



Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"

**DANUBIA GONÇALVES TEIXEIRA**

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E  
NA ASSISTENCIA DO TRATAMENTO HEMODIALITICO**

**Assis-SP**

**2011**

**DANUBIA GONÇALVES TEIXEIRA**

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E  
NA ASSISTENCIA DO TRATAMENTO HEMODIALITICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial a obtenção do Certificado de Conclusão.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Elizete Mello da Silva  
**Área de Concentração:** Hemodialise

**ASSIS  
2011**

## FICHA CATALOGRÁFICA

TEIXEIRA, Danubia Gonçalves.

O papel da enfermagem na humanização do cuidado e na assistência no tratamento hemodilítico /Danubia Gonçalves Teixeira. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2011.

68 p.

1.Humanização, 2.Cuidado, 3.Doença renal crônica, 4.Hemodialise.

CDD:615.5

Biblioteca da FEMA

# **O PAPEL DA ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E NA ASSISTENCIA DO TRATAMENTO HEMODIALITICO**

**DANUBIA GONÇALVES TEIXEIRA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial a obtenção do Certificado de Conclusão.

**Orientador:** \_\_\_\_\_

**Analizador (1):** \_\_\_\_\_

**ASSIS**

**2011**

## DEDICÁTORIA

A Deus, nosso bom e melhor amigo, por ser a razão de nossa existência e por nos ter dado a vida e o dom de cuidar de pessoas.

As minhas tias Maria Ap. Teixeira e Marina Teixeira Cardoso pela confiança e ter acreditado nessa minha conquista e pelo esforço e dedicação para que hoje eu estivesse aqui.

Em especial, ao meu namorado Dione, pelo afago e companheirismo de todas as horas e ter compreendido meu estresse durante a elaboração deste.

Felizmente posso dizer com muito orgulho que vocês são exemplos a serem seguidos. Sinceramente, muito obrigada.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me capacitar e impulsionar para superar mais uma etapa da minha vida, pois mesmo encontrando dificuldades, não me deixou desistir, e se consegui chegar a este ideal, mais do que a todo mundo, devo ao Senhor que colocou na minha frente anjos que me carregavam nos momentos de cansaços para me carregar quando já não conseguia mais seguir.

À minha orientadora, Elizete Mello da Silva obrigada pela disposição, compreensão, atenção e paciência durante a elaboração deste projeto.

À querida professora Claudineia Aparecida Pereira que me fez acreditar que eu sou capaz e acreditou em meu potencial. Com certeza você será meu espelho durante minha caminhada.

À uma amiga querida Maria Ap. Paiva que me foi muito importante nesses últimos dias de minha graduação me trazendo palavras de incentivo e muito carinho.

Aos meus amigos Alexandre Moreira da Silva e Danilo Gustavo Faustino pela confiança e ter me ajudado a terminar esse sonho.

A todas as minhas amigas da graduação, que serão eternas em minhas recordações, pois juntas trilhamos uma fase significativa de nossas vidas, pois juntamente partilhamos tantos sentimentos bons, tanta amizade sincera, que propiciou motivação para vencer os momentos de cansaço, e vontade de melhorar e seguir em frente. Obrigada!

A todas as demais pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que atingisse esta meta, esses anjos que Deus me trazia á todo momento.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

## RESUMO

A presente pesquisa abordou a importância da humanização no cuidado de clientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. E trouxe um pouco de como é sua realidade, de como sua vida é mudada e como é importante criar vínculos com a equipe de enfermagem que estará presente em sua rotina.

Analisamos o papel da enfermagem em nefrologia no sentido de ajudar na aceitação desse cliente á essa nova realidade. A possibilidade de um transplante e o apoio de familiares para proporcionar qualidade de vida é de fundamental importância.

**Palavras chaves:** humanização; cuidado; doença renal crônica; hemodiálise; enfermagem.

## ABSTRAT

The present study addressed the importance of humanization in the care of clients suffering from chronic kidney disease on hemodialysis. And he brought a bit of how's your reality, of how his life is changed and how important it is to create links with the nursing staff who will be present in your routine.

We analyzed the role of the nephrology nursing in helping that customer acceptance of this new reality. The possibility of a transplant and family support to provide quality of life is of fundamental importance

**Keywords:** humanization; care; chronic kidney disease; hemodialysis; nursing.

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 – HUMANIZAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
2.1- CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO.....	13
2.2- HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	14
2.3- COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL.....	16
<b>3- O TRATAMENTO HEMODIALITICO .....</b>	<b>18</b>
3.1- ANATOMIA DO SISTEMA RENAL.....	18
3.2- FISIOLOGIA DO SISTEMA RENAL .....	19
3.3- FUNÇÕES DO RIM.....	20
3.4 - DOENÇA RENAL CRÔNICA (D.R. C) OU INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA (I.R. C).....	21
<b>3.4.1- Quadro clínico.....</b>	<b>22</b>
<b>3.4.2- Diagnóstico.....</b>	<b>23</b>
<b>3.4.3- Tratamento.....</b>	<b>23</b>
<b>4- HEMODIALÍSE (H.D).....</b>	<b>24</b>
4.1- ACESSO VASCULAR PARA H.D.....	25
4.2- TRANSPLANTE RENAL (TX).....	25
<b>5- O PAPEL DA ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO.....</b>	<b>28</b>
5.1- A AÇÃO DA ENFERMAGEM.....	28
5.2- O VINCULO COM A EQUIPE DE SAÚDE.....	31
5.3- O APOIO DA FAMILIA.....	32
<b>6- CONCLUSÃO.....</b>	<b>35</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>40</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Atualmente destaca-se o papel da enfermagem e da equipe de saúde como uma prática não apenas técnica, mas especialmente humanizada. No universo de várias patologias e no processo de tratamento do cliente, recorreremos ao olhar sensível do profissional de saúde no que se refere ao contexto familiar, social e cultural do cliente que solicita cuidados.

Buscando contribuir para o aprimoramento desse perfil do enfermeiro decidimos abordar a enfermagem na humanização do cuidado e na assistência no tratamento do cliente hemodialítico.

É notório o sofrimento que envolve a doença durante o tratamento em hemodiálise. São várias as circunstâncias que envolvem todo o processo para trazer mais qualidade de vida e superação para o portador de doença renal crônica.

Nessa perspectiva, recorreremos nos capítulos iniciais dessa pesquisa a abordagem que diz respeito ao debate sobre humanização, destacando a importância da comunicação não verbal durante a assistência em enfermagem.

Definindo o enfoque dessa monografia, no terceiro capítulo discorreremos sobre o tratamento hemodialítico, reforçando as características da anatomia e fisiologia do sistema renal, dando ênfase ao quadro clínico, ao diagnóstico e tratamento da Insuficiência Renal Crônica.

Na seqüência analisamos as condições que favorecem o acesso vascular para a hemodiálise e o possível transplante renal.

Concluimos a pesquisa dando destaque justamente ao papel da enfermagem e a humanização neste contexto. A ação da enfermagem e o vínculo do cliente com a equipe, bem como sua proximidade com a família do portador da doença renal que é fundamental para o sucesso do tratamento e qualidade de vida desse cliente.

## 2 HUMANIZAÇÃO

### 2.1 CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO

Humanizar é ser capaz de entender e valorizar hábitos culturais, crenças e valores sociais. Saber que aquela pessoa diante de você tem uma história teve sonhos, tem uma sensibilidade diferencial para dor, tem desejos e vontades. Amou e foi amada, tem família, amigos e uma identidade só dela que a diferencia de outras.

Com o avanço da tecnologia, máquinas substituem o humano, e com isso o contato tem se tornado frio e mecânico. Devemos buscar aprimorar nossas relações com os outros, buscando não só nosso bem estar, mas o do outro que esta em nossas mãos. Compreender necessidades e aprimorar se de novas técnicas para poder amenizar o sofrimento alheio.

Humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como os funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento. (Boletim do Instituto de saúde, p. 06).

Segundo Silva (2004, p 22) devemos ficar atento às nossas atitudes, pois nenhuma máquina por mais avançada que seja poderá substituir o contato humano e o cuidado. Não devemos permitir que o progresso afastasse o cuidar de nossa profissão. Com o passar do tempo, esquece-se de olhar para o cliente, de ouvi-lo, como se faz tão bem no início da profissão.

“A humanização deve incluir competência sem dispensar cortesia e carinho.” (2004, p 22).

Nesse universo tão competitivo o profissional acaba não notando o quanto a forma de tratar o cliente faz muita diferença no quesito competência, o publico alvo deve ser sempre esse cliente.

Conforme Waldow (2001, p. 14), a enfermagem tem se esquecido de agir de maneira humanizada e tem trabalhado de forma mecânica, fria e às vezes até grosseira causando indiferença aos clientes e tornando o contato menos freqüente. Observa-se que sua meta seria só cumprir normas e prescrições. E com isso supõe-se estar fazendo o mais difícil, sendo que o interessado não se agrada por certo, dessas atitudes.

Para Grunzweig (2010, p.34), humanizar torna sentido em cuidar em enfermagem. É promover além de um cuidado digno e humano, um convívio com respeito e de bastante solidariedade.

Conforme o Ministério da Saúde Humaniza SUS, (2009, p.5), humanização é valorizar a toda pessoa envolvida na saúde. É promover autonomia ao cliente, e como principal que se crie vínculos como ele. E possa permitir sua participação nas práticas de saúde.

Na mesma linha de pensamento Giordani (2008, p. 176), relata que humanizar é olhar para o cliente e não só para sua doença, é dar mais valor ao bem estar dele e não só para seu tratamento. É ajuda-lo a resgatar sua vida e seu respeito próprio. Pois não é fácil sorrir quando se está doente, mas devemos nos esforçar para mudar o máximo a realidade do cenário desse cliente. (p. 177). Dessa maneira estamos como profissionais da saúde proporcionando um cuidado humanizado.

## 2.2 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

No processo de humanizar a enfermagem tem o papel principal, pois é com ela que o cliente passa mais tempo de seu tratamento, falam de sua dor, medos e busca respostas para suas dúvidas. E com a humanização em prática a enfermagem vai criar vínculos que ajudará a prestar uma assistência cada vez mais adequada a esse cliente.

Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente mas além disso, também

compreender seus medos, angustias, incertezas dando-lhe apoio e atenção permanente (Ballone 2004)

É muito importante para o cliente que a equipe o conheça e não só veja-o como mais um que ocupa um lugar. A equipe acaba se tornando parte da família. Jamais deixar esse cliente perder o valor de sua vida. Que possamos dar significado a tantos procedimentos invasivos que para nós tem se tornado rotineiro.

O nosso olhar para o cliente não só como uma pressão alterada, uma glicemia aumentada. Ele às vezes emite sinais não verbais de como se sente naquele dia. Antes de estar doente fisicamente sua alma também está doente e suas principais dimensões estão afetadas, física, social, psíquico, emocional e principalmente sua autonomia que perdeu no momento em que deixou de fazer coisas que lhe davam prazer e que garantiam ser dono de seu tempo.

Devemos mudar a imagem de dor e sofrimento que a equipe transmite ao cliente. E fazer com que ele acredite que o contato com a equipe também pode ser prazeroso e eficaz.

De acordo com Silva (2004, p 22), em nossa rotina de trabalho muitas vezes é quase impossível disponibilizar um tempo suficiente para conversar com o cliente e por isso devemos fazer o melhor quando temos oportunidade, para qualificar sua assistência. E sabemos muitas vezes que ele quer ficar mais perto de nós, buscando segurança, uma palavra de conforto, algo positivo. Nesse contexto, percebemos a necessidade do cuidado na sua integralidade, compreendendo não apenas a capacidade técnica, mas também a capacidade de serem sensíveis às questões que envolvem a relação do cliente e da enfermagem conforme seus valores e crenças.

Ainda conforme Silva (2004, p 23), humanizar a assistência não significa apenas ficar mais tempo com aquele cliente, mas sim oferecer um atendimento com qualidade humana, seja no tempo de aferição de pressão arterial, uma pesagem ou uma punção. E ouvir o cliente, até suas reclamações, pois quem não pára para ouvir deixa a impressão de não se importar.

De acordo com Grunzweig, (2010, p.34), humanizar o cuidado de enfermagem requer muito mais que conhecimentos técnicos e científicos, além de conhecimentos e valores éticos, é ter respeito á dor e o sofrimento alheio.

Pois esse cliente confia inteiramente sua vida em nossas mãos, seus anseios e suas expectativas com essa nova realidade. Eles acreditam que a equipe estará sempre disposta para entender sua dor e sofrimento que é diferente de pessoa para pessoa.

Para Waldow, (2001, p. 14), o cuidado humano envolve sentimentos e respeito ao humano, e isso só se aprimora com o crescimento. É como apreciar o que a vida traz de bela, a natureza, amor e prazer de viver. Ser sensível ao sofrimento e ajudar na superação se preparar para o inevitável.

Denota-se que a enfermagem teme a aproximação com o cliente, por medo do envolvimento e de sofrer com a dor dele. Pois a doença renal crônica traz muitos prejuízos ao bem estar das pessoas envolvidas.

## 2.3 COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

A autora Silva, (2005, p.45), relata rica a comunicação que envolve a expressão não verbal, pois de acordo com ela o avanço na tecnologia tem feito com que as pessoas se evitem e trabalhem mais isoladamente através de computadores. A comunicação não verbal favorece a enfermagem a perceber com mais facilidade os sentimentos dos clientes, principalmente aqueles que encontram maior dificuldade em se comunicar.

Segundo a autora a definição para comunicação não verbal seria:

(...) é aquela que ocorre na interação pessoa-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas. Também pode ser definida como toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço ate pela relação de distancia mantida entre os indivíduos.

Fatores relacionados ao tom de voz usado, cor de roupa, tudo isso pode influenciar na comunicação, pois pode transmitir ao próximo a maneira de como esta se sentindo naquele dia.

A comunicação não verbal nos ajuda quando precisamos reforçar o que foi dito verbalmente, por meio de gestos e sinais. Também encontramos clientes que sua expressão é nítida para se compreender o que se passa com ele.

Devemos analisar e também nos policiar, pois muitas vezes nossa expressão contradiz o verbal. Conforme o exemplo dado pela Silva ( p. 50), abrimos um diálogo com o cliente e já mostramos pressa no momento em que insistentemente olhamos para o relógio. E quando isso acontece com o cliente a enfermagem deve abrir para ele que percebeu e que tentará entendê-lo melhor. Pois todo sinal transmitido pelo cliente deve ser analisado pela equipe no momento que ocorreu.

Silva, (p. 52) afirma que para muitos autores a comunicação não verbal é maneira que transmitimos sentimentos, às vezes sem perceber.

Sentimentos ocultos podem prejudicar a relação entre o cliente e a equipe multiprofissional.

Conforme a autora pessoas que se comunicam com facilidade também se expressam melhor pela face.

Devemos saber que uma pessoa possa ter maneiras diferente de expressar o mesmo sentimento, fatores como o dia o momento e a situação vivida podem influenciar nisso.

### 3 O TRATAMENTO HEMODIALITICO

Para conhecer um pouco do que muda na vida de um cliente com doença renal crônica e seu tratamento é necessário conhecer um pouco da anatomia e fisiologia de um dos principais sistemas de nosso corpo.

#### 3.1 ANATOMIA DO SISTEMA RENAL

O sistema renal é composto por:

##### **Rins**

Nossos rins são órgãos muito importantes para nossa sobrevivência, possuímos dois, um de cada lado na coluna vertebral, posicionados atrás do revestimento peritoneal da cavidade abdominal e sua cor é marrom-avermelhada com forma de grão de feijão. (Curso de enfermagem em nefrologia, p. 6).

No Curso de Nefrologia em enfermagem (p. 6), o órgão direito é menor que o esquerdo (1 cm). No adulto de acordo com sua altura e peso o tamanho varia entre 11 á 13 cm, e 5 e 7,5 cm de largura. Sua espessura 2,5 e 3 cm e pesa cerca de 125 á 170 g.

“Cada um é revestido por uma cápsula fibrosa, a cápsula renal, facilmente removível. A margem lateral do rim é convexa e sobre seu pólo superior encontrar se a glândula suprarrenal, importante glândula de secreção endócrina”. (Zorzetto 2003, p 137).

##### **Ureteres**

No estudo de Zorzetto (2003, p. 137) os ureteres são definidos como:

“... condutos musculares que se estendem dos rins até a bexiga. Apresentam 25 a 30 cm de comprimento e seu diâmetro varia de 10 a 15 mm.”

Quanto a tamanhos dos ureteres isso está relacionado a cada pessoa para pessoa, isso implica relativo à sua altura e peso. O sistema urinário possui dois ureteres, eles são responsáveis de conduzir a urina dos rins ate a bexiga.

### **Bexiga**

No trabalho de Zorzetto a localização da bexiga fica na pelve depois da sínfise púbica e se apresenta em três faces de acordo com a quantidade de urina presente e a define como: “um reservatório musculomembranáceo no qual se acumula a urina conduzida pelos ureteres”(p. 138).

### **Uretra**

Uretra é a denominação do canal condutor de urina da bexiga para eliminação.

Tanto a uretra masculina como feminina apresentam, no seu percurso, dois esfíncteres que regulam o seu fechamento e abertura, permitindo o escoamento da urina no ato da micção. ( Zorzetto 2003, p. 139).

## **3.2 FISILOGIA DO SISTEMA RENAL**

Num espaço de tempo de 24 horas os rins filtram cerca de 200 litros de sangue no corpo humano. O sangue que chega aos rins é filtrado nos glomérulos e daí o líquido filtrado passa aos túbulos. Nos túbulos proximais, boa parte do líquido é reabsorvido, e o que não o é, constitui a urina. (Zorzetto2003, p. 143). Ou seja tudo que é bom para sobrevivência de nosso organismo é absorvido e o excesso será eliminado em forma de urina.

Zorzetto no referido estudo informa que:

A urina eliminada representa pequena fração do líquido filtrado, pois 99% dele são reabsorvidos nos túbulos. A reabsorção do líquido é controlada

pela ação de hormônios produzidos no córtex da glândula suprarrenal e na hipófise (neurohipófise). (Zorzetto, 2003 p. 143)

Ainda de acordo com Zorzetto (2003, p. 143) eliminamos cerca de um litro e meio diariamente do que foi filtrado através da urina. Pela ação da musculatura lisa na parede dos ureteres a urina segue até a bexiga onde permanece até que haja o estímulo de urinar.

### 3.3 FUNÇÕES DO RIM

De acordo com Porth (2002, p. 660), o rim tem muitas funções e todas elas muito essenciais para o bom funcionamento de nosso organismo. Entre elas está a depuração renal que é o volume do plasma inteiramente limpo em cada minuto de cada substância que chegue até a urina, regula a eliminação de sódio e potássio. Regulação do ph, entre elas elimina o excesso de ácido úrico que é produto do metabolismo da purina que o aumento dessa substância na urina pode produzir cálculos renais.

Eliminação de uréia produto final das proteínas e também elimina a maioria das drogas. O rim age como um órgão endócrino, ou seja, no controle da pressão arterial, ativação da vitamina D e da ativação da eritropoietina que age na produção de hemácias na medula óssea.

Em resumo ele age como excretor e endócrino, ele elimina os excessos e substancias tóxica, filtram o sangue e reabsorve substâncias necessárias para suprir nosso organismo. Regula nosso volume líquido, excretando restos metabólicos, mantêm os líquidos e sais do corpo em harmonia, regulam a pressão arterial, controlam o volume extracelular, regulam a produção de cálcio pela ativação da vitamina D e pela produção de hemácias pela ativação da eritropoietina. (Porth, 2002, p. 663).

### 3.4 DOENÇA RENAL CRÔNICA (D.R. C) OU INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (I.R. C)

De acordo com Rothschild, (1983, p. 7), “a I.R. C é definida por uma redução crônica do débito de filtração glomerular.”. Ou seja, o rim vai reduzindo progressivamente a função de excretar produtos metabólicos esses ficam se sobrecarregando em nossa corrente sanguínea. Ocorre diminuição da depuração da creatinina substância produzida pelos músculos que em aumento na corrente sanguínea indicam que a função renal está prejudicada:

Essa definição recorre somente a função excretora do rim e a sua etapa glomerular: ela negligencia as anomalias das funções tubulares e as funções endócrinas renais, cuja evolução, todavia, é frequentemente paralela ao declínio da filtração glomerular, e que serão rapidamente consideradas, bem como os problemas relativos às toxinas uremicas. (Rothschild, 1983, p. 7).

A D.R. C na maioria das vezes é diagnosticada em sua fase final de várias patologias de base e somente é descoberta pelo aumento da uremia sanguínea. (Curso enfermagem em nefrologia, p. 56).

É definida pela presença destes sintomas por mais de três meses e redução gradual da excreção de creatinina endógena e/ou evidencia de diminuição de tamanho dos rins e/ou sinais de agravos oriundos da uremia crônica como anemia, neuropatia periférica e osteodistrofia renal. (Curso enfermagem em Nefrologia p. 56).

De acordo com La Scala ET AL (2008, p.458), a D.R. C caracteriza pela perda progressiva da função dos rins, isso ocorre de maneira irreversível. Com o aumento de uremia sanguínea o organismo sofrerá diversos desequilíbrios levando esse cliente a procurar serviço médico.

Além de afetar áreas psicológicas e socioeconômicas desse cliente, a doença ainda pode desenvolver quadros de depressão e disfunção sexual de acordo com Rodrigues et al, (2009, p. 529). Nesse caso a hemodiálise oferece condição exclusiva de vida.

Para Romão (2004, p. 1), a D.R. C prejudica os rins e suas funções gradualmente (glomerular, tubular e endócrina), já em seu estado avançado não conseguira mais manter a homeostasia do cliente.

### 3.4.1 Quadro clínico

Na maioria dos casos a I.R. C é assintomática e torna seus primeiros sintomas em sua fase terminal complicando assim o diagnóstico preciso. Patologias como hipertensão arterial e diabetes são causas mais comuns para levar á uma I.R.C. O quadro clínico segundo Rothschild pode reunir sinais como excesso de proteínas na urina (proteinuria), anemias, retenção hidrossotica (edemas), acidose metabólica, osteodistrofia causando dores ósseas devido à perda de cálcio. Em geral podem apresentar náuseas, vômitos, câimbras musculares, palidez e aspecto ceroso da pele.

Conforme a progressão a doença o estado de uremia crônica ocasionado pela ineficácia na filtração glomerular com conseqüente deficiência na eliminação de escórias sanguíneas provoca manifestações em varias partes do organismo. (Curso enfermagem em nefrologia, p. 58).

“A doença apresenta crescimento progressivo e em proporções epidêmicas, em todo o mundo, com elevadas taxas de mortalidade e morbidade”. (Curso enfermagem em nefrologia, p. 58). Pois a população de acordo com sua cultura é educada a procurar um serviço de saúde quando está se sentindo muito mal de maneira que não suporta mais, necessitando como se denota de uma educação mais preventiva sobre certas patologias.

Segundo Romão (2004, p.2), os sintomas iniciais que aparecem são anemia, edemas, fraqueza, mal estar e sintomas digestivos.

E muitas vezes se não houver um interesse maior do profissional de saúde para uma boa investigação desses sintomas, isso podera ser interpretados como outra patologia e trazendo sérios prejuízos ao cliente, por se tratar de uma doença progressiva.

### **3.4.2 Diagnóstico**

A enfermagem tem papel importante colhendo a história desse cliente e na precisão de um bom exame físico. Orientação na coleta de exames nesses o mais especifica sedimento urinário (quantificação da proteinúria); e a biópsia renal. (Curso enfermagem em nefrologia, p 58).

O contato direto com a enfermagem se inicia desde que o cliente procura atendimento médico, a enfermagem deve se atentar em uma boa anamnese coletando muito cuidadosamente dados precisos para que se possa dar um diagnóstico mais rápido. Informações como casos de patologias na família, e um detalhado exame físico céfalo-podal, anotando queixas de dor.

Encaminhando o para exames precisos e dando toda orientação possível para que sejam feito de maneira correta, isso facilitara no rápido diagnóstico.

### **3.4.3 Tratamento**

Conforme Curso enfermagem em nefrologia, (p. 58), deverá entrar com medicações para corrigir carências e excessos no organismo e dar inicio á hemodiálise (HD).

Após o diagnóstico esse cliente além de passar por filtração através da HD, também deverá passar a tomar diariamente diversas medicações, além das quais já toma para controle de sua patologia de base, medicações para corrigir anemia, repositor de cálcio entre outras.

Como nos rins é ativada a vitamina D, sua falta acarretará falta de cálcio e a carência da eritropoítina a anemia.

Também será necessário de acordo com Gullo et al (2000, p. 209), a mudança radical em sua alimentação com a diminuição da ingestão de proteínas, sódio, potássio e água devido à retenção de líquidos e excessos de ureia no organismo que os rins não conseguem mais filtrar.

## 4 HEMODIÁLISE (HD).

Depois da confirmação de diagnóstico de I.R. C o cliente deverá então usar uma técnica de substituição daquele rim, ou seja, passara depender de uma máquina que ira fazer o papel de seu rim artificial.

A hemodiálise é realizada em hospitais ou clinicas por profissionais capacitados sob coordenação de médicos e enfermeiros especialistas em nefrologias. Conforme a regulamentação da Portaria RDC 154 que se encontra em anexo.

É o método de terapia de substituição da função renal caracterizado pela circulação extracorpórea do sangue do paciente para ser filtrado e depurado (Curso enfermagem em nefrologia, p. 24).

Esse cliente deverá passar por essa máquina conhecida como rim artificial durante no máximo 04 horas por dia três vezes por semana.

Na hemodiálise, a circulação extracorpórea com ajuda de uma bomba especifica, o sangue é removido para fora do corpo, passa por dentro de um dialisador (membrana artificial) que em contato com a solução de hemodiálise, aspirada e diluída na maquina, promove a filtração retirando toxinas e líquidos. Depois desse processo o sangue purificado retorna a o paciente. (folheto Baxter)

No Curso enfermagem em nefrologia, (p 24), a HD tem por objetivo remover excessos de líquidos e toxinas presentes no organismo do cliente, fazendo assim o papel do rim.

Com isso os clientes deverão se deslocar de suas residências e trabalhos pra poder estar realizando todo esse processo.

Mudanças na rotina, na alimentação, uso diários de medicações são essenciais no tratamento. A partir desse momento ele terá contato direto com outros clientes na mesma situação e também será monitorado regularmente por profissionais especializados.

#### 4.1 ACESSO VASCULAR PARA HD

Conforme Curso enfermagem em nefrologia, (p. 70), existem dois tipos de acessos o permanente (fistula arterovenosa) e temporária (cateter).

Para que ocorra a HD é necessário que seja realizado uma via de acesso permanente que é procedimento cirúrgico. Essa via denomina se Fistula Artéria Venosa (FAV) que é a ligação de uma veia a uma artéria. Pois requer um grande volume e fluxo de sangue nesse local para eficiência do tratamento, pois serão usadas agulhas de maior calibre. Ainda o Curso enfermagem em nefrologia, (p. 70, 72), indica que o procedimento é realizado no punho entre a artéria radial e a veia cefálica, sendo necessário um intervalo de seis semanas para sua maturação.

O acesso temporário é realizado por uma veia calibrosa (jugular interna, femoral e subclávia) e pode ser usada imediatamente em casos urgentes de descoberta de D.R. C de acordo com o citado Curso enfermagem em nefrologia,( p. 71).

#### 4.2 TRANSPLANTE RENAL (TX)

Apesar do sofrimento após o diagnóstico de D.R. C o cliente poderá ter a esperança de livrar da máquina de substituição renal, através de um tx de rim.

De acordo com (Curso enfermagem em nefrologia, p. 114), existem dois tipos de doadores: vivo e morto (nesse caso somente se for por morte encefálica constatada pelo médico que não seja da equipe de transplantes) e o cliente terá que esperar sua vez na lista de espera de acordo com sua compatibilidade. Seu nome será incluído no programa de transplante renal a partir do momento que se inicia o tratamento de HD. Para os vivo a legislação brasileira permite conjugues e familiares com até quarto grau de parentesco que sejam compatíveis com o cliente. Fora essas pessoas outros desconhecidos também podem doar, mas será necessária autorização judicial.

O primeiro transplante renal no homem foi realizado, em 1933, na Ucrânia, porém o enxerto não funcionou. No início da década de 1950, vários transplantes renais foram realizados em Paris e Boston, mas nenhum fármaco foi utilizado para prevenir a rejeição e somente um paciente sobreviveu. No Brasil, o primeiro transplante renal com doador vivo foi realizado, em 1964, no Rio de Janeiro e com doador cadáver, em 1967, no interior do estado de São Paulo. (Luvisotto ET AL 2007, p. 118).

Quando se opta pelo transplante deverá se realizar inúmeros exames para que veja a compatibilidade, as condições desse cliente que será o receptor. Idade, patologia de base, tempo de diálise, que de acordo com os riscos podem desclassificar esse cliente. (Curso enfermagem em nefrologia p. 117).

O objetivo do TX conforme La Scala, (2008, p.459), é trazer de volta ao cliente sua autonomia. Ou seja, trazer de volta a vida que ele tinha antes da doença.

“O transplante consiste na colocação de um rim saudável de um doador no receptor”. Eliana (2008, p.459).

Para o Tx aconteça o cliente passará por uma seleção que conforme Eliana (2008, p.460), irá investigar a possibilidade de risco para esse cliente após o tx. Ou seja patologias de base, antecedentes familiares, alimentação e tempo de HD, podem influenciar na hora que se encontra um doador.

Isso é necessário para que se evite o máximo possível à ocorrência de uma rejeição desse rim. Ou seja, quando o sistema imunológico do transplantado reconhece esse rim como corpo estranho ele irá usar um mecanismo de defesa rejeitando isso. Eliana (2008, p. 465), relata sobre os tipos de rejeição que podem ser hiperagudas, que acontecem minutos ou poucas horas após o tx, e aguda que pode ocorrer em qualquer tempo após o tx. A primeira não tem como tratar, destrói de forma total, já a segunda se corrige com o uso de drogas que agem no sistema imunológico reduzindo a rejeição.

Segundo Luvisotto et al, (2007, p. 118), o uso de imunossupressores drogas que agem reduzindo a rejeição amplia o tempo de vida do rim transplantado diminuindo a rejeições.

Segundo a autora existe a vantagem de receber de um doador vivo, as drogas imunossupressoras empregadas nesse caso são menos agressivas, podem ser

planejadas as cirurgias entre o médico e o cliente, e a eficácia do funcionamento desse órgão é mais rápida.

De acordo com Ilias et al, (2003, p. 3), apesar da eficácia dos potentes imunossupressores a rejeição aguda ainda tem sido causa preocupante de rejeições de enxertos.

O medo e ansiedade são evidentes nesse caso, o cliente teme a rejeição e o risco de morrer, tudo isso deve ser bem esclarecido antes de tomada decisão.

Ele o cliente deve ser informado pela equipe dos riscos e principalmente da possibilidade de fracasso no transplante.

Nessa hora a enfermagem dentro do vínculo criado com esse cliente, deve estar ao seu lado passando total segurança. O cliente sabendo que ele pode estar livre ou não da máquina não acarretará falsas esperanças e a enfermagem deverá estar preparada para receber esse cliente de volta e poder novamente estar trabalhando humanizadamente essa nova decepção que ele trará. Ajudando o a enfrentar mais um desafio em sua vida e incentivando a não desistir de viver. Acreditamos que essa seja um dos momentos mais difíceis enfrentados pelo cliente com D.R.C. São momentos que eles mais carecem de tratamento humano.

E o mais importante que todo cliente almeja é que após o tx, ele poderá ter sua vida normal como qualquer pessoa sem nenhuma restrição. (Eliana, 2008, p.469).

Conforme Prestes et al, (2010, p.742), a enfermagem também sente como o cliente na espera de um tx, sofre com o sentimento de incapacidade vivido pelo cliente pela decepção de não possuir indicação para o tx, ou seja não poderá deixar de realizar hemodiálise.

## 5 O PAPEL DA ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO.

### 5.1 A AÇÃO DA ENFERMAGEM.

Segundo Silva, (2004 p. 19), todos que escolhem a área da saúde, principalmente a enfermagem deve saber que o mais importante é cuidar do ser humano, e com a pratica do trabalho, e a rotina, de correria devido acumulo de funções na carga horária, acabamos se esquecendo disso.

O paciente com I.R. C é submetido a mudanças em que seu cotidiano, como dieta, controle da ingesta de líquidos, uso de medicamentos, ameaça á auto-imagem, que geram estresse e conflito, interferindo na adesão á sua terapia. O cliente em tratamento hemodialítico dependente da tecnologia e de profissionais capacitados, neste sentido a máquina representa a manutenção da homeostase física. (Rodrigues et AL 2009, p. 530).

No inicio o cliente sofrerá muito com essas mudanças. Depende de a enfermagem estar ao seu lado dando o apoio garantindo a segurança que nele estará em falta. É muito difícil de uma hora pra outra mudar seu estilo de vida e sua alimentação.

A enfermagem tem o papel de educadora, deve mostrar o que é e como é o tratamento, como deve ser realizado o cuidado com a fistula, as alimentações e restrições.

“É de responsabilidade do enfermeiro o monitoramento do sistema dialítico durante a HD, bem como avaliação das respostas do paciente frente ao tratamento.” (Curso enfermagem em nefrologia p. 80).

Dentro da HD o papel da enfermagem vai muito além de procedimentos, sendo necessário além de destrezas nos procedimentos e um conhecimento bastante especifico principalmente em anatomia e fisiologia para poder compreender bem o processo do cliente e saber intervirem em uma intercorrência.

De acordo com Curso enfermagem em nefrologia ( p. 80), a enfermagem deve ter conhecimentos específicos e saber da importância de estar monitorando a inspeção no local de acesso vascular e atentar para sinais graves de complicações como hipotensão, câimbras, febre e calafrios.

E nesses casos deve estar preparado para dar suporte numa urgência.

Para o sucesso desse doloroso tratamento o cliente deve confiar sua vida totalmente na enfermagem e se sentir seguro que esta saberá atuar em suas necessidades e amenizar sua dor lhe passando confiança e fornecendo esclarecimentos para sentir melhor com sua doença.

A enfermagem devera criar um vínculo com esse cliente porque a partir deste vínculo ela poderá atuar com maior facilidade no tratamento desse indivíduo.

Para Santos et al, (2010, p.336), afirma que o progresso na tecnologia no tratamento HD, vem possibilitando o aumento da sobrevida de indivíduos com D.R. C, isso possibilita uma melhora na qualidade de vida desse cliente que se encontra com muitas limitações físicas, emocionais e em seu ambiente de trabalho. No inicio poderá se desesperar e desanimar levando ao abandono de seu tratamento.

Nesse sentido o enfermeiro tem papel fundamental porque apesar de a educação do cliente com D.R.C ser um compromisso de toda equipe de saúde, esse profissional é o elemento da equipe que atua de modo mais constante e mais próximo dessa clientela. Portanto, ele esta capacitado para identificar as necessidades dos clientes e intervir de forma eficaz. (Santos ET AL, 2010, p. 336).

O profissional de enfermagem muitas vezes tem o papel de psicólogo, para ouvir e saber agir numa baixa estima. E saber identificar a linguagem não verbal do cliente.

A enfermagem deve organizar o atendimento para melhor atender a todos.

Pedir permissão para tocar esse cliente com procedimentos invasivos, por mais que possa se imaginar que ele esteja acostumado á isso.

A enfermagem deve auxiliar na integração desse indivíduo a uma nova realidade que vem com D.R.C. (Santos, et al, 2010, p.336).

Ainda Santos, et al, (2010, p. 336), diz que muitas vezes o cliente não passa pela fase de adaptação e de orientação do tratamento, ele já chega ao caráter emergencial para dar inicio á HD.

Tornar essencial a ação educativa com o cliente, a fim de que ele possa descobrir maneiras de viver dentro dos seus limites, para não ser contrário ao seu estilo de vida e, enfim, conseguir conviver com a doença e com o tratamento hemodialítico. Para que as pessoas assumam os cuidados e controle do esquema terapêutico, é necessário identificar as suas necessidades, auxiliá-los a se sentirem responsáveis e capazes de cuidarem de si mesmos. (Santos, ET AL, 2010, p. 336).

Deverá conciliar seu estilo de vida com o tratamento a fim de que não haja tantos prejuízos, e podendo resgatar sua autonomia para que se tenha uma boa progressão no tratamento. Pois no início esse indivíduo perde toda sua autonomia e identidade e com a ajuda da enfermagem ele saberá lidar com a doença e seu novo estilo de vida.

Gullo et al, (2000, p.212), reforça sobre a equipe de enfermagem que trabalha com o cliente clínico renal tem mais tempo para acompanhar a evolução desse cliente, estudar suas tentativas e seu estilo de vida, para poder fornecer auxílio traçando um plano assistencial com o intuito de trazer melhora em sua qualidade de vida. O autor ainda relata que deixar as pessoas mais satisfeitas é uma condição para atuar em enfermagem.

Na unidade de hemodiálise se exige muito de seus profissionais que possuam muito conhecimento técnico e científico para oferecer o melhor além de atuar na expectativa do cuidado humanizado agindo de forma a transmitir o melhor para quem esta sendo cuidado conforme Rodrigues et al, (2009, p.530).

É comum que aconteça complicações durante a hemodiálise de acordo com Nascimento et al, (2005, p.720), porém deve se estar preparada para atuar nessa hora, pois a falta de preparo pode ser fatal a esse cliente. A enfermagem deve estar atenta e observar qualquer intercorrência durante a sessão, pois atuando de forma precoce ajuda a salvar muitas vidas e com isso se vê nótoria a importância da enfermagem nas sessões de hemodiálise, pois participa de forma direta e fornece assistência rápida nas complicações.

## 5.2 O VÍNCULO COM A EQUIPE DE SAUDE

Para Prestes et al (2010, p. 739), a atuação da enfermagem em nefrologia tem se destacado muito, devido ao crescimento de clientes com doença renal crônica e devido à carência desse público do cuidado específico da enfermagem. O autor relata que por ser um tratamento longo e rotineiro proporciona a enfermagem desenvolver grandes vínculos com esse cliente e também possibilita um cuidado integral para esse cliente.

O papel do profissional da saúde de acordo como o Boletim do Instituto de saúde, (2003, p. 10), é apresentar se como um orientador disponível para ouvir sem fazer julgamentos. Mostrar sempre se interessado para os problemas a ele confiados, ter cuidado em não usar palavras difíceis entendimento e cuidado na expressão não verbal. Agindo assim ele criara laços com esse cliente e poderá ajudá-lo atuando na recuperação de sua autoestima, estimulando seu auto cuidado e assim alcançar bem estar.

Com isso facilitara a adesão desse cliente ao seu tratamento e trará estímulos para enfrentar mudanças sejam positivas ou negativas.

Ultimamente a enfermagem tem se dedicado mais em outras atividades como administrativas do que as que lhe cabe, o cuidar. Comunicar se com o cliente, ouvi-lo, criando assim uma afinidade e por que não dizer uma amizade. Seremos presentes em boa parte de suas vidas e não devemos ser apenas enfermeiros nesse hospital e sim pessoas presentes.

Gullo et al (2000, p.210), defende que a equipe de enfermagem da unidade de hemodiálise devido ao contato de longa duração que possui com seus clientes favorece a criação de um vínculo e com isso terá maior facilidade para observar melhor e captar mensagens e expressões não verbais que para outro profissional isso passaria despercebido.

Quando se cria um vínculo com o cliente se abre uma oportunidade de estar o conhecendo intimamente, apesar da evoluída tecnologia para Tolentino (2003, p.165), por mais que consigamos enxergar o cliente por dentro e por fora através de exames tão específicos e detalhados, ainda não se consegue enxergar seus

sentimentos, isso só é possível na relação humanizada e na criação de um vínculo entre cliente e equipe.

Para que isso ocorra à autora relata que é necessário ser conquistado dia a dia, um toque, disponibilizar um tempo para ouvir esse cliente, uma palavra de incentivo, conhecer sua vida e aceita-lo como se apresenta são essenciais para criar esse vínculo que é tão indispensável nessa terapêutica.

Ainda Tolentino (2003, p.166), reforça sobre a importância do vínculo, que a equipe que não consegue ouvir seu cliente também terá dificuldades de falar com ele e principalmente de passar orientações importantes para o sucesso de seu tratamento, com isso minimizando a ansiedade que é um sentimento muito prejudicial aos clientes.

“Essa relação de proximidade é que forma a base para a presença de vida-doação, onde a abertura e a transferência de energia positiva predominam e afetam o outro de forma profunda.” Waldow (2006, p. 31).

Para a autora quando se tem um vínculo com os clientes o convívio diário se torna mais agradável e com isso o tratamento tem efeito restaurador baseado na confiança e aceitação desse cliente á sua doença. E isso gera crescimento.

O cliente se sente acolhido e que é não é só mais uma pessoa causando incomodo aos outros, mas sim alguém importante que pessoas se importam com seu estado de saúde atual, não o vê como uma doença sem cura e sim, uma pessoa por inteiro com muitas necessidades esperanças. A equipe deve sempre promover bem estar e apesar de conviver com a vida e a morte sua visão deve ser sempre para a vida.

### 5.3 O APOIO DA FAMILIA.

De acordo com Silva, (2004, p. 52), é mais um desafio para a enfermagem criar um vínculo com a família desse cliente, isso evitaria maiores complicações no tratamento.

Conforme Abrahão et al, (2010, p.19), quando alguém da família se encontra doente, isso afeta todo o resto, e isso pode trazer conseqüências de diversas maneiras e intensidades de acordo com as condições financeiras e culturais de cada um.

Como em um corpo se o braço ou perna encontra se machucado isso implica na mudança de todo o resto do corpo.

Ainda Abrahão define que “família é um grupo de indivíduos em associação íntima e contínua que interagem constantemente e, ainda, individual e coletivamente com a comunidade e grupos culturais dos quais fazem parte.”

Família não seriam necessariamente mãe, pai ou esposo ou esposa e sim alguém que divide algo com você que faz parte da sua vida.

Numa unidade de hemodiálise a família tem papel importante na vida desse cliente, apesar de não poder estar dentro da unidade no momento em esse cliente esta realizando sua sessão, devido ser um local restrito, a família é que ajudara na manutenção desse tratamento no ambiente doméstico. E a enfermagem deve estar em constante comunicação com essa família, passando e recendo informações para que tudo favoreça o cliente.

A enfermagem como educadora e dentro desse contexto também se encaixa a família desse cliente. Essa família deve sentir que seu ente estará em segurança. E enfermagem deve realizar educação continuada com esse cliente e quem o envolve. Isso também é ser humanizado.

Conforme Silva, (2004, p. 57), é dever de a enfermagem explicar os equipamentos usados, suas finalidades, os alarmes, pois o não saber causa medo e ansiedade.

Para se criar um plano de cuidados para esse cliente crítico, a autora (2004, p. 53), relata que devemos consultar sua família para indicar algo coerente com suas necessidades.

“Como em qualquer situação crônica de saúde, deve se ampliar para além do campo da terapêutica empregada e do tratamento de sinais e sintomas clínicos da doença em questão, mas deve atingir o individuo de modo sistêmico, fornecendo-lhe informações que o auxiliem na adoção de estratégias para diminuir o estresse provocado pela condição de saúde,

pela dependência de máquinas de outras pessoas, além de perda de autonomia". (Curso enfermagem em nefrologia, p. 87)

Como podemos perceber o cliente D.R. C no momento de seu diagnóstico precisa encarar o fato de que a partir desse momento sua rotina passará por muitas mudanças e para que isso seja bem digerido por ele é importante ressaltar o apoio de um suporte emocional na vida dele. Esse suporte de primeira seria sua família, ou seja, as pessoas que convivem com ele.

O que podemos afirmar é que a família necessita de um tempo exclusivo da atenção do enfermeiro, e este deve estar atento às necessidades dela e procurar colaborar para resolvê-las, bem como proporcionar à família a sua participação nos cuidados do paciente. (Silva, 2004, p. 54).

A comunicação da enfermagem e a família do cliente promovem uma quebra nas barreiras e limitações encontradas pelas mesmas para entenderem melhor o tratamento.

Silva, (2004, p. 54), nos chama a atenção para atentar no uso de termos técnicos, impaciência, expressões do rosto, mensagens incompletas, causam distanciamento entre eles. Devemos ser claros, objetivos e honestos, e abrir para essa família para que esta também possa se expressar e argumentar.

A resposta psicológica de um determinado cliente à enfermidade dependerá de sua personalidade antes da doença, da extensão do apoio da família, dos amigos, dos profissionais de saúde envolvidos e do curso da doença de base. (Abrahão et al, 2010, p. 19).

A D.R. C muda completamente a rotina de toda uma família, pois essa tem que saber lidar com essa nova realidade desse ente, que dependera de suporte, pois sua doença além de irreversível existe o fato do perigo iminente para a vida. Abrahão relata ainda que numerosas instruções médicas devam ser seguidas além de procedimentos dolorosos, trazendo mais insatisfação e tristeza. Tudo isso muda bruscamente uma vida diária.

## 6 CONCLUSÃO

Conclui-se com esse trabalho, que ainda há uma deficiência de artigos publicados sobre essa temática visto que, a humanização o cuidado, e o cuidar de alguém são pontos indispensáveis para formação do profissional enfermeiro, norteando e aprimorando o conhecimento técnico científico. O entendimento e a complexidade de uma patologia como a I.R. C e o tratamento hemodialítico, tiram as perspectivas de vida do cliente onde identificamos a importância na formação enquanto profissional enfermeiro no papel de uma assistência humanizada e acolhedora, no processo de uma comunicação ou uma comunicação não verbal.

No que se refere à humanização é uma característica indispensável na formação da enfermagem, visto que proporciona uma assistência na criação do vínculo, minimizando o sofrimento humano.

Deve-se ter sempre presente em nosso cotidiano todos valores humanos discutidos no período de formação do profissional para que não nos transformamos apenas em enfermeiros tecnicistas de forma a fragmentar o cuidado direcionado esquecendo-se do amor, do carinho e do acolhimento, isso descreve para a enfermagem o sentido de cuidar, que muitas vezes temos que ter a empatia, valorizando toda pessoa envolvida.

Enquanto enfermeiros esse trabalho nos proporciona que o cuidado humanizado deve ser de forma coletiva com integralidade e equidade, trazendo para o cliente principalmente sua autonomia. É o carisma que vem de dentro de todo ser humano que envolve sensibilidade e sentimentos com o próximo de forma a ajudar a superar o inevitável.

Para que possamos desenvolver uma assistência adequada é fundamental que a enfermagem trabalhe a comunicação dentro do processo saúde – doença a fim de conhecer e entender o diagnóstico do cliente, através de uma boa comunicação a enfermagem conseguira esclarecer de maneira clara e objetiva as duvidas sobre a doença e seu tratamento.

Podemos perceber que durante o tratamento em uma unidade de hemodiálise, nos deparamos com clientes ansiosos e desestimulados devido á tantas mudanças que ocorrem em sua vida após o diagnóstico. Isso causa angustia e sofrimento.

Com isso concluímos a importância da aproximação da enfermagem com esse cliente criando um vínculo e com isso trabalhar em cima de sua insegurança para que possamos minimizar seu sofrimento durante esse doloroso tratamento.

E jamais esquecer que o cuidado e o amor á profissão não podem faltar nunca quando se trata de humanização.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAO, Sarah Silva; RICAS, Janete; ANDRADE, Darly Fernando; POMPEU, Fatima Chagas; CHAMAHUM, Leila; ARAUJO, Tamara Miguel; SILVA, Jose Maria Penido; NAHAS, Cristiane; LIMA, Eleonora Moreira. **Dificuldades vivenciadas pela família e pela criança/adolescente com doença renal crônica**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a04.pdf>>. Acesso em 25 Ago. 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução – RDC nº. 154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Diário Oficial da União N 103 - DOU 31 mai 2006. Disponível em:

[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe\\_eletronico/2006/iels.mai.06/iels102/U\\_RS-ANVS-RDC-154-REP\\_150604.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.mai.06/iels102/U_RS-ANVS-RDC-154-REP_150604.pdf). Acesso em 02 Nov. 2011.

LA SCALA, Eliana C. P.; HILARIO, Nilsa. **“Transplante renal”** in Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDI, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. 2ª Ed. São Paulo Editora Atheneu, 2008

Boletim do instituto de saúde nº 30. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/boletins/bis30.pdf>>. Acesso em 12 set. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em 25 Ago. 2011.

CAMARA, Niels Olsen; PACHECO-SILVA, Alvaro. **Panorama Internacional Insuficiência renal crônica em transplante de órgão não renal**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n1/a04v50n1.pdf>>. Acesso em 12 Set. 2011.

CURSO DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA – CD ROW – Portal Educação Continuada a Distância. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/busca/cursos/enfermagem-em-nefrologia/1>>. Acesso em: 02 Nov. 2011.

**FOLHETO BAXTER. HEMODIALISE-** Informação para pacientes e seus familiares. Baxter Hospitalar Ltda 2006.

GIORDANI, A. T. **HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E DO CUIDADO**, São Caetano do Sul: Difusão, 2008.

GONZALES, Rita Francis; BRANCO Rodrigues.. **A RELAÇÃO COM O PACIENTE-TEORIA, ENSINO E PRÁTICA**. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro 2003.

GRUNZWEIG, Thais Natalia Manfio. **O papel do enfermeiro na assistência humanizada no setor de oncologia do hospital regional de Assis**. 2010. 81p. Trabalho de conclusão de curso. - Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA/Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

GULLO, A. B. M. et al. Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 2, p. 209-12, jun. 2000.

JUNIOR, João Egídio Romão. **Doença renal crônica: Definição, epidemiologia e classificação**. Disponível em: <[http://www.transdoreso.org/pdf/doenca\\_renal.pdf](http://www.transdoreso.org/pdf/doenca_renal.pdf)>. Acesso em: 26 Ago.2011.

LUVISOTTO, Marília Moura; CARVALHO, Rachel de; GALDEANO, Luzia Elaine. Transplante renal: Diagnóstico e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/441-Einstein5-2\\_Online\\_AO441\\_pg117-122.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/441-Einstein5-2_Online_AO441_pg117-122.pdf)>. Acesso em 02 Nov. 2011.

NASCIMENTO, Cristiano Dias. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, nov. dez. 2005

PAES, José Oliveira, **Necessidades de orientação de enfermagem para o auto cuidado de clientes em terapia de hemodiálise**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf>>. Acesso em 25 ago. 2011.

PORTH, Carol Mattson. **FISIOPATOLOGIA**, 6ª edição. Tradução Fernando Diniz Mundim, cidade: Rio de Janeiro Editora, 2002.

PRESTES, Francine Cassol; BECK, Carmem Lucia Colomé; SILVA, Rosangela Marion da; TAVARES, Juliana Petri; CAMPONOGARA, Silviamar; BURG, Geni; Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):738-45.

RODRIGUES, Tatiana Aparecida; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/15.pdf>>. Acesso dia 25 Ago. 2011.

ROTHSCHILD, Eugene. **DIETÉTICA DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA,** São Paulo 1983, Organização Andrei Editora Ltda.

SILVA, Maria Julia Paes. **Comunicação tem remédio, a comunicação nas relações interpessoais em saúde,** edição. Português, São Paulo: Editora Loyola, 2005.

SILVA, Maria Julia Paes. **QUAL O TEMPO DO CUIDADO- Humanizando os cuidados de enfermagem,** edição. Português, São Paulo: Editora Loyola, 2006.

SPPC Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica. **Humanização do atendimento em saúde.** Disponível em: <<http://www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html>>. Acesso em 12 Set. 2011.

ZORZETTO, Neivo Luiz. **Curso de Anatomia Humana.** Bauru 8ª ed. 2003. Editora LipeL.

## ANEXOS

 Ministério da Saúde



Legislação em  
Vigilância Sanitária



### RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº. 154, DE 15 DE JUNHO DE 2004

Estabelece o Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Diálise.

‘A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c o art. 111, inciso I, alínea “b”, §1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada 22 de maio de 2006,

considerando a necessidade de redefinir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise em pacientes ambulatoriais, portadores de insuficiência renal crônica, bem como os mecanismos de sua monitoração;

considerando a necessidade de redução dos riscos aos quais fica exposto o paciente que se submete à diálise, adota a seguinte Resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Estabelecer o Regulamento Técnico para Funcionamento do Serviço de Diálise, na forma do Anexo desta Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), disciplinando as exigências mínimas.

Art. 2º O serviço de diálise deve funcionar somente após receber o Alvará Sanitário expedido pela autoridade sanitária competente do Estado, Distrito Federal ou Município, atendendo aos requisitos do Regulamento Técnico de que trata o Art. 1º desta RDC e demais legislações pertinentes.

§1º O serviço de diálise deve estar capacitado para oferecer, no mínimo, a modalidade de hemodiálise - HD, devendo ter no máximo 200 pacientes em HD, respeitado o limite do número máximo de 01 (um) paciente por equipamento instalado por turno.

§ 2º Quando o serviço optar por fornecer somente a modalidade de HD e o paciente necessitar de diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) ou diálise peritoneal automatizada (DPA), o responsável técnico deve referenciá-lo para outro serviço.

§ 3º Quando da necessidade de realização de diálise peritoneal intermitente (DPI), o serviço deve referenciá-lo para um serviço de diálise intra-hospitalar.

§ 4º A modalidade de Hemodiálise pode funcionar em até três turnos, com intervalo mínimo de uma hora entre as sessões. A ampliação do número de turnos está condicionada à autorização do gestor local.

Art. 3º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física do serviço de diálise deve ser precedida de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local em conformidade com a RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e suas atualizações ou instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 4º Determinar que a inobservância dos requisitos constantes desta RDC constitui infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Parágrafo único. Os serviços de diálise que não cumprirem o disposto nesta RDC ou apresentarem deficiência constatada na avaliação dos gestores, além das penalidades previstas no caput, estão sujeitos à exclusão do cadastro definido a critério da autoridade sanitária competente.

Art. 5º Cem por cento (100%) dos serviços de diálise devem ser inspecionados e avaliados no mínimo duas (02) vezes por ano, pela Vigilância Sanitária local.

Parágrafo único. Para efetivação dos procedimentos de que trata este artigo, deve ser assegurado à autoridade sanitária livre acesso a todas as dependências do estabelecimento e mantidos à disposição todos os registros, informações e documentos especificados no Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC.

Art. 6º Fica facultado às associações de pacientes portadores de insuficiência renal crônica e comissões constituídas formalmente pelos conselhos de saúde o acesso às instalações e registros dos serviços de diálise.

§ 1º O acesso aos documentos, inclusive os indicados no art. 6º, se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica, e de direito, previstas no Código de Defesa do Consumidor.

§ 2º Qualquer irregularidade constatada por estas associações ou comissões deve ser imediatamente comunicada à Vigilância Sanitária local para as devidas providências.

Art.7º A responsabilidade ética, civil e criminal pelas irregularidades constatadas no serviço de diálise é do médico Responsável Técnico (RT) pelo serviço.

Art.8º As secretarias estaduais e municipais de saúde devem implementar os procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELO

## ANEXO

### REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

#### 1. DEFINIÇÕES

1.1. Água Potável: água com características físico-químicas e biológicas em conformidade com o disposto na Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004, ou instrumento legal que venha a substituí-la.

1.2. Água Tratada para Diálise: água cujas características são compatíveis com o Quadro II desta RDC.

1.3. Dialisato: solução de diálise após a passagem pelo dialisador.

1.4. DPA: Diálise Peritoneal Automatizada: modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente com trocas controladas por uma máquina cicladora automática.

1.5. DPAC: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua: modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente com trocas realizadas pelo próprio paciente ou cuidador.

1.6. DPI: Diálise Peritoneal Intermitente: modalidade de diálise peritoneal realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática.

1.7. Evento Adverso Grave: qualquer ocorrência clínica desfavorável que resulte em morte, risco de morte, hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, incapacidade significativa, persistente ou permanente, ou ocorrência clínica significativa.

1.8. Nível de Ação: parâmetro que indica a necessidade de adoção de providências para identificação do foco de contaminação.

1.9. "Priming": determinação do volume interno das fibras do dialisador.

1.10. Programa de Tratamento Dialítico: forma de atendimento de pacientes renais crônicos que necessitam de diálise de modo continuado.

1.11. Registro de produtos: ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde e necessário para a comercialização no País dos produtos submetidos ao regime da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976.

1.12. Responsável Técnico: profissional de nível superior com especialização na área correspondente, assentada junto ao respectivo conselho profissional.

1.13. Reuso em diálise: utilização, para o mesmo paciente, do dialisador e linhas arteriais e venosas, por mais de uma vez, após os respectivos reprocessamentos.

1.14. Reprocessamento em diálise: conjunto de procedimentos de limpeza, desinfecção, verificação da integridade e medição do volume interno das fibras, e do armazenamento dos dialisadores e das linhas arteriais e venosas.

1.15. Serviço de diálise: serviço destinado a oferecer modalidades de diálise para tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica.

1.16. Serviço de diálise autônomo: serviço de diálise com autonomia administrativa e funcional, podendo funcionar intra ou extra hospitalar.

1.17. Serviço de diálise hospitalar: Serviço de diálise que funciona dentro da área hospitalar vinculado administrativa e funcionalmente a este hospital.

## 2. ATRIBUIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

2.1. Os serviços de diálise devem funcionar atendendo aos requisitos de qualidade e a um padrão de assistência médica que tenha como objetivo:

- a) uma exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento, em relação aos benefícios obtidos;
- b) um monitoramento permanente da evolução do tratamento, assim como de seus eventos adversos;
- c) responsabilidade integral pelo tratamento das complicações decorrentes do tratamento dialítico;
- d) a melhora geral do seu estado de saúde com vistas à sua reinserção social.

2.2. Todo serviço de diálise deve fornecer ao paciente, no dia do procedimento dialítico, alimentação de acordo com a orientação dietética do Nutricionista e com

base na prescrição médica, considerando seu estado clínico e nutricional.

### 3. INDICAÇÃO DE DIÁLISE E MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

3.1. O principal parâmetro de avaliação laboratorial, de indicação para início de diálise, é a depuração de creatinina endógena, a qual deverá ter um valor igual ou inferior a dez mililitros por minuto.

3.1.1. Para o ingresso de paciente apresentando depuração de creatinina endógena com valor superior a dez mililitros por minuto, deve ser elaborada justificativa de indicação clínica para o gestor local do Sistema Único de Saúde.

3.1.2. Em pacientes diabéticos e crianças a diálise pode ser iniciada quando apresentarem depuração de creatinina endógena inferior a 15 mililitros/minuto.

3.2. A escolha e a indicação do tipo de tratamento dialítico, a que deve ser submetido cada paciente, devem ser efetuadas ponderando-se o seu estado de saúde e o benefício terapêutico pretendido, em relação ao risco inerente a cada opção terapêutica.

3.2.1. O paciente deve ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus benefícios e riscos, garantindo-lhe a livre escolha do método, respeitando as contra indicações.

3.3. Compete a cada serviço de diálise prover os meios necessários para o monitoramento e prevenção dos riscos de natureza química, física e biológica inerentes aos procedimentos correspondentes a cada tipo de tratamento realizado.

3.4. A promoção e manutenção, no paciente, da via de acesso para o procedimento de diálise são de responsabilidade do serviço de diálise.

3.5. Pacientes não portadores de hepatite B e com resultado de imunidade negativo para este vírus devem ser, obrigatoriamente, encaminhados ao local indicado pela secretaria de saúde local, para imunização em conformidade com o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, decorridos do início do tratamento.

3.6. O paciente deve ser submetido a todos os exames previstos no item 3.7, além

de ultra-sonografia abdominal com estudo dos rins e bexiga, no prazo de 30 (trinta) dias, decorridos da data de sua admissão no programa de tratamento dialítico, caso não disponha dos exames realizados nos últimos seis meses.

3.7. O serviço de diálise deve realizar periodicamente, em seus pacientes, os seguintes exames:

a) Exames mensais: medição do hematócrito, dosagem de hemoglobina, uréia pré e pós a sessão de diálise, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano;

a.1) Quando houver elevação de TGP, descartadas outras causas, o médico nefrologista deve solicitar o AntiHBc IgM, HbsAg e AntiHCV.

a.2) A complementação diagnóstica e terapêutica das hepatites virais deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados em hepatites virais.

b) Exames trimestrais: hemograma completo; medição da saturação da transferrina; dosagem de ferritina, ferro sérico, proteínas totais e frações e fosfatase alcalina.

c) Exame semestral: párate-hormônio, AntiHBs, e, para pacientes susceptíveis (com AntiHBC total ou IgG, AgHBs e AntiHCV inicialmente negativos), a realização de HbsAG e AntiHCV. Dosagem de creatinina após o primeiro ano.

d) Exames anuais: colesterol total e fracionado, triglicérides, dosagem de anticorpos para HIV e do nível sérico de alumínio, Rx de tórax em PA e perfil.

3.7.1. Nos pacientes em Diálise Peritoneal deve-se avaliar a função renal residual e o "clearance" peritoneal anualmente.

3.7.2. A continuidade dos exames específicos de anti-HIV, HBsAg e anti-HCV pode ser dispensada, quando for confirmada a positividade dos testes sorológicos por três dosagens consecutivas.

3.7.3. O serviço de diálise deve registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores da eficiência dialítica nos prontuários dos pacientes.

3.8. Os tipos e as freqüências de realização dos exames listados no item 3.7. podem ser modificados pelo Gestor local do SUS ou pelo Ministério da Saúde, por meio de norma específica.

3.9. A realização dos exames de rotina prescritos não exclui a necessidade de demais exames, segundo indicação médica.

3.10. Quando identificado resultado de exames fora do padrão, o serviço deve proceder à revisão do plano de tratamento com os devidos registros.

3.11. Todos os pacientes devem ser submetidos à consulta ambulatorial pelo nefrologista responsável pelo tratamento dialítico, mediante realização de, no mínimo, um exame clínico mensal, registrado no prontuário médico, com identificação do profissional responsável (nome e número do registro no Conselho Regional de Medicina), com ênfase na avaliação cardiológica e nutricional, sendo encaminhado ao especialista quando indicado.

3.12. Os serviços de diálise devem assegurar aos pacientes os antimicrobianos para tratamento de peritonite e infecções relacionadas ao uso de cateteres

#### 4. PARÂMETROS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE DIÁLISE

4.1. Os serviços autônomos devem dispor de hospital de retaguarda que tenha recursos materiais e humanos compatíveis com o atendimento aos pacientes submetidos a tratamento dialítico, em situações de intercorrência ou emergência, localizado em área próxima e de fácil acesso.

4.1.1. O serviço autônomo que presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deve celebrar termo de compromisso entre o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, o gestor local e o próprio serviço de diálise, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento.

4.1.2. Os serviços autônomos que não prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem comprovar a retaguarda hospitalar por meio de contrato formal assinado pelo diretor do serviço e do hospital.

4.1.3. A responsabilidade de providenciar a internação de pacientes com

complicações decorrentes da diálise é do responsável técnico do serviço.

4.2. Durante a internação de qualquer natureza, é de responsabilidade do RT do serviço de diálise assegurar a continuidade do tratamento dialítico.

4.3. Todo serviço autônomo deve dispor de um serviço de remoção de pacientes, que atenda aos requisitos da legislação em vigor, destinado a transportar, de imediato, os pacientes em estado grave até o hospital de retaguarda, assegurando o seu pronto atendimento.

4.3.1. Os serviços de diálise que não dispõem de serviço próprio devem estabelecer contrato formal com um serviço de remoção, licenciado pela autoridade sanitária local, de modo a assegurar o atendimento previsto no item 4.3.

4.4. Todo serviço de diálise deve implantar e implementar um Programa de Controle e Prevenção de Infecção e de Eventos Adversos (PCPIEA), subsidiado pela Portaria GM/MS n.º 2616, de 12 de maio de 1998, ou instrumento legal que venha a substituí-la.

4.4.1. O PCPIEA deve ser elaborado com a participação dos profissionais do serviço de diálise sob a responsabilidade do médico ou enfermeiro do serviço.

4.5. Compete ao responsável pelo PCPIEA: i) garantir a implementação da vigilância epidemiológica sistematizada dos episódios de infecção e reação pirogênica; ii) a investigação epidemiológica nos casos de Eventos Adversos Graves, visando à intervenção com medidas de controle e prevenção; e iii) avaliar as rotinas escritas relacionadas ao controle das doenças infecciosas.

4.5.1. O responsável pelo PCPIEA do serviço de diálise deve enviar à Secretaria Municipal de Saúde, com periodicidade semestral, a “Planilha de Encaminhamento de Informações”, publicada em Resolução Específica da Anvisa.

4.6. No prazo de 90 (noventa) dias após o início do tratamento dialítico, o serviço deve, obrigatoriamente, apresentar ao paciente apto ou ao seu representante legal, a opção de inscrição na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência.

4.6.1. Dentro do mesmo prazo o paciente deve, depois de esclarecido nos termos do art. 10 da lei 10.211, formalizar a sua opção ou recusa em relação à sua inscrição na CNCDO para transplante renal.

4.6.2. O paciente poderá alterar a qualquer momento a sua opção para transplante renal, devendo, para tanto, assinar novo termo de opção/recusa. A nova opção deve ser encaminhada à CNCDO.

4.6.3. O serviço de diálise deve encaminhar formalmente o paciente, acompanhado do relatório médico atualizado, ao estabelecimento e equipe escolhidos para realização do transplante, comprometendo-se a encaminhar, trimestralmente, amostras do soro coletado, além de informar a situação clínica e o status em lista de espera.

4.6.4. A recusa, impossibilidade ou atraso na avaliação pré-transplante, por parte do serviço de transplante ou de diálise, deverá ser notificado formalmente ao paciente e encaminhado cópia do documento à CNCDO, para as providências cabíveis.

4.6.5. A imunotipagem HLA é, obrigatoriamente, regulada pela CNCDO, tanto na sua autorização, como no recebimento de seus resultados.

## 5. PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE DIÁLISE

5.1. Todo serviço de diálise deve estabelecer, por escrito, em conjunto com o responsável pelo PCPIEA, uma rotina de funcionamento, assinada pelo médico RT e pelo enfermeiro responsável pelo serviço, compatível com as exigências técnicas previstas neste Regulamento e que contemple, no mínimo, os seguintes itens:

- a) PCPIEA;
- b) procedimentos médicos;
- c) procedimentos de enfermagem;
- d) controle e atendimento de intercorrências;
- e) processamento de artigos e superfícies;
- f) controle de qualidade do reuso das linhas e dos dialisadores;

- g) controle do funcionamento do sistema de tratamento da água tratada para diálise;
- h) procedimentos de operações, manutenção do sistema e de verificação da qualidade da água;
- i) controle dos parâmetros de eficácia do tratamento dialítico;
- j) controle de manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos da unidade;
- k) procedimentos de biossegurança.

5.2. Todo serviço de diálise deve manter um prontuário para cada paciente, com todas as informações sobre o tratamento dialítico, sua evolução e intercorrências.

5.2.1. Os prontuários dos pacientes devem estar preenchidos, de forma clara e precisa, atualizados, assinados e datados pelo médico responsável por cada atendimento.

5.2.2. Os prontuários devem estar acessíveis para autoridade sanitária e outros representantes dos órgãos gestores do SUS, e para consulta dos pacientes ou seus responsáveis, desde que asseguradas as condições de sigilo previstas no Código de Ética Médica e de direito, previstas no Código de Defesa do Consumidor.

5.3. Os concentrados químicos utilizados para diálise devem possuir registro no Ministério da Saúde.

5.3.1. Estão dispensados do registro os concentrados preparados em farmácias hospitalares ou no serviço de diálise, para uso na própria instituição, desde que estes atendam às formulações prescritas pelo médico do serviço, e à legislação sanitária específica.

5.3.2. Todo concentrado químico deve ser mantido armazenado ao abrigo da luz, calor e umidade, em boas condições de ventilação e higiene ambiental, e com controle do prazo de validade.

5.4. Os dialisadores e linhas utilizados no tratamento dialítico devem possuir registro no Ministério da Saúde.

5.5. Os dialisadores e as linhas arteriais e venosas podem ser utilizadas, para o mesmo paciente, até 12 (doze) vezes, quando utilizado o reprocessamento manual, ou até 20 (vinte) vezes, quando utilizado reprocessamento automático em máquinas registradas na ANVISA.

5.5.1. Só podem ser reutilizados dialisadores que apresentem capilares construídos com membrana biocompatível.

5.5.2. O reuso de dialisadores e das linhas arteriais e venosas não é permitido para os pacientes portadores de HIV.

5.5.3. Para fins de controle do reuso e descarte, dialisadores e linhas arteriais e venosas devem ser tratados como um único conjunto, respeitando o disposto no item 5.5.

5.5.4. O registro da utilização de um novo conjunto de dialisador e linha arterial e venosa deve ser assinado pelo paciente e arquivado.

5.6. É obrigatória a medida do volume interno das fibras "priming" em todos os dialisadores antes do primeiro uso e após cada reuso subsequente, mantendo arquivados os registros dos dados referentes a todos os testes.

5.6.1. Após a medida do volume interno das fibras, qualquer resultado indicando uma redução superior a 20% do volume inicial torna obrigatório o descarte do dialisador, independentemente do método empregado para o seu reprocessamento.

5.7. Todos os valores da medida do volume interno das fibras dos dialisadores, obtidos tanto antes da primeira utilização como após cada reuso, devem ser registrados e assinados pelo responsável pelo processo e permanecer disponíveis para consulta dos pacientes.

5.8. A medida do volume interno das fibras deve ser feita por técnico ou auxiliar de enfermagem treinado na realização deste procedimento, em conformidade com o item 5.1, alínea f, usando vidraria graduada íntegra e com boas condições de leitura, sob supervisão do enfermeiro responsável.

5.8.1. No caso do reuso automatizado a medida é fornecida pelo display da

máquina.

5.9. O conjunto do paciente (linhas e dialisador) reutilizável deve ser acondicionado separadamente em recipiente limpo, desinfetado, com identificação clara e precisa do nome do paciente, data da primeira utilização e grupo de reprocessamento, ou seja, dialisadores de pacientes sem Hepatite, com Hepatite B ou C, armazenados em áreas separadas e identificadas.

5.9.1. Todo paciente deve ser instruído a verificar sua identificação no dialisador e linhas, antes de ser submetido à hemodiálise.

5.10. Os dialisadores e linhas passíveis de reuso devem ser desinfetados mediante o preenchimento com solução, conforme protocolo de procedimentos estabelecido, por escrito, em conjunto com os técnicos do PCPIEA e em conformidade com o item 5.1, alínea f.

5.10.1. A diluição das soluções, quando necessária, deve ser feita por profissional capacitado, empregando vidraria de laboratório graduada ou volumétrica e usando água tratada para diálise, atendendo o estabelecido em rotina escrita.

5.11. Os dialisadores e linhas devem ser submetidos a enxágüe na máquina de hemodiálise, para remoção da solução, conforme protocolo descrito no PCPIEA, após a desinfecção e imediatamente antes de sua utilização.

5.11.1. Deve ser adotado monitoramento, por meio de testes, com registros dos níveis residuais do agente químico empregado na desinfecção dos dialisadores e linhas, após o enxágüe dos mesmos e antes da conexão no paciente.

5.12. Todas as atividades relacionadas ao reprocessamento de dialisadores e linhas devem ser realizadas por técnico ou auxiliar de enfermagem, treinado para o procedimento e sob a supervisão direta do responsável técnico da enfermagem, em conformidade com o item 5.1.f.

5.12.1. Fica vedada, a qualquer funcionário, a atuação simultânea na sala de reprocessamento de dialisadores não contaminados, contaminados por Hepatite B ou contaminados por Hepatite C num mesmo turno de trabalho.

5.13. A limpeza e desinfecção de equipamentos, artigos e superfícies do serviço

de diálise devem ser realizados de acordo com as instruções contidas neste Regulamento Técnico, na legislação sanitária pertinente, nos manuais técnicos publicados pelo Ministério da Saúde, e de acordo com as recomendações do fabricante, assim como sob supervisão do responsável pelo PCPIEA ao qual estão vinculadas.

5.14. Todos os funcionários, ao realizarem procedimentos nos pacientes, no reprocessamento de dialisadores e linhas ou manipulação de produtos químicos, devem estar protegidos com Equipamento de Proteção Individual (EPI), especificados por escrito em conformidade com o programa de PCPIEA.

5.15. Fica vedada a manipulação de pacientes com sorologia para Hepatite B e com sorologia não reativa para a referida patologia pelos mesmos funcionários, no mesmo turno de trabalho, assegurando-se a estrita observância das normas técnicas e precauções universais.

5.16. Pacientes recém admitidos no programa de tratamento dialítico da Unidade e com sorologia desconhecida devem ser submetidos ao tratamento hemodialítico em máquinas específicas para este tipo de atendimento, diferenciadas das demais, e o reprocessamento de seus dialisadores deve ser realizado na própria máquina. O período de confirmação da sorologia não deve exceder a 01 (um) mês.

5.17. Pacientes portadores de antiHCV, tratados ou não, devem ser considerados potencialmente infectantes.

5.18. A vacinação contra o vírus de Hepatite B é obrigatória para todo o pessoal que atua no serviço de diálise.

5.18.1. Os funcionários devem ser imunizados, em conformidade com o Programa Nacional de Imunização, no prazo de 30 dias após admissão.

5.19. O descarte de resíduos deve ser em conformidade com a RDC/ANVISA nº 33 de 25 de fevereiro de 2003, ou instrumento legal que venha a substituí-la.

## 6. RECURSOS HUMANOS DO SERVIÇO DE DIÁLISE

6.1. Os serviços de diálise devem ter como Responsáveis Técnicos (RT):

a) 01 (um) médico nefrologista que responde pelos procedimentos e

intercorrências médicas;

b) 01 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem.

6.1.1. O médico e o enfermeiro só podem ser os Responsáveis Técnicos por 01 (um) serviço de diálise.

6.2. Cada serviço de diálise deve ter a ele vinculado, no mínimo:

a) 02 (dois) médicos nefrologistas, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha;

b) 02 (dois) enfermeiros, em conformidade com o item 6.9;

c) 01 (um) assistente social;

d) 01 (um) psicólogo;

e) 01 (um) nutricionista;

f) Auxiliares ou técnicos de enfermagem de acordo com o número de pacientes;

g) Auxiliar ou técnico de enfermagem exclusivo para o reuso;

h) 01 (um) funcionário, exclusivo para serviços de limpeza.

6.3. O programa de hemodiálise deve integrar em cada turno, no mínimo, os seguintes profissionais:

a) 01 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

b) 01 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

c) 01 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 04 (quatro) pacientes por turno de Hemodiálise.

6.3.1. Todos os membros da equipe devem permanecer no ambiente de realização da diálise durante o período de duração do turno.

6.4. O programa domiciliar de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) e/ou Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) deve ser integrado por:

a) 01 (um) médico nefrologista responsável;

b) 01 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes.

6.5. O Programa Hospitalar de Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) deve ser integrado por:

a) 01 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 01 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

b) 01 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

c) 01 (um) enfermeiro, em conformidade com o item 6.9, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia;

d) 01 (um) enfermeiro, em conformidade com o item 6.9, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno;

e) 01 (um) auxiliar de enfermagem em todos os turnos, para cada 02 (dois) pacientes, ou para cada 04 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal.

6.6. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico.

6.6.1. Em municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise.

6.6.2. A proporção de auxiliar ou técnico de enfermagem deve ser de 01 (um) para cada 02 (dois) pacientes por turno.

6.6.3. O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico.

6.7. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, desde que sua responsabilidade não ultrapasse o total de 50 (cinquenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico.

6.8. Os médicos nefrologistas dos serviços de diálise devem ter o título de especialista ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina.

6.9. A Capacitação formal e o credenciamento dos Enfermeiros na especialidade de nefrologia devem ser comprovados por declaração / certificado, respectivamente, reconhecidos pela SOBEN. No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecida pelo MEC ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem.

6.9.1. O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia.

## 7. EQUIPAMENTOS

7.1. As máquinas de hemodiálise devem apresentar um desempenho que resulte na eficiência e eficácia do tratamento e na minimização dos riscos para os pacientes e operadores. Para tanto devem possuir:

a) dispositivo que permita o tamponamento por bicarbonato de sódio;

b) controlador e monitor de temperatura;

c) controle automático de ultrafiltração e monitor de pressão da solução de diálise ou monitor de pressão transmembrana com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue, parada da ultrafiltração e com alarmes sonoros e visuais;

d) monitor contínuo da condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais;

e) detetor de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue parada da ultrafiltração e com alarmes sonoros e visuais;

f) detetor de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais;

g) proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de

desinfecção;

h) monitor de pressão de linha venosa e arterial com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue alarmes sonoros e visuais;

7.2. Todos os equipamentos em uso no serviço de diálise devem estar limpos, em plenas condições de funcionamento e com todas as funções e alarmes operando.

7.3. Deve ser feita análise microbiológica de uma amostra do dialisato colhida da máquina de diálise no final da sessão (parâmetro permitido: 2000 UFC/ml).

7.3.1. Deve ser estabelecida uma rotina mensal de coleta de amostras com registro, de forma que anualmente o teste tenha sido realizado em todas as máquinas.

7.3.2. Deve-se proceder imediatamente à coleta e envio para análise de amostra do dialisato, a critério médico, sem prejuízo de outras ações julgadas necessárias, quando algum paciente apresentar sintomas típicos de bacteremia ou reações pirogênicas durante a diálise.

7.4. Os manômetros do equipamento devem estar isolados dos fluídos corpóreos do paciente mediante utilização de isolador de pressão descartável de uso único.

7.5. O serviço de diálise deve possuir máquina de hemodiálise de reserva em número suficiente para assegurar a continuidade do atendimento.

7.5.1. O equipamento de reserva deve estar pronto para o uso ou efetivamente em programa de manutenção.

7.6. Manter na unidade um aparelho de pressão para cada quatro pacientes, por turno.

7.7. O serviço de diálise deve dispor para atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos:

a) eletrocardiógrafo;

b) carro de emergência composto de monitor cardíaco e desfibrilador;

c) ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório);

- d) medicamentos para atendimento de emergências;
- e) ponto de oxigênio;
- f) aspirador portátil;
- g) material completo de entubação (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópio com jogo completo de lâminas).

7.8. Todos os equipamentos somente podem ser conectados a uma rede elétrica que atenda à norma NBR-13.534.

7.8.1. Todo serviço de diálise deve garantir o suprimento contínuo de energia elétrica.

7.9. A rotina de manutenção preventiva dos equipamentos deve obedecer à periodicidade e ao procedimento indicado pelos fabricantes dos mesmos, documentada e arquivada.

7.10. As intervenções realizadas nos equipamentos, tais como instalação, manutenção, troca de componentes e calibração, devem ser acompanhadas e/ou executadas pelo responsável técnico pela manutenção, documentadas e arquivadas.

7.10.1. Havendo terceirização do serviço de manutenção de equipamentos o serviço de diálise deve celebrar um contrato formal com o serviço, que estabeleça, entre outros requisitos, o tempo máximo tolerável de inatividade dos equipamentos.

7.11. As atividades de manutenção preventiva e de aferição dos monitores e alarmes devem ser registradas, com identificação e assinatura do técnico responsável.

## 8. QUALIDADE DA ÁGUA

8.1. As diversas etapas do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água para hemodiálise devem ser realizadas em sistemas especificados e dimensionados, de acordo com o volume do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água para hemodiálise e características da água que abastece o serviço de diálise.

8.1.1. A água utilizada na preparação da solução para diálise nos serviços deve ter a sua qualidade garantida em todas as etapas do seu tratamento, armazenagem e distribuição mediante o monitoramento dos parâmetros microbiológicos e físico-químicos, assim como dos próprios procedimentos de tratamento.

8.2. A água de abastecimento dos serviços de diálise proveniente da rede pública, de poços artesianos ou de outros mananciais deve ter o seu padrão de potabilidade em conformidade com o disposto na Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004, ou de instrumento legal que venha a substituí-la.

8.2.1. A obtenção dos laudos atestando as condições de potabilidade da água, fornecidos pela companhia de abastecimento público ou por laboratório especializado, é de responsabilidade dos serviços de diálise em conformidade com o artigo 9º da Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004.

8.2.2. Todas as coletas de água para análise devem ser realizadas atendendo às orientações do laboratório de referência responsável pelas análises.

8.3. A água potável de abastecimento dos serviços de diálise, independentemente de sua origem ou tratamento prévio, deve ser inspecionada pelo técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água do serviço, conforme o Quadro I, em amostras de 500ml, coletadas na entrada do reservatório de água potável e na entrada do pré-tratamento do sistema de tratamento de água do serviço.

8.3.1. O técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise deve ter capacitação específica para esta atividade, atestada por Certificado de Treinamento.

Quadro I Características físicas e organolépticas da água potável

Característica	Parâmetro Aceitável	Frequência de verificação
Cor aparente	Incolor	Diária
Turvação	Ausente	Diária
Sabor	Insípido	Diária
Odor	Inodoro	Diária
Cloro residual livre	Maior que 0,5mg/l	Diária
pH	6,0 a 9,5	Diária

8.4. A qualidade da água tratada para uso no serviço de diálise é de responsabilidade do RT do serviço.

8.5. A água tratada para uso no serviço de diálise utilizada na preparação da solução para diálise deve ser processada de modo que apresente um padrão em conformidade com o Quadro II, confirmado por análises de controle.

8.5.1. As amostras da água para fins de análises físico-químicas e microbiológicas devem ser colhidas nos pontos contíguos à máquina de hemodiálise e no reuso, devendo ser um dos pontos na parte mais distal da alça de distribuição (loop).

8.5.2. A análise da água deve ser realizada por laboratório habilitado na Rede Brasileira de Laboratórios (REBLAS/ANVISA).

8.6. Os reservatórios de água tratada para diálise, quando imprescindíveis, devem ter as seguintes características:

a) ser constituídos de material opaco, liso, resistente, impermeável, inerte e isento de amianto, de forma a não possibilitar a contaminação química e microbiológica da água e a facilitar os procedimentos de limpeza e desinfecção;

- b) possuir sistema de fechamento hermético que impeça contaminações provenientes do exterior;
- c) permitir o acesso para inspeção e limpeza;
- d) possuir sistema automático de controle da entrada da água e filtro de nível bacteriológico no sistema de suspiro;
- e) ser dotados de sistema de recirculação contínua de água 24 horas por dia, 07 dias por semana e a uma velocidade que garanta regime turbulento de vazão no retorno do loop de distribuição ao tanque, que deve ser fechado e com fundo cônico;
- f) possuir, em sua parte inferior, canalização de drenagem que possibilite o esgotamento total da água.

Quadro II Padrão de qualidade da água tratada utilizada na preparação de solução para diálise

Componentes	Valor máximo permitido	Freqüência de análise
Coliforme total	Ausência em 100 ml	Mensal
Contagem de bactérias heterotróficas	200 UFC/ml	Mensal
Endotoxinas	2 EU/ml	Mensal
Nitrato (NO <sub>3</sub> )	2 mg/l	Semestral
Alumínio	0,01 mg/l	Semestral
Cloramina	0,1 mg/l	Semestral
Cloro	0,5 mg/l	Semestral
Cobre	0,1 mg/l	Semestral

Fluoreto	0,2 mg/l	Semestral
Sódio	70 mg/l	Semestral
Cálcio	2 mg/l	Semestral
Magnésio	4 mg/l	Semestral
Potássio	8 mg/l	Semestral
Bário	0,1mg/l	Semestral
Zinco	0,1mg/l	Semestral
Sulfato	100 mg/l	Semestral
Arsênico	0,005 mg/l	Semestral
Chumbo	0,005mg/l	Semestral
Prata	0,005mg/l	Semestral
Cádmio	0,001 mg/l	Semestral
Cromo	0,014 mg/l	Semestral
Selênio	0,09 mg/l	Semestral
Mercúrio	0,0002 mg/l	Semestral
Berílio	0,0004 mg/l	Semestral
Tálio	0,002 mg/l	Semestral
Antimônio	0,006 mg/l	Semestral

8.7. O nível de ação relacionado à contagem de bactérias heterotróficas é de 50

UFC/ml;

8.7.1. Deve ser verificada a qualidade bacteriológica da água tratada para diálise toda vez que ocorrerem manifestações pirogênicas, bacteremia ou suspeitas de septicemia nos pacientes.

8.8. O sistema de tratamento da água potável para obtenção da água tratada para diálise, bem como seu reservatório e sistema de distribuição, devem ser especificados em projeto assinado por um responsável técnico habilitado na área.

8.8.1. O projeto deve conter informações sobre o laudo de análise da água potável que se vai tratar, as especificações de operação e manutenção do sistema de modo a assegurar o padrão estabelecido neste Regulamento para água tratada para diálise.

8.9. Na saída do sistema de tratamento da água para diálise, a condutividade da mesma deve ser monitorada, continuamente, por instrumento que apresente compensação para variações de temperatura e tenha dispositivo de alarme visual e auditivo.

8.9.1. A condutividade deve ser igual ou menor que 10 microSiemens/cm, medida a temperatura de 25°C.

8.10. Os procedimentos de manutenção do sistema de armazenamento de água devem ser realizados de acordo com a frequência prevista no Quadro III.

Quadro III Procedimentos de manutenção do sistema de armazenamento de água

Procedimentos	Frequência
Limpeza do reservatório de água potável	Semestral
Controle bacteriológico do reservatório de água potável	Mensal
Limpeza e desinfecção do reservatório e da rede de distribuição de água tratada para diálise	Mensal

8.10.1. Os procedimentos indicados no Quadro III também devem ser realizados sempre que for verificada a não conformidade com os padrões estabelecidos para a água tratada para diálise.

8.11. A desinfecção do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água tratada para diálise, bem como do seu reservatório, deve ser realizada por pessoa capacitada na técnica de desinfecção e de controle do nível de resíduos de desinfetantes, sob orientação do fornecedor do sistema e dos técnicos do PCPIEAG.

8.12. Durante os procedimentos de manutenção e desinfecção do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água tratada para diálise, deve ser colocado um alerta junto às máquinas de hemodiálise, vedando sua utilização.

8.13. Os serviços de tratamento e distribuição de água da rede pública devem disponibilizar às Secretarias de Saúde os laudos dos exames de controle de qualidade da água potável e informar sobre qualquer alteração no método de tratamento ou sobre acidentes que possam modificar o padrão da água potável.

8.13.1. Os resultados das análises realizadas para controle das condições de potabilidade da água da rede pública devem ser fornecidos pelas Secretarias de Saúde aos serviços de diálise.

## 9. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

9.1. As Unidades de Diálise devem atender aos requisitos de estrutura física previstos na RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 ou instrumento legal que venha a substituí-la, além das exigências estabelecidas neste regulamento, em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas.

9.2. Os serviços intra-hospitalares podem compartilhar os seguintes ambientes com outros setores do hospital, desde que estejam situadas em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos:

- a) área de registro (arquivo) e espera de paciente;
- b) sanitários para pacientes (ambos os sexos);
- c) depósito de material de limpeza;
- d) sala de utilidades;
- e) sanitários para funcionários (ambos os sexos);
- f) copa;
- g) sala administrativa;
- h) área para guarda de macas e cadeiras de rodas;
- i) vestiários de funcionários;
- j) abrigo reduzido de coleta de resíduos sólidos de serviços de saúde;
- k) área de processamento de roupa.

9.3. As salas de hemodiálise, DPI, DPAC e DPA constituem-se em ambientes exclusivos e não podem servir de passagem ou circulação de acesso a qualquer outro ambiente que não pertença ao serviço.

9.3.1. Os ambientes devem dispor de iluminação natural e acesso a ventilação natural.

9.4. As salas de DPAC, DPA e DPI devem ser providas de pias de despejos no próprio ambiente ou em local anexo para descarte dos resíduos líquidos.

9.5. As salas de reprocessamento de dialisadores devem ser contíguas e de fácil acesso às salas de tratamento hemodialítico, além de possuir:

a) sistema de ventilação e/ou exaustão de ar;

b) bancadas próprias para esta operação, abastecidas de água tratada para diálise, dotadas de cubas profundas, constituídas de material resistente e passível de desinfecção;

c) recipiente de acondicionamento de substâncias desinfetantes para preenchimento dos dialisadores, constituído por material opaco e dotado de sistema de fechamento, a fim de evitar emissão de vapores;

d) local próprio para o armazenamento dos dialisadores em uso, constituído de material liso, lavável e passível de desinfecção.

9.6. O posto de enfermagem e serviços deve possibilitar a observação visual total das poltronas/leitos.

9.7. A sala para atendimento ao paciente HbsAg + pode ser considerada opcional, desde que o serviço de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para atendimento destes pacientes, localizado no mesmo município e referendado pela autoridade sanitária local.

9.8. A sala de tratamento e reservatório de água tratada para diálise deve constituir-se num ambiente exclusivo para esta atividade, sendo vedada sua utilização para qualquer outro fim.

9.8.1. Deve dispor de acesso facilitado para sua operação e manutenção e estar protegida contra intempéries e vetores.

9.9. O serviço de diálise deve dispor, no mínimo, de 01(um) sanitário para uso de indivíduos portadores de deficiência ambulatoria, de acordo com a norma ABNT NBR 9050.

9.9.1. Nos serviços intra-hospitalares, os sanitários podem estar localizados em outra área do hospital, desde que seja disponível e de fácil acesso para os

usuários do serviço de diálise.

9.10. É vedado o uso de painéis removíveis nos sanitários, áreas de atendimento de pacientes e salas de reprocessamento.

9.11. Os reservatórios devem ser mantidos ao abrigo da incidência direta da luz solar.

## 10. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

10.1. Compete aos serviços de diálise a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global e por modalidade de tratamento dos serviços.

10.1.1. A avaliação deve ser realizada levando em conta os “Indicadores para a Avaliação do Serviço de Diálise” e as demais disposições estabelecidas em Resolução Específica da Anvisa (RE).

10.2. Os serviços de diálise devem disponibilizar à Vigilância Sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.

10.2.1 Sempre que solicitado, os serviços de diálise devem enviar o resultado do monitoramento dos indicadores para as secretarias municipais e estaduais de saúde e Governo Federal.

## 11. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES

11.1. O responsável pelo PCPIEA deve notificar surtos e casos suspeitos de eventos adversos graves à autoridade sanitária competente do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

11.2. A notificação não isenta o responsável pelo PCPIEA da investigação epidemiológica e da adoção de medidas de controle do evento, em conformidade com o item 4.5.

## 12. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

12.1. Os serviços de diálise com mais de 200 pacientes em hemodiálise, de acordo com a disponibilidade e a regulação do gestor local, não devem receber

novos pacientes até adequação, conforme estabelecido no §1º do artigo 2º deste regulamento.

12.2. Os serviços de diálise têm o prazo de 180 dias para garantir que a análise da água de diálise seja realizada por laboratório habilitado na Rede Brasileira de Laboratórios (REBLAS/ANVISA).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - SEPN 515, Bl.B, Ed.Ômega - Brasília (I  
70770-502 - Tel: (61) 34  
Disque Saúde: 0 800 61 1997

Copyright © 2003 [ANVISA](#) & [BIREME](#)

 [Contate-nos](#)