

Escola Técnica Federal de Santa Catarina

08755
FO 20 LO 852L

Relatório Curricular Insuficiência Renal Crônica

22 MAI 2003 0 2 9 4

CEFET-SC BIBLIOTECA

REL ENF
0068

Revisão
em 21/05
MOT

CEFET - UE Joinville



1628

REL ENF

0068

Relatório curricular

Silvia dos Santos

Agosto 2002

Mafra - SC

Lista de Símbolos

DRET – Doença Renal em Estágio Terminal

IR – Insuficiência Renal

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

NUS – Nitrogênio Uréico Sanguíneo

IRA – Insuficiência Renal Aguda

MMIIS – Membros Inferiores

S/N – Se necessário

EV – Endovenoso

VO – Via Oral

SNC – Sistema Nervoso Central

HSVP – Hospital São Vicente de Paulo

CME – Centro de Materiais Esterilizados

BEG – Bom Estado Geral

SUMÁRIO

Lista de Símbolos	02
1. INTRODUÇÃO	03
2. Empresa Hospital São Vicente de Paulo	05
2.1 Empresa Pró-Rim	06
2.2 Definição da Unidade de Hemodiálise	06
2.3 Definição Hemodiálise	06
2.4 Tratamento	07
3. ESTUDO DE CASO-INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA	09
3.1 Insuficiência Renal Crônica	09
3.2 Anamnese	10
3.3 Exame Físico	10
3.4 Fisiopatologia	11
3.5 Sintomatologia	12
3.6 Prescrições de Enfermagem	13
3.7 Educação do Paciente e Considerações sobre os Cuidados Domiciliares	14
3.8 Hipertensão	15
3.9 Tratamento por diálise	18
3.10 Via de acesso em hemodiálise	19
3.11 Assistência de Enfermagem em Hemodiálise	20
3.12 Considerações Finais	22
4. CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

1. INTRODUÇÃO

Com a crescente competitividade do mercado de trabalho, a procura de curso técnico profissionalizante torna-se cada vez mais freqüente, sobressaindo aqueles que apresentam conhecimentos práticos e teóricos em áreas de atuação específicas.

Sendo assim, o Curso Técnico de Enfermagem, oferecido pela Escola Técnica Federal de Santa Catarina, o estágio curricular, como complementação do curso realizado na Escola, torna-se necessário o registro do mesmo em um relatório.

No primeiro período de estágio, compreendido entre 09/07 ^o a 07/08/2001, *o estágio foi realizado em* na disciplina de Fundamentos no HSVP, sob a supervisão de Roni Regina Miquelluzzi e Ondina Machado.

No segundo período 01/10 à 08/11/2001, em Clínica Médica nos setores de Hemodiálise, UTI, Laboratório, CME do HSVP, sob a supervisão de Graciele Matias, Neide Luzia Poffo e Rosane Prado.

No período compreendido de 21/01 à 13/02/2002, *realizou-se o estágio* em Clínica Cirúrgica, no HSVP supervisionado por Diva Maria de Melo,

o estágio foi realizado Em Obstetria, no período de 15/04 à 31/05/2002, na Maternidade Dona Catarina Kuss, sob a supervisão de Anair Andréa Naciss e Eliz Cristine Maurer Caus.

o estágio ocorreu Em Saúde Pública, no período de 08/07 à 31/07/2002, Unidade Central Municipal, sob a supervisão de Luciane Weinfurter.

o estágio ocorreu Já em Psiquiatria, durante o período de 07/10 à 16/10/2002, sob a supervisão de Rose Stoerberl na Clínica Psiquiátrica Hans Jacob.

Estágio de
Em Administração Hospitalar, *foi realizado* no HSVP no período de 21/10 à 30/10/2002,
sob supervisão de Graciele Matias.

Assim, este trabalho tem por objetivo relatar, as experiências desenvolvidas durante o período de estágio curricular os quais foram realizados acima citados.

Em tempo agradece-se a supervisora de estágio Rosane Prado, em Clínica Médica, que oportunizou a escolha do presente ~~relatório~~ *Estudo de*
caso.

2.0 Empresa Hospital São Vicente de Paulo

Foi inaugurado no dia 30 de julho de 1950, desde o início das atividades o hospital São Vicente de Paulo, sua trajetória é marcada pelo exemplo de companheirismo e solidariedade da comunidade, o empresariado local e comerciantes. O hospital já adquiriu dezenas de equipamentos e viabilizou a construção e funcionamento da U.T.I. e outras alas do nosocômio, novo centro cirúrgico e de materiais. Com as atividades sempre tornaram e continuarão fazendo da instituição um referencial regional no atendimento à saúde.

2.1 Empresa Pró-Rim

O centro de tratamento de Doenças Renais de Joinville, numa parceria com o Hospital São Vicente de Paulo, iniciou suas atividades em Mafra no dia 18 de dezembro de 1995, com apenas uma máquina e cinco pacientes, funcionando nas antigas dependências da Pediatria do nosocômio com 01 Médico, 01 Enfermeira e 04 auxiliares. Funcionando em novas instalações, a unidade de Hemodiálise está instalada ao lado da U.T.I., com maquinário renovado e previsão de acima de 11.385 diálises no ano anterior.

2.2 Definição da Unidade de Hemodiálise

É um setor do Hospital ou fora dele, destinado ao tratamento dialítico de pacientes com I.R.C. ou IRA.

Diminui a mobilidade e mortalidade de nefropatias e oferece ao nefropata um maior conforto e melhor qualidade de vida.

2.3 Definição Hemodiálise

É um processo de difusão do qual a circulação sanguínea é extracorpórea. O Sangue passa através do hemodializador com membranas semipermeáveis (acetado de celulose, cuprofone e polisulfona), sofrendo depuração de uma solução dializadora ideal.

2.4 Tratamento

O objetivo do tratamento manter a função e a homeostasia pelo maior tempo possível. Todos os fatores que contribuem para o problema e aqueles que são reversíveis, identificados e tratados. As complicações potenciais da insuficiência renal crônica que necessitam de uma abordagem de cuidado interdependente incluem: (1) hipertensão devido a retenção de sódio e água e mau funcionamento do sistema renina-angiotensina-aldosterona; (2) anemia devido à diminuição da eritropoetina, diminuição da vida média das hemácias, sangramento do trato gastrointestinal em função das toxinas irritantes e perda sanguínea durante a hemodiálise.

As complicações podem ser prevenidas ou postergadas pela administração de anti-hipertensivos, da eritropoetina, dos suplementos de cálcio prescritos.

É também essencial que o paciente receba um tratamento dialítico adequado para diminuir a nível de escórias urêmicas no sangue.

A prescrição dietética é necessária com a deteriorização da função renal e inclui a regulação cuidadosa da ingestão protéica, ingestão de líquidos para equilibrar as perdas hídricas, ingestão de sódio para equilibrar as perdas de sódio e alguma redução de potássio. Ao mesmo tempo, devem ser asseguradas a ingestão calórica e a suplementação vitamínica adequada. A proteína será restringida porque, os produtos da degradação das proteínas da dieta e do tecido acumular-se-ão rapidamente no sangue quando há comprometimento da depuração renal. A proteína permitida deve ser de elevado valor biológico (laticínios, ovos, carnes). As proteínas de alto valor biológico são aquelas que são

proteínas completas e fornecem os aminoácidos essenciais necessários para o crescimento e reparo celular. Geralmente, a tolerância de líquidos é de 500 a 600 ml acima do débito urinário em 24 h. É necessária suplementação vitamínica, porque uma dieta restrita em proteínas não fornece o complemento necessário de vitaminas. Além disso, o paciente em diálise pode perder vitaminas hidrossolúveis do sangue durante o tratamento de diálise.

A hipertensão é tratada pelo controle do volume intravascular e vários medicamentos anti-hipertensivos. O paciente com sintomas crescentes de insuficiência renal crônica é encaminhado para um centro de diálise e transplante no início do curso da doença renal progressiva. A diálise geralmente é iniciada quando o paciente não consegue manter o estilo de vida razoável com tratamento conservador.

3.0 Estudo de Caso – Insuficiência Renal Crônica

Este estudo de caso foi realizado durante o estágio da disciplina de Clínica Médica, no período de 01/10/2001 a 08/11/2001, no Hospital São Vidente de Paulo, sob a supervisão da enfermeira Rosane Prado.

A escolha para o estudo de caso foi devido que anteriormente teve-se passagem de estágio na unidade de Hemodiálise, onde se proporcionou buscar maior conhecimento através deste em uma das internações hospitalares.

3.1 Insuficiência Renal Crônica

A insuficiência renal crônica ou doença renal em estágio terminal (DRET), é uma deteriorização progressiva, irreversível de função renal, na qual a capacidade do organismo de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico falha, resultando em uremia (retenção de uréia e outros nitrogenados no sangue). Pode ser causada por doenças sistêmicas como o diabete mellitus, glomcrulonefrite crônica, pielonefrite, hipertensão não controlada, obstrução do trato urinário, lesões hereditárias, como a doença renal policística, distúrbios vasculares infecções, medicamentos, ou agentes tóxicos. Agentes ambientais e ocupacionais implicados na insuficiência renal crônica incluem o chumbo, códmio, mercúrio e cromo. Eventualmente, torna-se necessário diálise ou transplante renal, para a sobrevivência do paciente.

3.2 Anamnese

Apresentação

Paciente internado, no Hospital São Vicente de Paulo, tem vinte e quatro anos de idade, estado civil solteiro, etnia bugre, nacionalidade brasileira, sexo masculino, profissão servente de pedreiro.

Paciente possui história de gripe e infecção orofaringe há dois meses anterior, tratou com penicilina. A partir de então vem apresentando dispnéia progressiva. Paciente com hipertensão severa, não sabia ser hipertenso com alteração de função renal e cefaléia.

Quadro mostra hematúria e potênúria, refere que o pai é hipertenso e cardiopata.

Sente-se melhor, pois está recebendo 2 unidades de papa de hemácias.

Paciente com elevação da uremia, anemia e hipertensão solicita da avaliação da nefrologia. Tais exames realizados e arquivados, sem acesso na Unidade de Hemodiálise.

3.3 Exame Físico

Paciente apresentando BEG, dispinéia progressiva, ansiedade, linguagem verbal e edema MMIIS, sem mais apresentações para o exame físico.

3.4 Fisiopatologia

À medida que a função renal diminui, os produtos finais do metabolismo proteico (que normalmente são excretados na urina) acumulam-se no sangue. Uremia desenvolve-se e, adversamente, afeta cada sistema no corpo. Muitos dos sintomas da uremia são reversíveis como a diálise.

Comprometimento da Depuração Renal: Muitos dos problemas observados na I.R. são devidos a redução do número de glomérulos funcionantes, levando a diminuição da depuração de substâncias do sangue que normalmente são depuradas pelos rins.

A diminuição das taxas de filtração glomerular (TFG) pode ser detectada pela coleta da urina 24 horas para depuração da creatinina. À medida que a TFG diminui, a depuração de creatinina irá diminuir, a depuração de creatinina sérica irá aumentar. Além disso, o nível do nitrogênio uréico sanguíneo (NUS) está geralmente elevado. A creatinina sérica é o indicador mais sensível da função renal em razão da sua constante produção pelo corpo. O NUS é afetado não apenas pela doença renal, mas pela ingestão de proteínas, pela dieta pelo catabolismo (tissular e hemólise) e medicações como os esteróides.

Ocorre retenção de sódio e água. O rim também se mostra incapaz de concentrar ou diluir a urina normalmente na DRET: respostas apropriadas do rim às alterações na ingestão diária de água e eletrólitos não acontecem. O paciente tende a reter sódio e água, aumentando o risco de formação de edema, insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão. A hipertensão também pode resultar da ativação do eixo renina-angiotensina e do aumento concomitante secreção de aldosterona. Outros pacientes mostram tendência a perder sal, eles

correm o risco de hipertensão e hipovolemia. Episódios de vômito e diarreia podem produzir depleção de sódio e água, o que agrava o estado urêmico.

A anemia desenvolve-se como resultado da produção inadequada de eritropoetina, redução da vida média das hemácias, deficiências nutricionais e tendências do paciente urêmico ao sangramento particularmente do trato gastrointestinal.

A eritropoetina, a substância normalmente produzida pelo rim, estimula a medula marrom a produzir hemácias.

Na I.R, a produção de eritropoetina diminui e resulta uma profunda anemia, produzindo fadiga, angina e dispnéia.

3.5 Sintomatologia

Como virtude cada sistema corporal é afetado pela uremia na insuficiência renal crônica, os pacientes poderão apresentar uma série de sinais e sintomas. A intensidade destes sinais e sintomas é dependente em parte, do grau de comprometimento renal, de outras condições subjacentes e da idade do paciente. As manifestações cardiovasculares da DRET incluem hipertensão (devido à retenção do sódio e água ou ativação do sistema renina-angiotensina – aldosterona) insuficiência cardíaca congestiva e edema pulmonar (devido a sobrecarga hídrica) pericardite (devido a irritação da membrana pericárdica pelas toxinas urêmicas).

Os sintomas dermatológicos, incluindo prurido intenso, são comuns. Neve urêmica, depósito de cristais de uréia sobre a pele, é incomum atualmente diante do tratamento precoce e agressivo para a D.R.E.T. . Os sintomas

gastrointestinais são também muito freqüentes e incluem anorexia, vômitos e singultos. Alterações neuromusculares, incluindo níveis alterados de consciência, incapacidade para concentrar, tremor muscular e convulsões, tem sido observados.

Os mecanismos exatos por muitos dessas manifestações não foram identificados. Toda via, considera-se que a acumulações de escórias urêmicas seja a causa provável. Sumarizando os sinais e sintomas mas geralmente encontrados na DRET, citados.

3.6 Prescrições de Enfermagem

O paciente com insuficiência renal crônica requer um arguto cuidado de enfermagem para evitar as complicações da reduzida função renal e os estresses e ansiedades de lidar com uma doença letal.

Os diagnósticos potenciais de enfermagem para estes pacientes incluem:

- a) excesso de volume liquido relacionado com a redução da débito urinário, excessos da dieta e retenção de sódio e água;
- b) alteração da nutrição ingestão menor que necessidade corporal relacionada com anorexia, náusea e vômito, restrições da dieta e membrana mucosa oral alterada;
- c) déficit de conhecimento sobre a condição esquema de tratamento.
- d) intolerância a atividade relacionada com fadiga, anemia, retenção de escórias e procedimento dialítico.
- e) distúrbio da auto-estima relacionado com dependência e alteração do papel da imagem corporal e disfunção sexual.

O cuidado de enfermagem é direcionado para avaliação do estado hidroeletrolítico e identificação de possíveis fontes de desequilíbrio, implementação de um programa de dieta para assegurar adequada ingestão nutricional dentro dos limites do esquema de tratamento, promoção de sentimentos positivos pelo encorajamento do autocuidado crescente e maior independência. É extremamente importante fornecer explicações e informação ao paciente e à família referentes à doença renal em estágio terminal, opções de tratamento e complicações potenciais.

3.7 Educação do Paciente e Considerações sobre os Cuidados Domiciliares

A enfermagem tem um papel fundamental no ensino do paciente com doença renal terminal. Há uma vasta quantidade de informação que o paciente e a família precisam compreender sobre a insuficiência renal de modo a manter a saúde e prevenir as complicações associadas à insuficiência renal. Em razão do extensivo, o ensino necessário a estes pacientes, a enfermeira de saúde comunitária. A enfermeira de diálise proporcionam educação continuada e reforço do ensino prévio, enquanto monitorizam o progresso e a colaboração do paciente com o esquema de tratamento. É útil encaminhar o paciente à nutricionista porque são necessárias numerosas alterações dietéticas.

O paciente e a família precisa saber quais os problemas que devem relatar ao profissional de saúde (1) agravamento dos sinais de insuficiência renal (náusea, vômito, diminuição do débito urinário, respiração com odor de amônia) e (2) sinais de hipercalemia (fraqueza muscular, diarreia, câimbras abdominais) os referidos

sinais de agravamento da insuficiência renal, além do aumento dos níveis do NUS e da creatina sérica, podem indicar necessidade de alterar a prescrição sobre a diálise.

O ensino sobre a medicação (propósito, efeitos colaterais, dosagem e horários de administração) é extremamente importante devido ao grande número de medicações necessárias. O paciente é ensinado sobre como examinar o acesso vascular quanto a permeabilidade, assim como a precaver para evitar venóclises e verificação da pressão arterial sobre o braço de acesso. O paciente e a família irão precisar de uma considerável assistência.

3.8 Hipertensão

Dizemos que a pessoa tem hipertensão ou pressão alta quando a pressão medida, verificada várias vezes no consultório médico está 140 por 90 ou mais.

Isso acontece porque os vasos por onde o sangue circula se contraem e fazem com que a pressão do sangue se eleve. Para entendermos melhor, podemos comparar o coração e os vasos a uma torneira aberta ligada e vários tubos com esguichos. Ao fecharmos os esguichos, a pressão dentro dos tubos irá subir. Da mesma maneira, quando o coração bombeia o sangue e os vasos estreitados, a pressão dentro deles irá aumentar.

A pressão alta altera os vasos. Por isso muitas vezes não há sinais e sintomas. Daí chamamos a pressão alta de “assassina silenciosa”.

Às vezes, dor de cabeça, tontura e mal estar podem ocorrer em quem tem pressão alta, mas, muitas vezes, quando a pessoa sente alguma coisa diferente, a pressão alta já danificou o seu organismo. Todos os vasos são recobertos por

uma camada muito fina e delicada, que é machucada com pressão muito alta. Com isso, os vasos tornam-se endurecidos e estreitados e podem, com o passar dos anos, entupir ou romper. Quando isso acontece no coração, o entupimento de um vaso leva à angina e pode acionar infarto. No cérebro, os vasos podem romper, ocasionando derrame cerebral. Nos rins também pode ocorrer entupimento, levando à paralisação deles como o caso do Estudo de Caso. Todas essas situações são muito graves e podem ser evitadas, controlando-se a pressão alta.

Existem doenças que atingem determinados grupos de pessoas. Com a pressão alta, não existe discriminação de cargo, idade, estado civil, estatura, tribo, clube, condição social, situação financeira e gosto musical. Tanto pode derrubar em roqueiro como um amante de música de câmara. Pode atingir uma pessoa nervosa ou calma.

Na maioria das pessoas que têm pressão alta, ela ataca porque tais pessoas herdam a doença dos pais, pois sabe-se que quem tem pai e/ou mãe com pressão alta tem maior chance de ter doença. Os hábitos de vida inadequados também são importantes: a obesidade, o excesso de sal ou de bebida alcoólica e a inatividade física podem contribuir para o aparecimento de pressão alta. Os cuidados na alimentação de quem tem pressão deve ser com pouco sal. Comer com pouco sal é ingerir mais ou menos 5 gramas de sal por dia, o que equivale a duas colheres de café cheias por dia.

Lembrar de que além do sal que se adiciona, o sal próprio dos alimentos já faz com que se coma 2 a 3 gramas de sal por dia. Para comer com pouco sal, não coloque o saleiro na mesa, evite comidas salgadas, os enlatados, os frios e as

lingüiças. Para reduzir ainda mais, cozinhe sem sal ou com pouco sal e use outros temperos, ou coloque pouco sal quando a comida estiver no prato.

Para ter uma idéia de quanto se come de sal por dia, saiba quanto dura um pacote de sal de 1 quilo na sua casa e divida pelo número de dias e pessoas da casa. Por exemplo, se 1 quilo (1000 gramas) de sal dura 1 mês e comem quatro pessoas na casa teremos: 1000 gr de sal divididos por 30 dias, dividimos 4 pessoas = 8,3g/dia para cada pessoa, o que está acima do recomendado. Assim numa casa com quatro pessoas, cada pessoa consumindo 5 gramas/dia, 1 quilo de sal deveria durar cinquenta dias.

Caso esteja acima do peso ou tenha colesterol alto, devem ser seguidas as dietas especiais recomendadas para tais situações.

O cuidado com a medicação é nunca parar de tomar remédios. Não se deve esquecer de tomar os remédios. Se quisermos que a pressão fique normalizada sempre, deve se tomar os remédios sem interrupção. Procurar criar uma rotina para lembrar-se de tomar o remédio. É necessário tomar todo o dia no mesmo horário, se viajar levar o remédio, fazendo com que ele seja o amigo e torne-se parte do dia-a-dia. Não se deve interromper o tratamento porque o remédio acabou e que a pressão estava curada. Caso parente sentir algo diferente com o remédio, deverá voltar ao médico para que ele possa decidir se há necessidade trocar.

3.9 Tratamento por diálise

A hemodiálise é o processo principalmente de difusão, utilizado para retirar do organismo os produtos tóxicos que normalmente são filtrados pelo rim normal, como uréia, creatinina, ácido úrico, potássio, além de outros.

A difusão visa a retirada de soluto, a osmose e a filtração visam propriedade a retirada de solventes. (água)

Na hemodiálise, a circulação é extracorpórea e é feita entre membranas derivadas da celulose que atuam como membranas semipermeável e que se encontram imersas em uma solução eletrolítica, o líquido, ou banho de diálise que possui concentração aproximada a do plasma de um indivíduo com função renal normal.

O sangue do paciente é removido por uma via de acesso e bombeado através da membrana que esta imersa no banho de diálise e é dissolvido por outra via após a retirada das substâncias tóxicas.

O capilar dialisador: é formado por um grande número de capilares justapostos um ao outro, tendo também um suporte de sustentação de acrílico. O sangue do paciente passa por dentro destes pequenos capilares, enquanto o líquido dialisador circula entre esses capilares.

Equipos são em números de dois:

- a) Equipo arterial – leva o sangue do paciente ao dialisador;
- b) Equipo venoso – devolve o sangue do dialisador ao paciente.

3.10 Via de acesso em hemodiálise

Fístula arteriovenosa

É a anastomose de uma artéria com uma veia realizada cirurgicamente. Apresenta menor risco de trombose ou infecção, mas apresenta o inconveniente de só poder ser realizado após seu amadurecimento que ocorre normalmente após 20 dias, além de algumas não fornecer fluxo de sangue suficiente.

Cateter de duplo lumen

É como intracath com duas saídas, sua instalação é rápida e não requer cirurgião especializado, podendo ser realizada imediatamente. Pode ser colocada em subclávia, jugular e femoral.

Heparinização – Tem como finalidade impedir a coagulação do sangue.

Heparinização sistêmica intermitente – a heparina é administrada no início da hemodiálise e a intervalos que variam de duas a três horas. A dose total é de 100-200 unidades de heparina por quilo de peso, sendo que a dose inicial pode ser de 50% do total e os 50% restantes divididos após e a cada duas horas.

3.11 Assistência de Enfermagem em Hemodiálise

Pré-diálise corresponde:

- a) orientar o paciente quanto seu tratamento;
- b) controle de PA, peso, pulso e temperatura;
- c) avaliar o paciente observando o ganho de peso, presença de edemas e alterações da PA;
- d) fazer todas as anotações na folha de controle;
- e) verificar o perfeito funcionamento da máquina e instalação do dialisador e linha arterial e venosa;
- f) preparar todo a material necessário para a instalação hemodiálise;
- g) colher amostra de sangue.

Durante hemodiálise, deve observar o seguinte:

- a) controlar o PA e pulso a cada 30 minutos e sempre que necessário;
- b) manter vigilância constante sobre o funcionamento da máquina;
- c) proporcionar ambiente tranquilo e confortável, não deixar nunca o paciente sozinho;
- d) fazer anotações na folha de controle;
- e) fazer heparinização adequada, de acordo com orientação medica;
- f) manter soro fisiológico conectado ao circuito, por casos de necessidade imediata de administração de volume

Pós-diálise, é necessário:

- a) verificar e anotar PA, pulso, peso e temperatura;

- b) avaliar o estado geral do paciente. Se necessário mantê-lo em repouso;
- c) orientar quanto a importância da medicação e dieta;
- d) fazer todas as anotações na folha do gráfico;
- e) realizar a limpeza da máquina e esterilização do dialisador;
- f) manter a umidade em ordem;
- g) colher amostra de sangue.

Também o paciente tem um preparo psicológico, juntamente com a família, como o objetivo orientar o tratamento a fim de obter compreensão e colaboração.

3.12 Considerações Finais

Com ~~este~~ presente trabalho, percebemos a importância de verificar a pressão arterial, pois assim podemos avaliar os sinais e sintomas presentes, procurando orientação médica e evitando traumatismo decorrente da pressão arterial elevada, sendo assim PA elevada causa traumatismo, com a vasoconstrição, porém a taxa de fluxo sanguínea, ou taxa glomerular, causa uma incidência diminuída ocorrendo insuficiência renal crônica.

4. Conclusão

Através deste trabalho, concluiu-se a importância do Curso Técnico de Enfermagem, como especificação escolhida em dedicar a vida profissional a serviço da humanidade, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, exercendo a Enfermagem com consciência e fidelidade; respeitando o ser humano desde a concepção até a morte; atuando junto à equipe de saúde para o alcance da melhoria do nível da população; obedecendo aos preceitos de ética, da legalidade e da moral, através dos conhecimentos adquiridos durante o curso com professores capacitados.

Cópia do parecer?

Rever a avaliação do curso, dos profs, do conteúdo, sugestões, etc.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNNER, Lílian S. & SUDDARTH, Doris S. Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. Rio de Janeiro. Interamericana 4. ed. 1993.

SALATI, Maria Inês. Tratado dialítico – guia prático de normas e informações técnicas.

WATANABE, Esterlina et al. Tratamento dialítico. São Paulo: Sarvier. 1982.