



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

PARECER COREN - SP 044/2013 - CT

PRCI n° 101.088 e Tickets n° 280.591, 285.297

Ementa: Competência dos profissionais de Enfermagem para ações de acolhimento e triagem para o NASF de pacientes da atenção básica.

1. Do fato

Enfermeiro questiona se é atribuição do Auxiliar de Enfermagem participar de acolhimento de pacientes na atenção básica com transtornos mentais, com vistas ao encaminhamento ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como o preenchimento de formulários decorrentes de tal assistência.

Auxiliar de Enfermagem questiona se é sua competência triar pacientes para os especialistas componentes do NASF e em caso positivo se um treinamento “rápido” é suficiente para capacitá-los para tal.

2. Da fundamentação e análise

O NASF foi criado pela Portaria MS/GM n° 154, de 24 de janeiro de 2008 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Pela Portaria MS/GM n° 154/08 fica definido em seus artigos 1° ao 7° que:

Art. 1° Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2° Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

§ 5º prática da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deverá ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006.

Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando o seguinte:

I - Para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de 40 horas semanais, podem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um, sendo permitido o cadastro de profissionais de CBO diferentes;

II - Para os profissionais fisioterapeutas, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um;

III - Para os profissionais terapeutas ocupacionais, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; e,



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

IV - Para as demais ocupações vale a definição do caput deste parágrafo.

§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

§ 3º Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

§ 4º As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo I a esta Portaria.

Art. 5º Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.

§ 1º Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família.

§ 2º O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

Art. 6º Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família.

§ 1º O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

§ 2º Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

Art. 7º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I- definir o território de atuação de cada NASF quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou ao Distrito Federal;

II - planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos;

III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

IV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

- V - manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;
 - VI - disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF;
 - VII - realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais;
 - VIII- assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais dos NASF;
 - e
 - IX- estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF.
- (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Observa-se no Artigo 7º da Portaria MS/GM nº 154/08 acima citada, a explicitação clara da diretriz Descentralização do SUS, incluindo a definição de plano de ação e dos formulários para registro e encaminhamento das ações assistenciais na rede básica.

Temos também a Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que dispõe sobre aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Por essa Portaria Ministerial fica definido em seu Anexo I, item Disposições gerais sobre atenção básica, subitens Dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica - Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica - São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, Incisos IV, VII, VIII; subitens Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica – São atribuições comuns a todos os profissionais, Incisos VI, X XI, XII, XIII, XVIII - Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem, Incisos I a V, e subitem Núcleos de apoio à Saúde da Família, onde se lê:

ANEXO I
DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA
DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA
Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica
São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:
[...]
IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

[...]

Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

[...]

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

[...]

Das atribuições específicas

Do enfermeiro:

[...]

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

[...]

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

[...]

Núcleos de Apoio à Saúde da Família

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.

Todas as atividades podem se desenvolver nas unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território. Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Temos a Resolução COFEN nº 311/07, que dispõe sobre a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde se lê no seu Preâmbulo, no item Princípios Fundamentais; no Capítulo II, na Seção II, no item Das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros, no subitem Direitos, artigo 36 e no subitem Responsabilidades e deveres, artigo 41, na Seção IV, no item Das relações com as organizações empregadoras, subitem Direitos, artigo 68 e no subitem



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Responsabilidades e deveres, artigo 71 e 72:

Princípios Fundamentais

[...]

O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

[...]

Capítulo I

Das relações profissionais

[...]

SEÇÃO II

Das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros

Direitos

Art. 36 Participar da prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade.

[...]

Art. 41 Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

[...]

SEÇÃO IV

Das relações com as organizações empregadoras

Direitos

[...]

Art. 68 Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.

[...]

Art. 71 Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

E finalmente temos a Lei nº 7.498/86 regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, que definem as atividades que são de competência de cada membro da equipe de Enfermagem (BRASIL, 1986; 1987).

3. Da Conclusão

Considerando a definição política da Estratégia Saúde da Família, na qual as implantações dos NASF fazem parte desse contexto, e observando o disposto da legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, o Enfermeiro, o Técnico e o



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Auxiliar de Enfermagem devem participar ativamente do processo de acolhimento, como membros da equipe de Enfermagem e da equipe de Saúde, sendo que no âmbito da equipe de Enfermagem sempre sob supervisão e orientação do Enfermeiro.

Sobre o preenchimento dos formulários de registro das atividades assistenciais de Enfermagem nos NASF, todos os membros da equipe de Enfermagem devem observar o disposto na Resolução COFEN nº 311/07, que determina a obrigatoriedade do registro no prontuário, ou em outros documentos próprios da Enfermagem, das informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.

Observando-se o disposto na Portaria MS/GM nº 2.488/11, no âmbito da Equipe de Enfermagem somente o Enfermeiro poderá no contexto da Consulta de Enfermagem triar e encaminhar o paciente/cliente a outros profissionais membros dos NASF, caso haja definição formal nesse sentido por meio de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

É o parecer.

Referências

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 24 abr. 2013

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 jun. 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 24 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/wp->



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n° 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 abr. 2013.

São Paulo, 24 de abril de 2013.

Câmara Técnica de Assistência à Saúde - CTAS



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Relator

Prof. Dr. João Batista de Freitas

Enfermeiro

COREN-SP 43.776

Revisor CTLN

Prof. Dr. Paulo Cobellis

Enfermeiro

COREN-SP 15.838

Aprovado em 07 de agosto de 2013 na 35ª Reunião da Câmara Técnica.

Homologado pelo Plenário do COREN-SP na 847ª Reunião Plenária Ordinária.