

Ações do núcleo ampliado de saúde da família no cuidado infantojuvenil com doença crônica

Actions of the expanded family health center in care for children and adolescents with chronic disease

Acciones del núcleo ampliado de salud de la familia en la atención de niños y adolescentes con enfermedades crónicas

Elisabeth Luisa Rodrigues Ramalho¹ ; Maria Elizabete de Amorim Silva¹ ; Leiliane Teixeira Bento Fernandes¹ ;
Malueska Luacche Xavier Ferreira Sales¹ ; Amanda Narciso Machado¹ ; Neusa Collet¹ 

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil

RESUMO

Objetivo: explicitar as ações de cuidado desenvolvidas pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica a crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com dez profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, de uma capital do nordeste, entre novembro-2016 e junho-2017. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e os dados foram interpretados à luz da análise temática indutiva. **Resultados:** evidenciou-se que a interconsulta, as visitas domiciliares, a educação em saúde e o projeto terapêutico singular contribuem para o cuidado em saúde. Contudo, ainda são ações frágeis e pontuais, comprometendo a resolutividade do atendimento. **Conclusão:** as ações realizadas por estes profissionais têm sido incipientes e indicam lacunas no cuidado que comprometem o acompanhamento longitudinal e contínuo a este público.

Descritores: Criança; Adolescente; Doença Crônica; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

Objective: to describe the care provided by personnel of Expanded Family Health and Primary Care Centers for children and adolescents with chronic disease, and their families. **Method:** in this qualitative, exploratory-descriptive study with ten professionals of an Expanded Family Health and Primary Care Center in a state capital in northeast Brazil, semi-structured interviews were conducted between November 2016 and June 2017, and the resulting data were interpreted in the light of inductive thematic analysis. **Results:** consultations, home visits, health education and personalized therapeutic projects were found to contribute to health care. Nevertheless, these measures are still weak and ad hoc, which impairs the service's effectiveness. **Conclusion:** the actions taken by these professionals were only incipient and highlighted gaps in care that undermined continuous, longitudinal monitoring of this public.

Descriptors: Child; Adolescent; Chronic Disease; Patient Care Team.

RESUMEN

Objetivo: explicar las acciones de atención puestas a cabo por los profesionales del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria para niños/adolescentes con enfermedades crónicas y sus familias. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, realizado junto a diez profesionales del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria, en una capital del noreste de Brasil, entre noviembre de 2016 y junio de 2017. Se utilizó la entrevista semiestructurada y los datos se interpretaron a la luz del análisis temático inductivo. **Resultados:** se notó que la interconsulta, las visitas domiciliarias, la educación en salud y el proyecto terapéutico singular contribuyen a la atención de la salud. Sin embargo, estas acciones siguen siendo frágiles y puntuales, comprometiendo la capacidad resolutiva de la atención. **Conclusión:** las acciones realizadas por estos profesionales han sido incipientes y muestran brechas en la atención que comprometen el seguimiento longitudinal y continuo de este público.

Descriptores: Niño; Adolescente; Enfermedad Crónica; Grupo de Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

Mudanças no cenário epidemiológico mundial apontam para o aumento de crianças/adolescentes com doenças crônicas^{1,2}. No Brasil, estima-se que 29,8% do público infantojuvenil seja acometido por condições crônicas, configurando-se um dado crescente e alarmante³.

Essas condições, de caráter incerto e limitante, podem apresentar períodos de remissão e agudização, necessitando de cuidados contínuos nos serviços de saúde³, que requerem modificações e incorporações de rotinas no cotidiano^{4,5}. Assim, consistem em um desafio para esses serviços, pois a cronicidade gera necessidades de uma gestão efetiva das redes de atenção^{5,6}, com cuidado resolutivo e integral, para melhoria da qualidade de vida e minimização de complicações da doença. Portanto, deve haver a coordenação dos cuidados pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) com apoio longitudinal dos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS)³.

Apesar das dificuldades, é imprescindível identificar estratégias para articular o trabalho de diferentes profissionais no acompanhamento às crianças/adolescentes com doença crônica⁷. Tal articulação poderá ser realizada pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) com os membros do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e os diferentes serviços de atenção à criança/adolescente. Isso possibilita acesso a informações, atendimento compartilhado entre os profissionais e melhor atuação da equipe para continuidade do cuidado⁸.

O Nasf foi instituído pela Portaria nº 154/2008, e em 2017, foi intitulado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), pela Portaria nº 2.436. É constituído por equipe multiprofissional, interdisciplinar, complementar às EqSF. Seu processo de trabalho, balizado pelo apoio matricial, deve focar nas demandas de saúde dos indivíduos nos territórios em que atuam, sendo responsável por ações frente às dificuldades dos profissionais da APS⁹.

Após a implementação da nova Política Nacional de Atenção Básica, tornou-se facultativa a manutenção do Nasf-AB pelos municípios e foi proibido o credenciamento de novas equipes, gerando incertezas quanto à sua continuidade, mesmo diante da importância do seu plano de ação.

Frente a essa reformulação, as equipes multiprofissionais deixaram de ser vinculadas às tipologias de Nasf-AB⁹, descaracterizando o escopo de ações de apoio. Logo, é necessário se atentar para essas modificações e o impacto na complementaridade do trabalho das EqSF desempenhadas pelo Nasf-AB.

Diante da necessidade de acompanhamento contínuo pelos serviços de saúde para o manejo adequado da doença crônica infantojuvenil e redução de hospitalizações desnecessárias, ressalta-se a importância do apoio do Nasf-AB no desenvolvimento de ações de gestão do cuidado, sejam assistenciais e/ou educacionais⁹, para seguimento efetivo da EqSF a essa população.

Entretanto, o processo de trabalho do Nasf-AB ainda prioriza as atividades gerenciais que obstaculizam a implementação dos seus reais atributos, práticas de intervenção e funções de apoio⁹. Ademais, na APS coexiste um déficit de organização de fluxo para os encaminhamentos, incluindo os direcionados ao Nasf-AB¹⁰, gerando lacunas na linha de cuidado e na articulação da equipe multiprofissional com foco neste público.

Diante disso, questionou-se: Como os profissionais do Nasf-AB atuam no cuidado a crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias? Portanto, objetivou-se explicitar as ações de cuidado desenvolvidas pelos profissionais do Nasf-AB a crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, qualitativo, baseado nas recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Participaram do estudo dez profissionais do Nasf-AB, em dez unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma capital nordestina brasileira. Das 191 unidades de ESF, selecionou-se aleatoriamente duas por distrito sanitário, dentre os cinco que compõem a rede básica de atenção à saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde que atende crianças/adolescentes diagnosticadas com doença crônica na ESF; atuar no Nasf-AB há mais de seis meses, por ser possível vivenciar o cuidado a esses indivíduos e suas famílias. Foram excluídos quatro profissionais, afastados do trabalho durante a coleta de dados, devido às férias, licenças e atestados. Ressalta-se que, nenhum profissional se recusou a participar deste estudo.

Os dados foram coletados entre novembro de 2016 e junho de 2017 por uma única pesquisadora, discente de graduação e treinada por meio de atividades de um grupo de pesquisa. Realizou-se entrevistas semiestruturadas individuais, norteadas pelas questões: Como é o acompanhamento do NASF-AB à criança/adolescente com doença crônica? Qual a importância da equipe Nasf-AB realizar esse acompanhamento? Quais ações o Nasf-AB realiza no cuidado a essa população?

Para tal, estabeleceu-se contato prévio presencial com os participantes para explicação da pesquisa e obtenção das anuências. Após isso, as entrevistas ocorreram em local reservado nas ESFs, apenas com a presença da entrevistadora e do entrevistado. Essas duraram em média 40 minutos, sendo gravadas em mídia eletrônica e transcritas na íntegra para análise. O encerramento desta etapa seguiu o critério de saturação, quando há o julgamento de que foi possível constatar a lógica interna dos dados a fim de compreender o objeto de estudo¹¹.

Os dados foram submetidos à Análise Temática Indutiva (ATI), a fim de avaliar os temas (padrões) capazes de gerar compreensão dos fenômenos estudados. Para isso, seguiram-se seis fases: familiarização com o tema - transcrição e leituras repetidas do conjunto de dados; codificação inicial - identificação e agrupamento por semelhanças; busca por temas - seleção de diferentes códigos em temas potenciais; revisão dos temas - refinamento dos temas; definição e nomeação dos temas; e, produção do relatório final¹².

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como, tiveram seu anonimato garantido com o uso das iniciais da categoria profissional, seguidas pelo numeral ordinal da sequência de realização das entrevistas.

RESULTADOS

Participaram deste estudo três assistentes sociais (AS), dois fisioterapeutas (Fi), duas nutricionistas (Nu), uma psicóloga (Ps), uma fonoaudióloga (Fo) e um profissional de educação física (PEF), dentre eles, cinco possuem pós-graduação *lato sensu* em diferentes áreas. Todos contratados temporariamente pela Secretaria Municipal de Saúde, atuando no Nasf-AB de um a cinco anos.

A partir da ATI foram construídos dois temas: “Ações de cuidado desenvolvidas pela equipe do Nasf-AB a crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias” e “Fragilidades nas ações de cuidado desenvolvidas pela equipe do Nasf-AB a crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias”.

Ações de cuidado desenvolvidas pela equipe do Nasf-AB a crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias

As interconsultas à criança/adolescente com doença crônica e sua família constituem-se em uma das ações do Nasf-AB.

Nasf realiza interconsultas envolvendo a médica, assistente social, fisioterapeuta e de forma integrada faz a visita, cada um abarcando a sua área e realizando o seu procedimento naquele dia. (AS3)

Durante a interconsulta há troca de saberes. [...] no atendimento compartilhado, chegamos em um denominador comum. (Fi7).

Destaca-se a importância das visitas domiciliares por viabilizarem o contato e reconhecimento do contexto das famílias.

A visita domiciliar é valiosíssima, o domicílio fala com o profissional, então, percebem-se várias questões que envolvem o contexto dessa família que, às vezes, na unidade não é evidenciada. [...] A maioria (das famílias) sente-se acolhida. (AS2)

As visitas domiciliares podem ser uniprofissionais ou multiprofissionais, a depender da demanda de cuidado.

Vai depender do contexto. [...] Por meio do acompanhamento e orientações, como duas, três sessões ou até mais para resolver e [...] agendar o cuidado continuado dessa criança/adolescente. (Fi4)

As ações do Nasf-AB e da ESF buscam produzir um cuidado ampliado e são fundamentais para a gestão adequada da doença.

Cada profissional [...] contribui no cuidado em saúde, pois o ser humano é completo. [...] Esse olhar ampliado dá esperança às famílias. (AS3)

A partir do momento que nós profissionais, trabalhamos como uma equipe multiprofissional, o meu conhecimento amplia [...] agrega para a criança/adolescente e sua família, tornando o atendimento mais completo. (Nu8)

Os profissionais do Nasf-AB mobilizam a equipe de EqSF para atuarem no projeto terapêutico de acordo com as demandas singulares dessa população.

A partir das necessidades apresentadas pelo usuário, nós direcionamos quais os profissionais irão atender esse público no seu domicílio. (PEF5)

Dependendo da condição da criança, a equipe do Nasf realiza o acompanhamento. (Nu8)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é apontado como uma ação de cuidado integral, pois contribui nas ações do Nasf-AB a essa população.

O PTS promove um cuidado continuado para criança/adolescente. É um processo em que se beneficia a criança/adolescente, família e equipe. [...] Isso promove o aprendizado para o Nasf e para EqSF. (Fi4)

O PTS é de extrema importância para compreender todos os aspectos que envolvem aquela criança, além de gerar uma melhor resolutividade [...] geralmente está envolvido o Nasf, a unidade de saúde e a família. (Fo10)

A equipe do Nasf-AB orienta as famílias a participarem do cuidado a essas crianças/adolescentes. Assim, acreditam contribuir para sua melhor qualidade de vida.

Orientar a família para que seja participativa [...] contribuindo durante o processo de cura daquela criança/adolescente, ou então para uma qualidade de vida melhor. (Fi4)

Ele (profissional do Nasf-AB) [...] orienta as famílias sobre a melhor forma de lidar com o problema da criança. (Fi7)

O serviço social do Nasf-AB assume papel de desmistificar o cuidado biologicista, também como sensibilizar os familiares a buscarem mais a APS.

Um dos desafios do serviço social é sensibilizar esses usuários a estarem vindo para unidade [...] buscar informação, sair com uma troca de experiência. (AS2)

As ações de cuidado do Nasf-AB podem contar com o apoio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), atendendo às demandas singulares das famílias.

Dependendo da necessidade podemos acionar os serviços do SAD [...] para que avaliem e realizem o procedimento. (Fi4)

O registro do cuidado no prontuário da criança/adolescente com doença crônica pelos profissionais contribui para o seguimento longitudinal.

Existe um prontuário, e tudo o que é realizado é registrado nele [...]. Isso é feito para que a gente consiga fazer o acompanhamento adequado. (PEF5)

Quando tem esse retorno, realiza-se o acompanhamento no prontuário do que estão fazendo em outro serviço e também anotamos nele tudo o que estamos realizando. (Fo10)

A constituição de vínculos facilita as ações desenvolvidas, pois permite que o plano de cuidados aconteça de modo ampliado, contínuo e resolutivo.

Procuo estabelecer o maior vínculo com os agentes de saúde para saber como se encontra a criança. [...] Procuo também ter um vínculo forte com a família, para orientá-la adequadamente. (Nu1)

Quando o vínculo existe de fato, conseguimos trabalhar além da queixa. (AS2)

Fragilidades nas ações de cuidado desenvolvidas pela equipe do Nasf-AB a crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias

Embora os participantes tenham abordado o seguimento dessas crianças/adolescentes, evidenciou-se um déficit da continuidade do cuidado a essa população. Isso acontece porque as ações desempenhadas se limitam à identificação das necessidades de saúde, realização de visitas domiciliares e encaminhamentos aos serviços de referência, sem, contudo, explicitarem o seguimento após o encaminhamento.

Acompanhamos em uma visita ou duas e realizamos os devidos encaminhamentos. O Nasf não cuida, não trata a doença [...] (AS3)

O Nasf atua diretamente articulado à rede com os outros serviços. [...] Por meio da regulação, fazemos marcação da consulta, do exame. (PEF5)

Apesar de ser ressaltada a relevância das orientações para o cuidado e participação ativa da família no cotidiano desse público, há restrição das ações de cada profissional à sua área de formação, contradizendo o explicitado anteriormente.

Cada profissional, dentro da sua especialidade, identifica qual a contribuição que pode ofertar. (PEF5)

O fonoaudiólogo vai identificar as possíveis alterações, tanto de linguagem, auditiva, da alimentação, se ocorre alguma alteração a fim de melhorar a qualidade de vida dessas crianças/adolescentes e orientar as famílias. (Fo10)

Ações de prevenção de possíveis complicações da doença crônica foram apontadas como atribuições do Nasf-AB. Sobretudo a educação em saúde, que apesar de ter sido implementada, não abarca as especificidades dessa população.

O trabalho do Nasf é sobre prevenção. Não queremos que as crianças com doença crônica agravem. (Ps6)

Realizamos uma sala de espera, abarcando todos que estão presentes, desde a criança até o idoso, é mais na perspectiva maximizante, não é direcionada para a criança/adolescente de forma específica. (AS9)

Embora as atividades em grupo sejam consideradas importantes para o cuidado singular, não abrangem a criança/adolescente com doença crônica.

Os grupos permitem a troca de experiências, não só os atendimentos. (AS2)

O que funcionaria bem seriam os grupos [...]. Talvez fosse o caso de realizar um direcionamento a essas crianças. (Ps6)

No cuidado às doenças infantojuvenis os profissionais do Nasf-AB desconhecem sua atuação.

É necessário que o Nasf se aprofunde sobre as necessidades dessas crianças/adolescentes, pelo fato de não conhecer muito bem suas demandas e como agir. (Nu1)

Destaca-se como atribuição do Nasf-AB, o apoio gerencial à equipe da ESF. Essa ação contribui no processo de trabalho da ESF, porém, vem fragilizando as ações assistenciais dos profissionais do Nasf-AB.

A atenção básica apresenta várias fichas para o profissional de saúde preencher, a burocracia é imensa, [...] dificulta nosso trabalho. (AS2)

Muitas vezes, ficamos presos às questões burocráticas da unidade e essa parte assistencial fica quase esquecida. (Fi7)

DISCUSSÃO

A articulação e trabalho coletivo podem ampliar as possibilidades de ações e compreensão do papel de cada profissional na equipe e no sistema de saúde. Nesse sentido, busca-se romper a fragmentação da atenção tendo como norte a integralidade do cuidado¹³.

A interconsulta foi considerada pelos participantes como uma ferramenta importante na atenção a criança/adolescente com doença crônica, direcionada à compreensão de suas necessidades, por meio da integração de conhecimentos de diferentes categorias profissionais.

Evidenciou-se também que o contexto dos indivíduos influencia sua condição de saúde. Assim, a visita domiciliar é uma estratégia assistencial eficiente, pois proporciona o conhecimento da situação vivenciada na moradia, fortalecendo o vínculo entre os profissionais do Nasf-AB e usuários. Estudo corrobora esse achado ressaltando a importância das ações desenvolvidas pelo Nasf-AB junto às EqSF, incluindo a execução de atividades em grupos, oficinas e visitas domiciliares. A visita domiciliar é uma tecnologia relacional leve, realizada a partir de demandas do cotidiano do território, da comunidade e da equipe de saúde¹⁴ que busca, *in loco*, identificar problemas e buscar soluções a partir do contexto familiar. Configura-se como potente estratégia técnico-assistencial e pedagógica no cuidado em saúde, tendo efeitos positivos no seguimento dos usuários¹⁵.

Embora as práticas no cotidiano não sejam conduzidas pelo trabalho em equipe, nuances desse *modus operandi* foram evidenciadas, como ações buscando a integralidade por meio de diferentes olhares ao atendimento das singularidades de quem vivencia o adoecimento crônico, ainda que careçam de fundamentos para se tornar um modo de organização do trabalho.

A integralidade possibilita a reflexão das práticas de cuidado, devendo ser amplamente debatida na prática cotidiana dos serviços a fim de ser percebida a sua ausência¹⁴. Os profissionais do Nasf-AB e da ESF devem interagir cooperando entre si com o objetivo de garantir assistência centrada no usuário¹¹.

Práticas de cuidado com foco na integralidade requerem, minimamente, articulações multiprofissionais e interdisciplinares para possibilitar uma atenção ampliada. Destaca-se que para o alcance desse cuidado as ações desenvolvidas pelo Nasf-AB em articulação com as EqSF precisam ser pautadas pelo atendimento compartilhado, com intervenção interdisciplinar, troca de saberes, responsabilidade mútua e pelas ações comuns nos territórios de sua responsabilidade¹⁴.

Logo o PTS é visto como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas que garante esse cuidado integral aos indivíduos. Na sua construção ocorre a valorização da singularidade, ressaltando a dimensão social nela implícita. Entretanto, esse instrumento ainda é passível de resistência em aceitação e uso pela maioria desses profissionais, ao ser entendido como incipiente e ainda pouco conhecido por esses¹¹. Todavia, reitera-se que o desenvolvimento do PTS contribui para uma atenção singular em cada fase do adoecimento crônico.

A família como co-partícipe no cuidado, precisa ser incluída no desenvolvimento de plano de ações focadas nas demandas do indivíduo adoecido desde o início, para que se sinta engajada e corresponsável pelos cuidados, especialmente no âmbito domiciliar. O apoio prático ofertado pelos profissionais para ajudar a lidar com a cronicidade^{16,17} é um dos modos de promover a autonomia da família no processo de cuidar tendo como horizonte a corresponsabilização.

Em contrapartida, quando há distanciamento entre profissionais de saúde e famílias, a formação de vínculo fica comprometida, assim como, a continuidade e a coordenação do cuidado, componentes essenciais para qualidade do atendimento¹⁸. Nesse contexto, evidencia-se a importância da sensibilização das famílias de crianças/adolescentes com doença crônica pelos profissionais do Nasf-AB para que não se desvinculem da APS, *locus* primário do seguimento do cuidado em saúde. Na falta de vínculo com a APS, os serviços especializados passam a constituir fontes regulares de atenção. Isso decorre devido ao maior envolvimento e contato dos profissionais desses serviços com os usuários⁷.

Ademais, evidenciou-se que as famílias buscam apoio em outros serviços da RAS, como exemplo, o SAD, almejando resolutividade para as demandas do filho. Entretanto, essa trajetória pode acarretar uma peregrinação quando há falta de coordenação do cuidado. Faz-se necessária uma reorganização das práticas e da oferta de serviços para que a RAS atenda às demandas da população adscrita⁵.

Há uma valorização do registro do acompanhamento executado de forma articulada e compartilhada pelo Nasf-AB e pelos demais profissionais de outros serviços de saúde. Essa prática favorece a corresponsabilização pelo cuidado

entre os serviços, profissionais e os usuários, proporcionando a longitudinalidade da atenção. Contrapondo-se a esses resultados, estudo identificou que EqSF, atribuem pouca importância aos prontuários dos usuários e, seus registros, expondo, por vezes, as famílias a situações estressantes e as lançando na andança desnecessária pela rede¹⁹.

Não obstante, vínculos fortes entre equipe e família favorecem o conhecimento das necessidades dos usuários, visto que a confiança na relação abre espaço para a troca de saberes e experiências. Tal modo de produzir o cuidado filia-se a uma perspectiva holística, que vai além da queixa-conduta.

Ressalta-se que um vínculo afetivo e diferenciado entre profissional-família-criança, promove segurança, confiança em si e nos outros e um melhor enfrentamento da enfermidade¹⁹. Entretanto, a contratação temporária da equipe Nasf-AB dificulta a formação de vínculo entre os profissionais e a população,¹³ o que precisa ser repensado pelos gestores da saúde.

Os participantes deste estudo salientaram que a assistência à saúde no domicílio visa compreender o contexto socioeconômico e cultural desse público. Essa assertiva vai ao encontro do cuidado longitudinal, porém evidenciaram-se contradições na sua operacionalização, pois o *modus operandi* centra as ações na área de formação profissional, fragilizando a apreensão do todo. Quando o acompanhamento foca apenas na formação específica, gera um cuidado fragmentado.

A formação dos profissionais de saúde persiste em um modelo de atenção técnico e curativo. Assim, o desenvolvimento da capacidade de uma abordagem ampliada às demandas desses indivíduos se dá por meio da incorporação de novas práticas e conhecimentos adquiridos no decorrer das experiências de trabalho no Nasf¹⁷.

A RAS, especialmente a APS, deve estar articulada e preparada para atender às necessidades de crianças/adolescentes com doenças crônicas e suas famílias. Além de desenvolver estratégias para melhorar a qualidade de vida, é indispensável que os profissionais estejam capacitados para atender de modo resolutivo às demandas impostas pelas condições crônicas⁷.

Contudo, muitos profissionais ainda focam suas ações na implementação de técnicas, buscando alcançar apenas o sucesso prático no cuidar pautado no modelo biologicista¹⁷. Por isso, o cuidado integral é fragilizado pelo déficit na construção de ações conjuntas entre os cuidadores desse público e os profissionais. A construção de pontes de articulação do trabalho entre os diferentes profissionais e serviços poderá contribuir para que, progressivamente, os núcleos de saberes específicos enriqueçam o campo comum de competências, ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe¹¹.

As ações de prevenção foram enaltecidas pelos profissionais do Nasf-AB, porém não levam em consideração a singularidade dessas crianças/adolescentes, cujo foco da prevenção deve ser a redução de agravos e agudizações. Ao silenciar esse aspecto, evidencia-se o desconhecimento dos profissionais acerca de algumas doenças crônicas infantojuvenis e suas implicações.

Os profissionais desconhecem qual deveria ser sua conduta no atendimento às doenças crônicas infantojuvenis. Portanto, o processo de formação deve ultrapassar o modelo de atenção em saúde vigente, priorizando o atendimento integral em todas as condições de saúde¹⁹. Destarte, é imprescindível que o profissional aproveite todas as oportunidades de contato com a criança/adolescente e seu familiar/cuidador para prevenir comorbidades e promover saúde¹⁸.

A esses aspectos, soma-se o fato de os profissionais do Nasf-AB estarem assumindo ações burocráticas na unidade em detrimento de suas funções assistenciais. Ressalta-se que ao desenvolverem parte do seu processo de trabalho no aspecto gerencial das unidades, aprisionam o Nasf-AB em atividades técnico-gerenciais, limitando seu trabalho na assistência²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo explicitou as ações desenvolvidas pelo Nasf-AB às crianças/adolescentes com doenças crônicas e suas famílias, possibilitando a identificação de lacunas no cuidado e subsidiando a implementação de práticas direcionadas a essa população. A interconsulta, a visita domiciliar, os encaminhamentos aos serviços de referência, a educação em saúde e o PTS foram ações em saúde desempenhadas pelo Nasf-AB que contribuem para o cuidado a essa população. Contudo, algumas dessas ainda se encontram frágeis, comprometendo a resolutividade do cuidado e a assistência integral à saúde.

Apesar do estudo ter sido limitado a um único município traz achados relevantes para repensar as ações do Nasf-AB na articulação necessária para o cuidado ao público infantojuvenil com doença crônica. As ações do Nasf-AB encontram-se focadas no modelo biologicista, portanto urge superar esse paradigma e avançar no cuidado com foco nas singularidades deste público, estimulando-os a se tornarem corresponsáveis do seu processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Mirza M, Krischer A, Stolley M, Magaña S, Martin M. Review of parental activation interventions for parents of children with special health care needs. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 13]; 44(3):401-26. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.12554>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [cited 2020 Dec 10]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-um-panorama-da-saude-no-brasil/#:~:text=Trabalho%20e%20Rendimento,-,Pesquisa%20Nacional%20por%20Amostra%20de%20Domic%C3%ADlios%3A%20Um%20Panorama%20da%20Sa%C3%BAde,2008.&text=O%20levantamento%20suplementar%20sobre%20sa%C3%BAde,altera%C3%A7%C3%B5es%20e%20inclus%C3%B5es%2C%20em%202003.>
3. Silva VE, Nunes MDR, Macedo IF, Possi JCS, Silva-Rodrigues FM, Pacheco STA. Living with multiple symptoms: the experience of children and adolescents with chronic condition. *Rev. Enferm. UERJ* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 03]; 28:e47474. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.47474>.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [cited 2020 Dec 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.
5. Altman L, Zurynski Y, Breen C, Hoffman T, Woolfenden S. A qualitative study of health care providers' perceptions and experiences of working together to care for children with medical complexity (CMC). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 10]; 18(70): 2-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2857-8>.
6. Moreira MCN, Albernaz LV, Sá MRC, Correia RF, Tanabe RF. Guidelines for a line of care for children and adolescents with complex chronic health conditions. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 12]; 33(11):e00189516. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189516>.
7. Dejong NA, Dellon EP, Vander SEB, Stiles AD, Carr RA, Steiner MJ. Enhanced Access and Parents' Preferred Contact for a Child's Chronic Condition. *The Journal of Pediatrics* [Internet]. 2017 [cited 2018 12 Jan]; 180:235-40.e1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.09.002>.
8. Silva MEA, Reichert APS, Souza SAF, Pimenta EAG, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: family bonds in the healthcare network. *Texto-Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 20]; 27(2):e4460016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>.
9. Tesser CD. Family Health Support Teams, potentialities and barriers: the primary care health outlook. *Interface* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 27]; 21(62):565-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [cited 2021 Apr 05]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.
11. Silva ICB, Silva LAB, Lima RSA, Rodrigues JA, Valença AMG, Sampaio J. Work process between the Primary Care Team and the Family Health Support Centers. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 22]; 12(39):1-10. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1433](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1433).
12. Zanello E, Calugi S, Rucci P, Pieri G, Vandini S, Fal Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014.
13. Souza LK. Research with qualitative data analysis: getting to know Thematic Analysis. *Arq. bras. psicol* [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 15]; 71(2):51-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ABP2019v71i2p.51-67>.
14. Maffisconi AL, Silva KJ, Vendruscolo C, Trindade LL, Metelski FK. Matrix role of the Primary Care Extended Centers: an integrative review of the literature. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 05]; 42(119):1012-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811918>.
15. Araujo NJD, Albuquerque IMN, Lira GV, Bosi MLM. Restrictive aspects of comprehensive healthcare in the Family Health Supporting Nuclei: the stakeholders' viewpoint. *Physis* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 05]; 28(4):e280417. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280417>.
16. Quirino TRL, Jucá AL, Rocha LP, Cruz MSS, Vieira SG. Home visits as a health care strategy: reflections from the Extended Family Health and Primary Care Support Center. *Revis Sustinere* [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 15]; 8(1):253-73. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2020.50869>.
17. Geense WW, Gaal BGI, Knoll JL, Cornelissen EAM, Achterberg T. The support needs of parents having a child with a chronic kidney disease: a focus group study. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 20]; 43(6):831-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.12476>.
18. Foster CC, Mangione-Smith R, Simon TD. Caring for Children with Medical Complexity: Perspectives of Primary Care Providers. *Journal of Pediatrics* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 12]; 1; 182:275-82.e4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.11.017>.
19. Nóbrega VM, NN, NN, Viera CS, Reichert APS, NN. Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 12]; 51:e03226. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226>.



19. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 12]; 22(6):1845-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.
20. Brocardo D, Tavares ACL, Rodrigues FMC, Lemos LSM. Family Health Support Center (Nasf): a national panorama based on National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) data. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 20]; 42(1):130-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>.