospitalar nesse meio de século e, principalmente, à comunidade de Mafra e região, que jamais deixou de nos auxiliar nos momentos mais difíceis. Destacamos a Campanha Conta de Luz onde 4.700 pessoas contribuem, gerando

uma arrecadação mensal de R\$ 7.000,00 e do Clube de Amigas do Hospital que confecciona e vende produtos artesanais em benefício desta Casa. Devemos, também o grande salto de qualidade do Hospital, na última década, às parcerias com o Laboratório Anaclin SC Ltda, Centro de Tratamento de Doenças Renais de Joinville Pró-Rim, Centro de Diagnóstico por Imagem Riomafra SC Ltda e Clínica de Fisioterapia Canaã, que têm instalados nas dependências deste Hospital os Serviços de Análises Clínicas, Hemodiálise, Tomografia Computadorizada e Fisioterapia.

Atualmente conta com 77 leitos, sendo 6 leitos de UTI, 109 colaboradores, 63 médicos nas especialidades de clínica geral, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e traumatologia, anestesiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, pneumologia, neurologia, dermatologia, cardiologia, oncologia, psiquiatria, nefrologia. Conta, também com serviço próprio de Radiologia, Hemoterapia e serviços terceirizados de Endoscopia Digestiva, Eletroencefalograma, Ultra-sonografia, Laboratório de Análises Clínicas, Tomografia, Hemodiálise, Fisioterapia, Psicologia Clínica e Terapia Ocupacional em sistema de parcerias grandes responsáveis pelo grande salto de qualidade e crescimento desta Instituição. Realiza atualmente 4.000 internações dos quais 76% do SUS. Nosso percentual de ocupação é de 47,32%, nosso índice de infecção hospitalar é de 0,90% e possuímos Convênio com mais de duas dezenas de planos e seguros de saúde.

A meta é consolidar o Hospital como Centro de referência no Planalto Norte catarinense e, para isso, já foi inaugurado no dia 01/08/2001 o novo Centro Cirúrgico e Central de Esterilização, totalmente equipado, com área construída de 753,20 m², composto de 5 (cinco) salas de Cirurgias, sendo uma delas para Cirurgia Cardíaca e Neurocirurgia e Sala de recuperação Pós-Anestésica para 6 (seis) leitos, onde foram investidos perto de R\$ 1 milhão. Com isso, já foi referenciado pela Secretaria da Saúde do estado de Santa

Catarina como Centro de Referência em Cirurgia cardíaca para todo o planalto Norte e Meio-Oeste de Santa Catarina, esperando iniciar estas cirurgias o mais breve possível.

3.0 ESTUDO DE CASO

Com o Estudo de caso, pôde-se descobrir, através de anamnese, prontuário, prescrição, ectoscopia... De um certo cliente hospitalizado, a sua patologia ou patologias, visando assim obter conhecimentos específicos para um estudo completo da moléstia.

3.1 APRESENTAÇÃO

No Estágio de disciplina de Clínica Médica – que foi realizado no Hospital São Vicente de Paulo entre os dias 01/10/2001 a 08/11/2001 – iniciou-se o estudo de caso, com a supervisora Enfermeira Denize Dallagnol em período vespertino.

Nesta etapa do curso, havia muitos clientes com DPOC na instituição, no qual o estudo de caso escolhido foi de um cliente com bronquite crônica.

A partir daí buscou-se adquirir conhecimentos, através de pesquisas, para proporcionar uma assistência de enfermagem específica da patologia, adquirindo conseqüentemente um atendimento satisfatório e também um proveitoso estudo.

3.2 ANAMNESE

3.2.1 Identificação

Cliente J.S., idoso de 77 anos. Natural de Mafra – SC, já aposentado há anos. Vive com a esposa e sempre morou nesta cidade. De cor branca e sua religião é católica. Foi internado no dia 18 de outubro de 2001, no Hospital São Vicente de Paulo, no leito 27A do Posto I, número do registro 10003590.

3.2.2 Queixa principal

O paciente apresentava dispnéia intensa, tosse produtiva e sibilância. Possui Bronquite Crônica e Hipertensão. No dia do internamento a P.A. estava 180 x 100.

3.2.3 História da patologia atual

Conforme relato, faz muito tempo que sofre de bronquite, embora há dois anos iniciaram-se manifestações dos sintomas com crises fortes de dispnéia.

Havia sido internado pela última vez em setembro de 2000, há um ano.

Fazia uso de medicamentos em casa como o Bricanyl e Calcort, broncodilatadores, e também utilizava Furosimida, que é um diurético, e Captobril, anti-hipertensivo, para a hipertensão. Como possuía úlcera péptica, era usuário do medicamento Losar-Omeprazol, não relatou incômodo devido a esta moléstia.

3.2.4 História médica pregressa

Antes dos sintomas da bronquite se agravarem, só comparecia em médicos quando algo de anormal surgia, um exemplo eram as intensas dores abdominais que diagnosticaram úlcera péptica.

Atualmente as visitas médicas eram feitas com mais frequência.

3.2.5 História familiar

Investigações nos deram certeza que a patologia tinha um índice de hereditariedade, pois a mãe do cliente sofria da mesma moléstia, e parentes próximos possuem doenças tais como: hipertensão, diabetes, DPOC e CA.

3.2.6 Ectoscopia

O estado de saúde atual vem de conseqüências desde a infância, um pouco hereditário e também ambiental.

Desde criança trabalhou em serrarias com o pai, para ajudar na renda familiar.

Apesar de ser um paciente com BEG, possui um aspecto visível de sofrimento através da respiração, melhorada após medicação. A tosse é freqüente, inclusive com expectoração.

Conversando, relatou viver de um salário de R\$ 180,00 reais / mês, morava com a esposa, filha casada e um neto de 4 anos.

Acreditava muito em plantas medicinais. Adorava frutas e verduras, apesar de se abster de algumas devido à úlcera péptica.

Um cliente muito comunicativo e cauteloso. Gostava de contar histórias, procurava estar atento a todos os procedimentos.

3.3 EXAME FÍSICO

Paciente possuía faces hipocoradas, dentadura superior e inferior, pele ressecada, expiração profunda, tosse com expectoração freqüente, calvície, edema de pés, unhas limpas e cortadas, boa higiene. Tinha de estatura 1,71 cm e de peso 78 quilos.

Sinais Vitais oferecidos:

- a) PA = \pm 140 x 90 mmHg;
- b) T = 36,0° C;
- c) R = \pm 21 mrpm;
- d) P = \pm 80 bpm;
- e) Diurese = \pm 1.000 ml em 24 horas.

3.4 CONCEITO DE DPOC

A DPOC é uma classificação ampla para distúrbios, inclusive bronquite crônica. É uma condição irreversível associada à dispnéia ao esforço e fluxo aéreo reduzido inexplicado por doença cardíaca ou pulmonar infiltrada específica. A DPOC é a quinta causa mais comum de mortes nos Estados Unidos. Afeta cerca de 25% da população adulta.

Estudos apóiam a teoria de que a DPOC é uma doença de interação genética e ambiental. O fumo, a poluição do ar e a exposição ocupacional (algodão, carvão, grãos) são importantes fatores de risco que atribuem para seu desenvolvimento, o que pode ocorrer durante um período de 20 a 30 anos.

A DPOC também foi encontrada em pessoas que carecem geneticamente de fenótipos diferentes em d-antitripsina (PIA, PISZ). Parece começar muito precocemente na vida e é um distúrbio lentamente progressivo, que está presente muitos anos antes do início dos sintomas clínicos e do comprometimento da função pulmonar.

A DPOC apresenta-se durante a meia-idade, mas sua incidência aumenta com a idade. Embora exista uma incidência aumenta com a idade. Embora exista uma diminuição na capacidade vital e no volume expiratório forçado em 1 segundo (FEV1) com a idade, a DPOC acentua muitas alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento e resulta na obstrução das vias aéreas, na bronquite. Por conseguinte existem alterações adicionais nas proporções ventilação-perfuração em pacientes idosos com DPOC.

3.5 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

O diagnóstico da bronquite crônica é baseado essencialmente na anamnese, tendo em conta o critério estabelecido de sua conceituação. O exame físico é comum em fase radiológica, revelando aumento da trama pulmonar, reforça os elementos colhidos na história clínica.

O estudo funcional revela padrão próprio das doenças pulmonares obstrutivas crônicas, com hipoxemia ou sem, a qual geralmente melhora com o uso de broncodilatadores.

3.5.1 Conceito da Doença

É caracterizada por tosse produtiva que perdura por três meses a um ano, por dois anos consecutivos, sem um pródomo evidente de uma infecção aguda das vias aéreas superiores. Muito freqüentemente, em pacientes idosos, há enfisema coexistente e os termos “enfisema” e bronquite tem sido empregados para designar a mesma entidade clínica. O termo doença broncopulmonar destrutiva crônica tem sido empregado para estes pacientes, embora eles possam, às vezes, não revelar obstrução aérea.

As culturas do escarro não são freqüentemente úteis e contém somente uma mistura de germes da boca.

A bronquite crônica está principalmente associada ao fumo e a exposição à poluição. A fumaça irrita as vias aéreas, resultando em hipersecreção de muco e inflamação.

Embora possa incidir no adulto jovem, é após os 60 anos que se torna mais grave e aumenta o risco de mortalidade.

A mortalidade por bronquite crônica é muito variável de país para país, sendo altíssima na Inglaterra e na Escócia e bastante baixa, por exemplo, na França e nos Estados Unidos. No Brasil não temos notícias de nenhum trabalho a respeito. Em todas as partes do mundo, a mortalidade é maior no inverno e nos habitantes de zona urbana.

3.5.2 Etiopatogenia

Na etiologia da bronquite crônica, a evidência mais importante de fumo e mortalidade é a de Doll e Hill, num estudo a que procederam na Inglaterra, em 40.000 médicos, nos quais obteram o seguinte índice de mortalidade por 1.000 habitantes / ano:

a) Não fumantes	0,05%
b) Fumantes de 1 – 14 cigarros / dia	0,34%
c) Fumantes de 15 – 24 cigarros / dia	0,64%
d) Fumantes de + de 25 cigarros / dia	1,06%
e) Ex-fumantes (há mais de 5 anos)	0,38%

O uso de cachimbo ou charuto determina um nível mais baixo de prevalência da doença com menor alteração da função pulmonar.

A poluição atmosférica é admitida como causa de bronquite crônica, com base nos seguintes elementos: aumento da prevalência e mortalidade com a industrialização; estreita relação com a mortalidade por bronquite; piques de mortalidade em correspondência com piques de fog e smog.

Há pouca evidência de que o processo de bronquite crônica seja iniciado por infecção.

A evidência de bronquite é maior nos indivíduos que exercem ocupações que se desenvolvem em locais em que há poeiras em suspensão, em certas indústrias químicas ou ainda quando há fumaça.

O ar frio inalado aumenta a resistência ao fluxo nas vias aéreas. Essa ação é a mais intensa quando o frio se acompanha e umidade.

Há evidências indiretas de uma tendência familiar para infecções crônicas do pulmão que seria uma sensibilidade maior para o fumo.

Outras condições que afetam o livre trânsito de ar nas pequenas vias aéreas, podem ser incluídos a idade, repouso prolongado, obesidade, ascite, gravidez, aumento de pressão no átrio esquerdo (estenose mitral e insuficiência ventricular esquerda) e cirrose hepática.

3.5.3 Fisiopatologia

O principal problema do paciente é a reprodução abundante e protraída de exudato inflamatório, que enche e destrói os bronquíolos e é responsável por uma tosse produtiva e persistente, além da dispnéia.

Esta constante irritação provoca hipertrofia das glândulas secretoras de muco, hiperplasia das células caliciformes, perda dos cílios e produção aumentada de muco, levando ao tampão brônquico e estreitamento dos brônquios. Os alvéolos adjacentes aos bronquíolos podem tornar-se lesionados e

fibrosados. O estreitamento adicional dos brônquios é consequência dessas alterações fibróticas nas vias aéreas. Em tempo, alterações pulmonares irreversíveis podem ocorrer com resultante enfisema e bronquiectasias.

Pacientes com bronquite crônica apresentam suscetibilidade aumentada nas infecções recidivantes do trato respiratório inferior. Uma grande variedade de infecções virais, bacterianas por mycoplasma pode produzir episódios agudos de bronquite. As exacerbações da bronquite crônica são mais prováveis de ocorrer no inverno. A inalação de ar frio produz broncoespasmos em pessoas sensíveis.

3.5.4 Quadro Clínico

A tosse seguida de expectoração. Obedecendo aos requisitos já citados na conceituação de bronquite crônica, é o sintoma mais importante. Surge geralmente na idade dos 40 a 50 anos em pessoas com o hábito de fumar, de início com frequência maior pela manhã no levantar ou durante a noite. A expectoração pode ser mucosa, mucopurulenta, ou purulenta, dependendo da existência ou não de infecção.

O chiado no peito é, muitas vezes, observado nas crises de agudização; pode ser relatada também falta de ar.

O exame físico geral pode ser muito pobre, ou então, nos surtos de exacerbações, revelar a presença de cianose; o exame do pulmão poderá evidenciar expiração prolongada, roncos, sibilos e estertores subcrepitantes.

3.5.5 Controle e Medidas Preventivas

Por causa da natureza incapacitante da bronquite crônica, todo esforço é direcionado para sua prevenção. Um importante aspecto é a prevenção de irritantes respiratórios. Pessoas propensas às infecções do trato respiratório deverão ser imunizadas contra agentes virais comuns como vacinas para influenza e para o *S.pneumoniae*.

Todos os pacientes, com infecção aguda do trato respiratório superior, deverão receber tratamento adequado, incluindo terapia antimicrobiana, baseada em culturas e estudos de sensibilidade, ao primeiro sinal e escarro purulento.

Os principais objetivos do tratamento são manter a permeabilidade da árvore brônquica, facilitar a remoção dos exudatos brônquicos e evitar a incapacidade. As alterações no padrão do escarro e no padrão da tosse são importantes sinais a se observar. As infecções bacterianas recidivantes são tratadas com terapia antibiótica, após a complementação da cultura e dos estudos.

Para facilitar a retirada dos exudatos brônquicos, os broncodilatadores são prescritos para aliviar o broncoespasmo e reduzir a obstrução das vias aéreas; desta maneira, a distribuição gasosa e a ventilação alveolar são melhoradas. A drenagem postural e a percussão torácica, após o tratamento medicamentoso, são comumente valiosas. A água é uma parte importante na terapia, porque a hidratação adequada ajuda o paciente a expectorara as secreções. A terapia com esteróides pode ser utilizada quando o paciente falha em responder a medidas mais conservadoras, mas seu uso é ainda controverso. O paciente deve parar de fumar porque a fumaça causa broncoconstrição, paralisia da atividade ciliar e inatividade do surfactante.

3.6 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

A hipertensão Arterial é um dos diagnósticos secundário; que foi obtido através de anamnese e exames de sinais vitais. J.S. relatou ser hipertenso há anos.

3.6.1 Conceito de Hipertensão

A hipertensão é definida como uma elevação da pressão arterial que excede 140 x 90 mmHg, quando verificada duas ou mais vezes, em duas ou mais ocasiões diferentes. Ainda que não esteja esclarecida exatamente a causa da hipertensão, sabe-se que existe um aumento da resistência vascular a nível arteriolar. À medida que essa resistência é mantida, os vasos dos olhos, coração, rins e outros órgãos são lesados. Eventualmente o coração esquerdo torna-se hipertrofiado, na tentativa de fornecer sangue aos tecidos.

Inicialmente, é possível que um paciente hipertenso não apresente manifestações declaradas da doença, contudo os sinais físicos podem revelar lesão vascular ou do órgão final. A prevenção de morbidade associadas constitui o alvo de todos os programas de tratamento. A redução dos valores da pressão arterial pode ser conseguida através de uma associação de abordagens farmacológicas e não-farmacológicas.

3.7 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

O diagnóstico da Úlcera Péptica foi realizado anos atrás. O descobrimento da patologia foi através de relato do paciente, no entanto, não se sabe dizer o local da lesão, devido ao tempo.

3.7.1 Conceito de Úlcera Péptica

Uma úlcera péptica é uma escavação formada na parede mucosa do estômago, no piloro, no duodeno, ou no esôfago. Com bastante freqüência uma úlcera péptica recebe designação de úlcera gástrica, duodenal ou esofagiana, de acordo com a localização. É causada pela erosão de uma área circunscrita da membrana mucosa. Essa erosão pode estender-se profundamente até as camadas musculares ou, através do músculo, até o peritônio. As úlceras pépticas são mais prováveis no duodeno que no estômago. Como regra, ocorrem isoladamente, porém, podem existir inúmeras delas no mesmo tempo.

São observadas mais freqüentemente nas pessoas que são submetidas a um estresse ou nas pessoas que fumam ou bebem álcool em excesso.

O termo úlcera péptica provém da relação existente entre a ação digestiva do HCL e a pepsina no suco gástrico. Um defeito nos mecanismos de defesa e proteção da barreira da mucosa gástrica deve ser lembrado como fator causal.

Os fatores específicos que contribuem para a incidência de Úlcera péptica incluem fatores genéticos, ambientais, emocionais, suprimento sanguíneo para a mucosa Gástrica e estresse. Outras causas incluem salicilatos, fenilbutazona, clicocorticóides, antibióticos, AAS. O álcool também é um irritante direto e o café (especialmente a cafeína) provocam aumento da secreção de HCL.

O tratamento consiste em utilizar os antagonistas dos receptores H_2 e os antiácidos. O uso de medicamentos citoprotetores foi aprovado recentemente quando o paciente está tendo uma hemorragia que chega a ameaçar a vida, uma perfuração, uma obstrução, ou quando não está respondendo às medicações poderá estar indicado uma intervenção cirúrgica.

3.8 EXAMES REALIZADOS

O motivo da internação deste cliente foi por crises relacionadas à bronquite crônica, já que as patologias secundárias ele carregava há anos; no entanto, os exames e tratamentos são direcionados à bronquite crônica.

Foram solicitados exames no dia do internamento, 18/10/01, com seguintes resultados:

- | | | |
|----|--|---------------------|
| a) | Glicose = 130,19 mg/dl | V.R. = 70-110 mg/dl |
| b) | Uréia = 58,14 mg/dl | = 10-50 mg/dl |
| c) | Creatinina = 1,47 mg/dl | = 0,80-1,40 mg/dl |
| d) | Sódio = 130 meg/dl | = 132-148 meg/dl |
| e) | Potássio = 4,4 mmoll | = 3,5-5,5 mmoll |
| f) | Raio X = Sinais de DPOC. Infiltrado peri-brônquico, peri-biliar e basal bilateral. | |

Solicitados novos exames no dia 22/10/01, com seguintes resultados:

- a) Glicose = 111,26 mg/dl
- b) Uréia = 69,67 mg/dl
- c) Creatinina = 1,35 mg/dl
- d) Sódio = 135 meg/dl
- e) Potássio = 4,4 mmoll
- f) Raio X = Hiperinsuflação pulmonar. Vasos apicais calibrosos. Hilos salientes. Opacidade focais nas bases. Coração na área normal.

3.9 TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento clínico consiste em parar de fumar; se possível viver em clima temperado e seco; emagrecer, se a pessoa for obesa.

Os medicamentos broncodilatadores são usados no sentido de melhorar a ventilação pulmonar e diminuir o esforço empregado na respiração.

Havendo infecção, tratá-lo energicamente, para esse fim podemos usar os diferentes antibióticos e as sulfas.

A ação do diafragma melhora com a ginástica respiratória, com a natação, soprando bexigas de borracha ou soprando para passar líquido de um vaso comunicante a outro.

A Drenagem postural é indicada quando a secreção é muito abundante.

Evoluindo, a moléstia com hipoxia impõe que essa alteração seja corrigida, deve-se utilizar a oxigenioterapia, com os agravos decorrentes da dispnéia.

3.10 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PRESCRITO

O tratamento medicamentoso tem como objetivo manter a permeabilidade da árvore periférica, facilitar a remoção de exudatos e relaxar o espasmo das paredes dos brônquios.

Foi ministrado a seguinte prescrição médica:

- | | | |
|----|---|------------------|
| a) | Dieta hipossódica e para Úlcera Péptica | |
| b) | SSVV | |
| c) | SG 5% 100 ml + aminofilina lamp
+ solu-cortef 250 mg | } EU 12/12 horas |
| d) | Rocefim 1g + SF 100 ml | EU 1x ao dia |
| e) | Bricanyl comprimido | VO 12/12 horas |
| f) | Furosimida 20mg comprimido | VO 1x ao dia |
| g) | Capotem 25 mg | VO 2x ao dia |
| h) | Melanta-plus xarope 5 ml | VO 4/4 horas |

- i) O₂ SN
- j) Diurese 24 horas

A aminofilina é um broncodilatador, relaxa o músculo liso dos brônquios e dos vasos sanguíneos pulmonares, aliviando o broncoespasmo e aumentando a velocidade do fluxo e a capacidade vital, estimulante respiratória. O solu-cortef é um hidrocortisona de potente anti-inflamatório e antialérgico.

A cefalecina-rocefim é um antibiótico.

O bricanyl produz relaxamento do músculo liso branquial, inibição da liberação de espasmógenos, endógenos, inibição do edema causado por mediadores endógenos.

O capotem é um anti-hipertensivo diurético.

A furosimida-lasix é um diurético.

O melanta-plus antiácido.

A prescrição médica foi mantida por dois dias, depois foi eliminado o solu-cortef e acrescentado a Digoxina 0,25 mg – VO – 1x ao dia, medicamento usado pelo paciente em casa.

Esta prescrição, então, foi mantida até a alta do cliente que foi no dia 24 de outubro de 2001 pela manhã.

Como o estágio foi no período vespertino não tive conhecimento da melhora no dia da alta hospitalar, mas a noção foi grande no dia anterior, onde o paciente se encontrava bem recuperado dos sintomas.

3.11 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Prestou-se a seguinte assistência de enfermagem:

- a) Buscamos obter conhecimentos através do paciente conversando e esclarecendo dúvidas para satisfazer as necessidades e conquistar um bom atendimento;

- b) Deixar o ambiente em ordem, limpo e realizando higiene diária do leito;
- c) Não deixar que a escarradeira permaneça por muito tempo suja, para evitar acidentes;
- d) O controle dos SSVV foi realizado com atenção principalmente na pressão (hipertenso), na respiração e pulso, já que a aminofilina pode causar taquipnéia e arritmia;
- e) Os medicamentos foram administrados com cautela, atentos sempre as cinco certezas, observando sempre fluidoterapia, gotejamento e intercorrências;
- f) Procurar incentivar o paciente para exercícios respiratórios;
- g) Incentivar a ingestão de líquidos para promover melhor fluidificação das secreções;
- h) Ficamos atentos a alimentação por ser um paciente hipertenso e possuía úlcera péptica;
- i) Posição de Fowler para melhorar a respiração;
- j) Proceder as nebulizações com a dose certa para evitar complicações, deixava-se até que a fumaça acabasse, ficava-se atento a tosse com expectoração (aspecto, coloração e quantidade);
- k) Às 18:00 horas verificava-se diurese, quantidade, coloração e anotava-se no prontuário;
- l) Observar se as medicações estavam fazendo o efeito desejável;
- m) Evolução de enfermagem.

3.12 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO

O paciente foi orientado da seguinte forma:

- a) Que mantivesse as recomendações e medicações receitadas pelo médico;
- b) Que a qualquer crise dispnéica forte procurasse novamente atendimento profissional, evitando assim comprometimento do organismo;
- c) Incentivar quanto à importância da imunização (influenza), evitando complicações;
- d) Ingestão diária de bastante líquido;
- e) Ensinar exercício respiratório como “cheirar uma rosa, soprar uma vela”;
- f) Orientar quanto ao consumo de álcool e do fumo;
- g) Alimentação correta para hipertenso e úlcera péptica;
- h) Buscar incentivar a curiosidade quanto à pressão, glicemia, colesterol, para evitar desatenção a estas patologias;
- i) Como fazia uso de nebulização em casa, aconselhar a importância da dose e horas certas.

3.13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como alunos do Curso Técnico de Enfermagem, procuramos passar para o cliente todo o nosso conhecimento, buscando orientá-lo, informá-lo, tranquilizando, para incentivar a desafiar os problemas que impõe a patologia.

Após a alta hospitalar continuou-se através de informações e relatos, a obtermos conhecimentos em que o mesmo havia sido internado novamente com crises fortes de dispnéia e cianose, sendo encaminhado para UTI, onde permaneceu por quatro dias, retornando após para enfermaria.

Voltou para casa no qual os sintomas foram avançando, sendo que no dia 7 de novembro de 2001 com crises fortes foi a óbito com insuficiência cardiorespiratório pela manhã.

4.0 CONCLUSÃO

O Curso Técnico de Enfermagem, proporcionado pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina, teve um bom desempenho em formar Técnicos de Enfermagem capazes de atuar na profissão com segurança e responsabilidade.

Depois de 21 meses de estudos, com aulas teóricas e práticas, somos felizes por termos uma profissão específica na área da saúde.

Foi um desafio, mas o estudo é uma luta constante, onde a esperança do amanhã e a vontade de participar e realizar ^{insiram} estejam presentes em cada gesto e atitudes. E é o desafio que nos difere das demais espécies: a capacidade de pensar, produzir, realizar, ajudar nosso futuro pelas nossas mãos.

Com este pensamento de desafiar nossos problemas com as devidas soluções, terminamos uma etapa, na qual foi maravilhosa.

Hoje, analisando, refletindo, podemos obter um trabalho ~~seja~~ digno, onde a vontade de trabalhar e o prazer se faça presente, com isso seremos felizes, deixando para trás tudo que nos impede de agir. Esperamos confiante, um trabalho para todos; para que possamos pensar no futuro e continuar nossos estudos e nossa existência.

Jato

Assessoria Técnica

REFERÊNCIAS

- MARCONDES, Marcelo; SUSTARLH, Duílio Ramos; RAMOS, Oswaldo Luís. *Clínica Médica Propedêutica e Cripatologia*. São Paulo: Ed. São Paulo, 1999.
- LOPES. Sônia Godoy Bueno carvalho. *Bio* – Volume Único. São Paulo: Ed. Saraiva, 1997.
- JUNIOR, Raul maia; MENZEL, Carla Tereza. *Ensino Dinâmico de Pesquisa*. São Paulo: Ed. Edipar Edições e Participações Ltda, 1999.
- BRUNNER, Suddart. *Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de janeiro: Ed. Guanabara Koogam, 1997.
- MAGENIS, Janeth da Cunha. *Enfermagem Médica*. Joinville, 2000. Apostila – Curso Técnico de Enfermagem, Escola Federal de Santa Catarina.