



Coren^{DF}
Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal

**MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE HOME CARE E COOPERATIVAS PRESTADORES DE
SERVIÇOS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA
COREN-DF
2019**



**MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE HOME CARE E COOPERATIVAS PRESTADORES DE
SERVIÇOS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL**

**“Acredite que com o seu trabalho, seu
empenho e sua dedicação poderás ajudar as
pessoas e tornar o mundo bem melhor para
todos nós.”**

Autor desconhecido.

**BRASÍLIA
COREN-DF
2019**



APRESENTAÇÃO

O Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal é uma autarquia de fiscalização profissional. Tem como objetivos básicos disciplinar e fiscalizar o cumprimento da Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, zelar pelo bom conceito da profissão e dos que exerçam, bem como, pelo acatamento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN Nº 564/2017.

O Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal, gestão 2018/2020, elaborou este MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE HOME CARE E COOPERATIVAS PRESTADORES DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL, com o intuito de capacitar, orientar e zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem, prestadores de serviços na atenção domiciliar, de forma prática e segura, conforme Resolução COFEN Nº 464/2014, que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Bem como descrever as competências, atribuições, deveres, direitos e proibições conforme o Código de Ética da Enfermagem.

Outra finalidade é orientar quanto a SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, sendo pautada por normas, rotinas, protocolos validados e frequentemente revisados, com a operacionalização do Processo de Enfermagem, de acordo com as etapas previstas na Resolução COFEN Nº 358/2009.



CAPÍTULO I

OBJETIVOS

1. Normatizar e padronizar a assistência de enfermagem na atenção domiciliar, em Home Care e Cooperativas no Distrito Federal;
2. Orientar quanto a importância de obedecer às legislações, no intuito de evitar processos éticos;
3. Descrever as atribuições dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;
4. Sugerir estratégias legais para correção das não conformidades detectadas pelo Departamento de Fiscalização (DEFIS) do COREN-DF;
5. Relacionar as infrações detectadas nas ações de fiscalização com referência a legislação pertinente, bem como as providências a serem adotadas, visando a regularidade e legalidade;
6. Proporcionar acesso às legislações pertinentes na atenção domiciliar;
7. Orientar as famílias quanto as atribuições dos técnicos de enfermagem na Assistência Domiciliar.

ASPECTOS LEGAIS RELACIONADOS A NORMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM

O profissional de enfermagem responde por toda ação por ele praticada, ficando sujeito às penalidades legais e éticas previstas, a saber:

Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, que trata do Exercício Profissional;

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Resolução COFEN Nº 564/2017;

Resolução COFEN Nº 464/2014 que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar;

Resolução COFEN Nº 358/2009 que trata da Sistematização de Assistência de Enfermagem;

Resolução COFEN Nº 509/2016 que atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico;

Resolução COFEN Nº 518/2016 que altera o Item XII - "SITUAÇÕES PREVISÍVEIS E CONDUITAS A SEREM ADOTADAS" do Manual de Fiscalização do COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se "Quadro de Irregularidades e Ilegalidades", anexo da Resolução Cofen nº 374/2011.

CAPÍTULO II

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A Assistência Domiciliar (AD) é o cuidado que o paciente recebe da equipe Multiprofissional em domicílio. Essa modalidade também é conhecida como Home Care e está sendo cada vez mais utilizada pela sociedade devido aos inúmeros benefícios proporcionados como, por exemplo: atendimento humanizado para o paciente, maior conforto e privacidade para o paciente, diminuição do índice de infecção hospitalar, maior disponibilidade de leitos hospitalares; tranquilidade do paciente em estar em ambiente familiar e perto das pessoas que ama, entre tantos outros.

Segundo Mendes (2001, p. 40), “assistência domiciliar à saúde é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional”, ou seja, qualquer pessoa, independentemente da idade, pode necessitar da AD podendo ser idosos, crianças ou indivíduos de meia idade que possuam sequelas de patologias ou acidentes traumáticos, no qual a capacidade funcional foi reduzida, podendo ainda ser executada em qualquer ambiente fora do hospital desde que as exigências sejam atendidas, garantindo a segurança do paciente.

O principal objetivo da Assistência Domiciliar é visar o bem-estar do paciente e a melhora rápida e significativa do quadro de saúde do mesmo, sendo de suma importância ao enfermeiro desenvolver ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

Para a execução da assistência domiciliar é importante considerar os níveis de complexidade, que são divididos em três. Neles deve-se avaliar a incapacidade funcional e as necessidades do paciente segundo a doença apresentada e definir o grau de complexidade do mesmo, no qual pode ser elencado em:

Baixa complexidade: visita domiciliar;

Média Complexidade: assistência domiciliar e

Alta complexidade: internação domiciliar.

Independente do grau de complexidade em que o paciente se encaixa é importante que o atendimento seja executado de forma holística, avaliando-o como um todo e também de forma humanizada, respeitando, além dele, seus familiares e o seu domicílio.



ESTRUTURAÇÃO E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR

A estrutura da assistência domiciliar engloba um conjunto de componentes que inicia no hospital ou clínica e estende-se ao domicílio do paciente, família, cuidador, e equipe multiprofissional, onde cada local ou indivíduo desempenha uma função vital para que aconteça a assistência domiciliar de forma adequada e eficaz.

O primeiro componente é o hospital, onde o médico realiza a avaliação do paciente e, juntamente com o enfermeiro, realiza a prestação dos cuidados necessários. Cabe ao profissional médico decidir pela alta hospitalar após cura ou indicar a assistência domiciliar para o paciente. A AD traz benefícios também para o hospital, pois é devido a indicação desse tratamento que é disponibilizado leitos hospitalares, reduzindo custos com o paciente (MAEDA, 2011).

O segundo componente é a residência ou lar em que o paciente reside, podendo ser em casa própria ou casas de apoio. No entanto, existem as exigências solicitadas para a execução da AD, pois o local deve ser adequado para guardar equipamentos, no caso da internação domiciliar, guardar medicações e oferecer segurança tanto para o paciente quanto para os profissionais que vão executar os serviços da assistência domiciliar (MAEDA, 2011).

O terceiro componente é o paciente que possui inúmeras necessidades a serem sanadas pela equipe multiprofissional, uma vez que, em muitos casos, grande parte do estado físico está comprometido, o que exige cuidados complexos. Outro aspecto relevante é o psicológico do paciente, que geralmente está em conflito, tornando-se de suma importância desenvolver uma relação interpessoal com ele, ganhando sua confiança e o ajudando a enfrentar seus medos, o que pode proporcionar uma melhora mais rápida do seu quadro clínico.

O quarto fator abordado é a família, que segundo Silva et al (2014) deve dar suporte emocional, lazer e encorajar o paciente a aderir ao tratamento, sendo vista como porto seguro do paciente, auxiliando-o nas tomadas de decisões.

O quinto componente é o cuidador que é obrigatório em casos de internação domiciliar. O mesmo pode ser um familiar ou uma pessoa contratada para executar as tarefas simples com o paciente, como por exemplo: higienização, passear com o paciente, administrar medicação por via oral, etc. (MAEDA, 2011).

O sexto componente é a equipe multiprofissional que é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros. A participação ativa desses profissionais é de suma importância para recuperação do paciente, contudo somente após a avaliação e classificação do paciente é possível decidir o nível de



complexidade mais adequado e designar os profissionais que devem atendê-lo. É imprescindível que a equipe multiprofissional possua uma relação interpessoal para melhor tratamento do cliente, sendo, também, comprometidos com a ética, almejando sempre o bem-estar do paciente (MAEDA, 2011).

CAPACIDADE E INCAPACIDADE FUNCIONAL: IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E SEU NÍVEL DE CUIDADO

A **capacidade funcional** consiste na habilidade e competência do ser humano para a realização de atividades diárias básicas que são essenciais para nossa vida, sem precisar da ajuda de terceiros. Atividades essas que podem variar desde a higienização pessoal, preparação e ingestão de alimentos, limpeza do ambiente em que vive, entre outros (DIAS et al, 2010).

Ao longo do processo natural do envelhecimento, essas capacidades vão sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas, mas conforme os anos vão passando, as mesmas vão sendo gradativamente reduzidas, recebendo o nome de incapacidade funcional, quando não conseguimos mais desempenhar essas atividades básicas sozinhos, necessitando, assim, da ajuda de outra pessoa.

A **capacidade funcional**, em bom estado, pode estar diretamente relacionada ao estado de saúde do paciente. Uma pessoa saudável consegue manter suas habilidades físicas e mentais por mais tempo, assim como pessoas que apresentam patologias podem perder um pouco de sua autonomia (DIAS et al, 2010).

Para a contratação dos serviços de Enfermagem na assistência domiciliar e imprescindível que o profissional enfermeiro, junto a família do indivíduo, analise o grau de dependência desse paciente para então optar pelo nível de atendimento mais adequado ao caso, na intenção de suprir necessidades do paciente em vários aspectos visando seu bem-estar e manutenção da sua saúde.

MODALIDADES DE ATENDIMENTOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

No artigo 1º, §1º da **RESOLUÇÃO - COFEN Nº464/2014** que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar, consta as seguintes definições:

I - Atendimento Domiciliar: compreende todas as ações, sejam elas educativas ao paciente e seus familiares.

II - Internação Domiciliar: é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e con-

7/30

tínuo e até mesmo ininterrupto, no domicílio, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.

III – Visita Domiciliar: considera um contato pontual de equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como a ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido.

A Resolução COFEN N° 464/2014 (BRASIL, 2014) determina a participação da equipe de enfermagem na Assistência Domiciliar e as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa:

(...)

§2º A atenção domiciliar de enfermagem abrange um conjunto de atividades desenvolvidas por membros da equipe de enfermagem, caracterizadas pela atenção no domicílio do usuário do sistema de saúde que necessita de cuidados técnicos.

§3º A atenção domiciliar de Enfermagem pode ser executada no âmbito da Atenção Primária e Secundária, por Enfermeiros que atuam de forma autônoma ou em equipe multidisciplinar por instituições públicas, privadas ou filantrópicas que ofereçam serviços de atendimento domiciliar.

§4º O Técnico de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício Profissional e no Decreto que a regulamenta, participa da execução da atenção domiciliar de enfermagem, naquilo que lhe couber, sob supervisão e orientação do Enfermeiro (Brasil, 2014).

CAPÍTULO III

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

1. AÇÕES INTERACIONAIS:

1. Relação de ajuda/interação
2. Apoio afetivo mental ou psicológico
3. Comunicação
4. Relação de confiança
5. Negociação
6. Respeito
7. Diálogo e escuta

2. AÇÕES EDUCACIONAIS:



1. Orientações a familiares, cuidadores e/ou pacientes
2. Desenvolvimento de estratégia de ensino
3. Educação sobre recursos sociais
4. Preparo de paciente, família e rede de vizinhos e outros setores para prevenção de riscos em casos de emergências
5. Orientações a outros enfermeiros

3. AÇÕES ASSISTENCIAIS:

1. Gestão ou infusão de medicamentos
2. Cuidado agudo no Domicílio
3. Manejo clínico de feridas
4. Gestão da dor
5. Cuidados na nutrição parenteral, diálise peritoneal e oxigenoterapia
6. Visita domiciliar
7. Avaliação de riscos, prevenção e complicações
8. Procedimentos técnicos: avaliação física, higiene pessoal, realização de enema, verificação de sinais vitais, cuidados de decúbito, exercícios para deambulação, atendimentos em casos de emergência, sondagens vesicais, sondagens gástricas e enterais, entre outros procedimentos privativos.

4. AÇÕES ADMINISTRATIVAS:

1. Supervisão clínica e administrativa
2. Planejamento e organização das visitas domiciliares
3. Coordenação do cuidado
4. Gestão do caso.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

As atribuições do enfermeiro estão previstas no DECRETO N 94.406/87 que Regula a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, a saber:



Art. 8º – Ao enfermeiro incumbe:

I – Privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distorcia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;



- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

A Resolução COFEN N° 464/2014 (BRASIL, 2014) no Art. 2º define as competências privativamente do Enfermeiro na Assistência Domiciliar:

- I – Dimensionar a equipe de enfermagem;
- II – Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem;
- III – Organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção de cuidado competente, resolutivo e seguro;
- IV – Atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem que atua na realização de cuidados nesse ambiente;
- V – Executar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnico científica e que demandem a necessidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 2014).

Em relação às atribuições do enfermeiro na Assistência Domiciliar, a Resolução 464/2014 (BRASIL, 2014) citada anteriormente também destaca:

Art. 3º A Assistência Domiciliar de enfermagem deve ser executada no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo pautada por normas, rotinas, protocolos validados e frequentemente revisados, com a operacionalização do Processo de Enfermagem, de acordo com as etapas previstas na **Resolução COFEN nº 358/2009**, a saber:

- I – Coleta de dados de (Histórico de Enfermagem);
- II – Diagnóstico de Enfermagem;
- III – Planejamento de Enfermagem;
- IV – Implementação; e
- V – Avaliação de Enfermagem

Art. 4º Todas as ações concernentes à atenção domiciliar de enfermagem devem ser registradas em prontuário, a ser mantido no domicílio, para orientação da equipe.

§ 1º Deverá ser assegurado, no domicílio do atendimento, instrumento próprio para registro da assistência prestada de forma contínua.



§ 2º O registro da atenção domiciliar de enfermagem envolve:

- I – Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa e família;
- II – Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa e família à situação que estão vivenciando;
- III – Os resultados esperados;
- IV – As ações ou intervenções realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- V – Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas;
- VI – As intercorrências.

§ 3º O registro da atenção domiciliar e as observações efetuadas deverão ser registradas no prontuário, enquanto documento legal de forma clara, legível, concisa, datado e assinada pelo autor das ações.

Art. 5º Ficam os Conselhos Regionais de Enfermagem responsáveis para implementar ações fiscalizatórias junto aos profissionais de enfermagem que atuam em domicílio.

(....) (BRASIL, 2014).

CAPÍTULO V

ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

As atribuições dos técnicos de enfermagem estão previstas no decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, a saber:

Art. 10 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – Assistir ao Enfermeiro:

- a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
- b) na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
- c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
- e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- f) na execução dos programas referidos nas letras “i” e ”o” do item II do Art. 8º;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de

12/30



grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

II- executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto;

III- integrar a equipe de saúde.

Resolução Cofen nº 464/2014, dispõe no seu Artigo 1º § 4º que o Técnico de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício Profissional e no Decreto que a regulamenta, participa da execução da atenção domiciliar de enfermagem, naquilo que lhe couber, sob supervisão e orientação do Enfermeiro.

CAPÍTULO VI

ATRIBUIÇÕES DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM

As atribuições dos auxiliares de enfermagem estão dispostas no decreto nº 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem;

Art. 11 – O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II – observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III – executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

a) administrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV – prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

13/30



- a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
 - b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;
- V – integrar a equipe de saúde;
- VI – participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
- a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;
 - b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
- VII – executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;
- VIII – participar dos procedimentos pós-morte.

CAPÍTULO VII

ATRIBUIÇÕES DO CUIDADOR

O Caderno de Atenção Domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, volume 1 – Brasília-DF 2012, define:

O cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. É importante que a equipe de atenção básica, ao detectar que o usuário reside só, tente resgatar a família dele. Na ausência da família, a equipe deverá localizar pessoas da comunidade para a realização do cuidado, formando uma rede participativa no processo de cuidar.

Entende-se que a figura do cuidador não deve constituir necessariamente, uma profissão ou função formalizada na área da saúde, uma vez que não possui formação técnica específica.

Propõe-se que o cuidador seja orientado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio.

Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, volume 1 – Brasília-DF 2012, a pessoa identificada para ser o cuidador realiza tarefas básicas no domicílio, assiste as pessoas sob sua responsabilidade, prestando-lhes, da melhor forma possível, os cuidados que lhe são indispensáveis, auxiliando na recuperação delas.

As atribuições devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades.

O Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à



Saúde / Departamento de Atenção Básica – Volume 1 – Brasília – 2012, prevê como atribuições do cuidador:

1. Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima;
2. Estimular e ajudar na alimentação;
3. Ajudar a sair da cama, mesa, cadeira e a voltar;
4. Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações);
5. Participar do tratamento diretamente observado (TDO);
6. Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto;
7. Servir de elo entre o usuário, a família e a equipe de saúde;
8. Administrar medicações, exceto em vias parenterais, conforme prescrição;
9. Comunicar à equipe de saúde as intercorrências;
10. Encaminhar solução quando do agravamento do quadro, conforme orientação da equipe;
11. Dar suporte psicológico aos pacientes em AD.

O vínculo afetivo que se estabelece no ato de cuidar é o que verdadeiramente importa, devendo ser buscado e aprimorado durante todo o cuidado realizado no domicílio. É importante buscar a participação ativa da pessoa em todo seu processo de saúde–doença sendo sujeito, e não apenas objeto do cuidar.

O cuidador também deve ter o suporte das equipes de saúde, que devem estar atentas para as dificuldades, ouvir suas queixas, atender às suas demandas em saúde, incentivar a substituição de cuidadores e rever o processo de cuidado conforme sua condição.

Com o objetivo de propiciar um espaço onde os cuidadores possam trazer suas angústias, medos e dificuldades, uma vez que, ao longo do tempo sentem-se sobrecarregados, recomenda-se à equipe a organização e desenvolvimento de grupos.

O grupo de cuidadores também pode oportunizar a troca de saberes, possibilitando que diferentes tecnologias desenvolvidas pelos cuidadores possam ser compartilhadas, enriquecendo o processo de trabalho de ambos, equipe e cuidador.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

O COREN-DF, preocupado com as regularidades e legalidades nos serviços de HOME CARE E COOPERATIVAS referentes à ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM faz algumas orientações:



RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Conforme preconiza a **RESOLUÇÃO COFEN Nº 509/2016**, a qual atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define atribuições do enfermeiro Responsável Técnico:

1. Manter a **CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT** em local visível ao público, observando o prazo de validade;
2. As escalas deverão ser devidamente assinadas e carimbadas pelo responsável técnico, mantendo-as em local visível nas unidades da instituição;
3. Manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam na empresa/instituição, com os seguintes dados: nome, sexo, data do nascimento, categoria profissional, número do RG e CPF, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, assim como das alterações como: mudança de nome, admissões, demissões, férias e licenças, devendo fornecê-la semestralmente, e sempre quando lhe for solicitado, pelo Conselho Regional de Enfermagem;
4. Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros;
5. Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;
6. O enfermeiro responsável técnico e o representante legal da instituição são responsáveis por garantir que todos os profissionais de enfermagem da instituição estejam devidamente inscritos no Coren-DF. Por isso, deve-se observar periodicamente se os profissionais de enfermagem são inscritos no Coren-DF, a fim de coibir o exercício ilegal da profissão;
7. Em caso de ilegalidade profissional os profissionais são notificados pela fiscalização e o responsável técnico e/ou representante legal são notificados a afastar imediatamente o profissional das atividades de enfermagem até sua regularização. Caso as notificações sejam descumpridas, serão providenciadas medidas administrativas e/ou judiciais cabíveis;
8. A consulta pode ser realizada por meio do site www.coren-df.gov.br, no “link” acessar “Coren - Online”, opção “Consulta de Cadastro” ou “Certidão de Nada Consta” – esta somente pode ser solicitada pelo profissional de enfermagem;
9. Para a elaboração das escalas recomendamos que não fique somente com a responsabilidade dos técnicos escalistas. É de responsabilidade do enfermeiro coordenar aprovar as escalas, conforme a lei 7.498/86 art. 11, b e c.



ADMISSÃO DE ENFERMEIRO EM VAGA DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Segundo o PARECER NORMATIVO N° 003/2017, a Admissão de Enfermeiro em vaga de Técnico de Enfermagem aponta pela impossibilidade de, apesar do profissional de Enfermagem possuir formação acadêmica superior, ou seja, mais exigente e, desta forma, poder realizar atividades de Enfermagem na formação acadêmica menos exigente, não poderá, esse, ocupar o cargo de uma categoria inferior, quando não detentor do diploma ou certificado para tal, bem como a ausência do registro no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, descumprindo as previsões legais insculpidas na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, n°. 7.498 de 25 de junho de 1986 e Decreto n° 94.406 de 08 de junho de 1987.

SONDAGEM VESICAL

A Resolução COFEN N° 450/2013 - no Parecer Normativo, dispõe que: A sondagem vesical é um procedimento invasivo e que envolve riscos ao paciente, que está sujeito a infecções do trato urinário e/ou a trauma uretral ou vesical. Requer cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas e, por essas razões, no âmbito da equipe de Enfermagem, a inserção de cateter vesical é PRIVATIVA DO ENFERMEIRO, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento.

TERAPIA NUTRICIONAL

A RESOLUÇÃO COFEN N° 453/2014 aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional.

As instituições ou unidades prestadoras de serviços de saúde, tanto no âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, devem contar com um quadro de pessoal de enfermagem qualificado e em quantidade que permita atender à demanda de atenção e aos requisitos desta Norma Técnica.

A equipe de enfermagem envolvida na administração da TN é formada por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, executando estes profissionais suas atribuições em conformidade com o disposto em legislação específica, Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto n° 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem no país.

Por ser considerada uma terapia de alta complexidade, é vedada aos Auxiliares de Enfermagem a execução de ações relacionadas à TN podendo, no entanto, executar cuidados de

17/30



higiene e conforto ao paciente em TN.

Os Técnicos de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício profissional no país, participam da atenção de enfermagem em TN, naquilo que lhes couber, ou por delegação, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

DESCONTINUIDADE DE PLANTÃO

O ABANDONO DE PLANTÃO: é uma infração ética conforme dispõe o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dispostos nos arts. 24, 45 e 51. É responsabilidade do profissional assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Além de ser um dever de garantia da continuidade da assistência.

Sendo assim, o profissional que deixa de prestar assistência ao paciente pode ser penalizado com advertência, suspensão, censura ou cassação do registro profissional, a depender da gravidade do paciente e possíveis consequências do abandono.

No caso de abandono de plantão, podem responder, ética e civilmente, o profissional que abandonou a assistência, o que não compareceu para escala determinada (sem justificativa) e o enfermeiro responsável.

AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PREVIAMENTE ESCALADOS, CABE O COMPROMISSO DE COMPARECIMENTO AO PLANTÃO, IMPEDINDO, ASSIM, QUE OUTROS PROFISSIONAIS, FIQUEM “PRESOS” NA RESIDÊNCIA DO PACIENTE.

Neste sentido, no caso de DESCONTINUIDADE de plantão, pode responder ética e civilmente, o profissional que DEIXOU o plantão, QUE NÃO COMPARECEU para a escala determinada (sem justificativa plausível) e o enfermeiro responsável.

DOS DIREITOS

A resolução Cofen nº 564/17, no capítulo I, artigos 1º ao 3º, dispõe que o profissional tem DIREITO a tratamento sem discriminação, vejamos:

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos



dos profissionais de enfermagem.

Art. 3º Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

DOS DEVERES:

Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 25 Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

DAS PROIBIÇÕES:

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

ALIMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL NO DOMICÍLIO

Em atenção as Normas Reguladoras NR 24 e NR-32 do Ministério do Trabalho e do Emprego, que dispõe sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, é imprescindível que o profissional de Enfermagem tenha um espaço fora do quarto do paciente para fazer suas refeições e, que tenha uma cadeira confortável ou cama para descanso em momento oportuno. Vale frisar que os cumprimentos dos deveres dos profissionais de enfermagem são fiscalizados pelo Conselho Regional de Enfermagem.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Quanto a proteção ao profissional e ao paciente, observar a Norma Reguladora da NR - 32, com a finalidade de minimizar os riscos à saúde da equipe de Enfermagem, principalmente, no que se refere aos **EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)**, vestimentas e adornos.



TRABALHO DOMÉSTICO

O Parecer nº 13/2018 da Câmara Técnica de Assistência do Coren-DF, aprovado na 511ª Reunião Ordinária de Plenária do Coren-DF, dispõe que:

Ao enfermeiro que atua em Home Care recomenda-se a organização da atenção à pessoa e família utilizando-se da metodologia de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por meio do Processo de Enfermagem e de suas etapas, assim como, da adoção de normas, protocolos e rotinas que possam direcionar e orientar a equipe de enfermagem na implementação das intervenções com a equipe de saúde.

Não cabe ao técnico de enfermagem e enfermeiro, no seu exercício profissional em Home Care, a realização de trabalhos domésticos, tais como, limpeza do domicílio, preparo/cozimento de alimentação, entre outras atividades domésticas, pois essas atividades são regulamentadas pela Lei do Emprego Doméstico (LC nº 150, 2015).

Entende-se que cabe a enfermagem a realização de atividades de limpeza diária/concorrente dos equipamentos, mobiliários do paciente e acessórios necessários à produção do cuidado seguro.

TREINAMENTOS PARA OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Para que haja uma assistência domiciliar de excelência, os profissionais de enfermagem deverão conhecer previamente a real situação do paciente e, deverão ser capacitados e treinados pela HOME CARE E COOPERATIVA de acordo com o nível de complexidade do paciente avaliado pelo enfermeiro.

QUESTÕES TRABALHISTAS

Diante de vários questionamentos por parte dos profissionais de enfermagem quanto as questões trabalhistas, o COREN-DF informa que:

As competências do COREN-DF estão elencadas na Lei nº 5.905/73. Portanto, as questões trabalhistas como, por exemplo, 13º (décimo terceiro salário, férias, horário de repouso, jornada semanal de trabalho, duração dos plantões em domicílio, entre outras, **DEVERÃO SER TRATADAS NOS SINDICATOS DAS RESPECTIVAS CATEGORIAS.**

A competência do COREN-DF é fiscalizar o exercício ético-profissional da enfermagem, buscando trabalhar de forma educativa com estímulos aos valores éticos e de valorização do processo em enfermagem.



O profissional de Enfermagem deverá conhecer previamente o REGIMENTO INTERNO próprio, adotado pelas Home Care e Cooperativas, neles devem abordar questões como escala, regime de plantão, carga horária semanal, entre outros aspectos de trabalho que, por sua vez, deve ser aceito pelo profissional.

Sendo assim, o profissional deve conversar com responsável da instituição sobre a escala do serviço de enfermagem.

Os casos omissos neste MANUAL serão resolvidos pela plenária do COREN-DF.

Elaboração:

Vilma Francisca Alves - Conselheira Coren-DF nº 550.416-TE

Celi Maria da Silva - Colaboradora Coren-DF nº 24.017-TE

Luanna de Castro e Silva Vieira - Colaboradora Coren-DF nº 311.910-ENF

Participação:

Maria Bonfim Araújo Silva Coren-DF nº 924.095-TE - Movimento Vamos Lutar.

Revisão:

Tiago Pessoa Alves - Conselheiro e Secretário Coren-DF nº 110.045-ENF

Jonathan dos Santos Rodrigues - Procurador COREN-DF.

Talita Viana de Freitas - Assessora de Comunicação COREN-DF

Revisão e colaboração:

Daniela Rossi Bonacasata - Gerente de Fiscalização COREN-DF nº 108331-ENF

Lorena Viana Gonzaga - Enfermeira Fiscal - COREN-DF nº 200946-ENF



Composição do plenário e diretoria

Plenário – Gestão 2018-2020

Presidente: Marcos Wesley de Sousa Feitosa (146933-ENF)

Secretário: Tiago Pessoa Alves (110045-ENF)

Tesoureiro: Maria Aparecida Alves de Almeida (428673-TE)

Conselheiros efetivos:

- Antônio José Pereira dos Santos (70875-TE)
- Elias Pereira de Lacerda (915291-TE)
- José Lino de Queiroz (915291-TE)
- Leila Bernarda Donato Gottems (63655-ENF)
- Ricardo Cristiano da Silva (94516-ENF)
- Rinaldo de Souza Neves (54747-ENF)

Conselheiros suplentes:

- Ana Maria de Lima Palmeira (271888-ENF)
- Cleonice Batista Rego (519944-TE)
- Diane Maria Nunes da Silva (133382-TE)
- Lindalva Matos Ribeiro Farias (81633-ENF)
- Luciana Floriani Gomes (930174-TE)
- Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo (355583-ENF)
- Paulla Thalyta dos Santos Ramos Fragoso (Coren-DF 121216-ENF)
- Vilma Francisca Alves (550416-TE)
- Viviane Franzoi da Silva (121216-ENF)

ANEXO

SEGURANÇA DO PACIENTE E O DOMICÍLIO

A Segurança do Paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

As ações reforçam o fato de que a responsabilidade sobre a segurança é de todos, não algo de caráter individual, e vai além da segurança do paciente, incluindo a segurança dos próprios profissionais, familiares e comunidade. Corrobora, assim, a cultura justa, a qual propõe a identificação de falhas no sistema que levam os indivíduos a cometerem atos inseguros, ao mesmo tempo em que não admite práticas imprudentes (BRASIL, 2014). Nesse sentido, faz-se necessário conversar sobre a ocorrência dos incidentes e transformá-los em informações transparentes, possibilitando que, a partir da ocorrência deles, promova-se o aprendizado individual e institucional.

LAVAGEM DAS MÃOS

Cabe destaque ao processo de higienização das mãos (Figura 1), por ser medida individual e pouco dispendiosa para a prevenção e o controle de infecções. No domicílio, essa prática deve ser reforçada, também, entre os familiares e cuidadores, podendo ser realizada com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica para a higiene das mãos.

Figura 1 – Lavagem das mãos



Fonte: SAD – Hospital Cidade Tiradentes, São Paulo, 2016.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adaptou a abordagem: “Meus 5 momentos para a higiene das mãos”, para a atenção fora do ambiente hospitalar. De acordo com o documento, as indicações para higiene das mãos correspondem a cinco momentos essenciais em que esta prática é necessária para o cuidado ao paciente, de modo a prevenir a transmissão de micro-organismos ao paciente, ao profissional/cuidador ou ao ambiente (OMS, 2014):

- 1) Antes de tocar o paciente;
- 2) Antes de realizar procedimento limpo/asséptico;
- 3) Após risco de exposição a fluidos corporais;
- 4) Após tocar o paciente e,
- 5) Após tocar superfície próximas ao paciente.



Quanto ao uso de EPI, a Norma Regulamentadora 6 (NR 6) considera que seja “todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”.

EPI	Indicação de uso
Luvas	Sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não íntegra (ferimentos, feridas cirúrgicas e outros).
Máscaras, gorros e óculos de proteção.	Durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional.
Capotes (aventais)	Devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas.
Botas	Proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, áreas de necropsia e outros).

Fonte: Siridakys, M.; 2009.

Orientações sobre a prevenção de lesões por pressão

- Mudar a posição do paciente no leito a cada 2 horas
- Usar almofadas/travesseiros e colchões de espuma para proteger o corpo nos locais de pressão
- Posicionar o paciente de maneira que não fique deitado sobre cateteres/sondas



Posição do paciente na cama

- Deixar os calcanhares suspensos, distribuindo a pressão de apoio pela extensão da panturrilha da perna.



- Observar a pele durante o banho para avaliar o surgimento de feridas, áreas de vermelhidão, calor e endurecimento da pele, atentar as regiões de contato com as fraldas

- Hidratar a pele, não massagear sobre regiões ósseas

- Utilizar lençol móvel para posicionar o paciente, não arrastá-lo sobre a cama



- Apoiar os pés do paciente quando estiver sentado para não escorregar



- Pedir a colaboração do paciente na identificação de áreas de desconforto ou dor que possam ser atribuídos a danos na pele



CONVIVÊNCIA COM ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO

O convívio de animais com usuários tem sido descrito na literatura em variadas formas. A utilização de animais de trabalho (por ex.: cães-guia) e terapias envolvendo animais têm mostrado resultados interessantes com benefícios na recuperação e na reabilitação de usuários em diferentes faixas etárias e condições de saúde, com expressivo impacto na qualidade de vida de usuários e familiares.

Entretanto, alguns cuidados são necessários para que essa convivência não gere intercorrências. Seguem orientações que merecem atenção na interação do animal com os usuários:

- Evitar contato direto e indireto do animal com lesões ou feridas, ou ainda com dispositivos como ostomias (gastrostomia, traqueostomia e outras), cateteres, medicamentos e materiais de curativos e de outras soluções de continuidade.
- Manter as condições de higiene do ambiente.
- Atentar para riscos de queda (idosos, pacientes com dispositivos de marcha).
- Atentar para risco de acidentes, ataques e mordidas à equipe de saúde.

CUIDADO COM OS PROFISSIONAIS E EDUCAÇÃO PERMANENTE

A segurança não é restrita apenas ao usuário. Sendo assim, as ações e os serviços devem ser organizados para atender o usuário e sua família, mas também o profissional que oferece o cuidado em saúde.

Como se pode ver no Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014, p.16), “transtornos que atingem a saúde mental do profissional da Saúde são considerados importantes fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos”. Especialmente em um ambiente não institucional, muitas ocasiões são geradoras de sentimento de revolta, conflito e indignação.

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Ainda de acordo com a RDC Anvisa nº 306, a destinação final e o gerenciamento dos resíduos são de responsabilidade do gestor da instituição que o origina. Nesse caso, os profissionais do SAD devem orientar o usuário, seus cuidadores e família para a importância da destinação correta dos resíduos que serão produzidos no domicílio, de acordo com a classificação dos resíduos descrita na Figura 5.

Simbologia	Descrição	Exemplos	Orientações sobre o descarte
	Grupo A – Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.	Gazes de curativos, bolsas transfusionais vazias, fluido decorrente de paracentese, traqueostomas etc.	Identificado pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.
	Grupo B – Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.	Sobras de medicamentos.	Identificado por meio do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frases de risco.
	Grupo C – Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do Cnen e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.	Rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia.	Representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contorno pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.
	Grupo D – Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.	Fraldas, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venoclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A.	Identificado pelo símbolo de material reciclável. Caso haja reciclagem, a identificação adotada deve usar códigos, cores e nomenclaturas baseadas na Resolução Conama nº 275/2001.
	Grupo E – Materiais perfurocortantes ou escarificantes.	Agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, espátulas.	Identificado pelo símbolo de substância infectante constante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Parecer nº 13/2018 da Câmara Técnica de Assistência do Coren-DF, aprovado na 511ª Reunião Ordinária de Plenário do Coren-DF

Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, volume 1 – Brasília-DF 2012

Resolução COFEN Nº 464/2014 (BRASIL, 2014). Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.

Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.: il.

BRASIL; Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; Departamento de Atenção à Saúde, 2012. v.: il

DIAS, Ewerton Naves et al. Capacidade funcional: Uma necessidade Emergente. In: Silva, Jose Vitor (Org.). Saúde do idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2010.

LIMA, Ângela Maria Machado; SANGALETI, Carine Teles. Cuidar do Idoso em Casa: limites e possibilidades, São Paulo: Unesp, 2010

MAEDA, Fátia Tiene de Aguiar. A organização da Assistência Domiciliar. In: BUENO, Paula Daniela Rodrigues (Org.). Home Care: o que o profissional de enfermagem precisa saber sobre assistência domiciliar. São Paulo: Rideel, 2011.

MENDES, Walter. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001

Decreto COFEN Nº 94.406 (BRASIL, 1987). Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências



LEI N 7.498/86 (BRASIL, 1986). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

RESOLUÇÃO RDC N° 306, (Ministério da Saúde, 2004). Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Parecer n° 003/2017 (Cofen-DF). Impossibilidade de admissão de Enfermeiro em vaga de Técnico de Enfermagem. Apesar do profissional de Enfermagem possuir formação acadêmica superior, ou seja, mais exigente e, desta forma, poder realizar atividades de Enfermagem na formação acadêmica menos exigente, não poderá, esse, ocupar o cargo de uma categoria inferior.

RESOLUÇÃO COFEN N° 0450 (BRASIL, 2013). Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEN N° 358 (BRASIL, 2009). Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências

RESOLUÇÃO COFEN N° 509 (BRASIL, 2016). Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

RESOLUÇÃO COFEN N° 0518 (BRASIL, 2016). Altera o Item XII - "SITUAÇÕES PREVISÍVEIS E CONDUTAS A SEREM ADOTADAS" do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se “Quadro de Irregularidades e Ilegalidades”, anexo da Resolução Cofen n° 374/2011.

Conselho Regional de Enfermagem. CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. Brasília, 2018.

Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



Coren^{DF}

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora no 6. Equipamento de Proteção Individual - EPI. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria 485, de 11 de NOVEMBRO de 2005. Dispõe sobre a Norma Regulamentadora 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde.

BRASIL. NORMA REGULAMENTADORA Nº 24, de 08 de junho de 1978. Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho.