

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANDREZA MIRANDA DE ABREU

O reconhecimento das Necessidades de Saúde de familiares e crianças egressas da terapia intensiva neonatal: potencialidades e desafios para a continuidade no seguimento ambulatorial

**Belo Horizonte,
2016**

ANDREZA MIRANDA DE ABREU

O reconhecimento das Necessidades de Saúde de familiares e crianças egressas da terapia intensiva neonatal: potencialidades e desafios para a continuidade no seguimento ambulatorial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elysângela Dittz Duarte

Belo Horizonte,

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Abreu, Andreza Miranda de

O reconhecimento das Necessidades de Saúde de familiares e crianças egressas da terapia intensiva neonatal [manuscrito] : potencialidades e desafios para a continuidade no seguimento ambulatorial / Andreza Miranda de Abreu. - 2016.

136 f.

Orientadora: Profa. Dra. Elysângela Ditz Duarte.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Recém-Nascido. 2. Relações Profissional-Família. 3. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. 4. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. I. Duarte, Elysângela Ditz. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

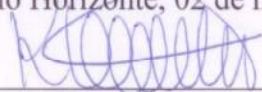
ATA DE NÚMERO 505 (QUINHENTOS E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ANDREZA MIRANDA DE ABREU PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 2 (dois) dias do mês de maio de dois mil e dezesseis, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "O RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROFISSIONAIS: POTENCIALIDADE PARA A CONTINUIDADE NO SEGUIMENTO AMBULATORIAL", da aluna *Andreza Miranda de Abreu*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kleyde Ventura de Souza, Kênia Lara Silva e Mariana Bueno, sob a presidência da primeira. A professora Mariana Bueno participou da sessão por meio de videoconferência. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

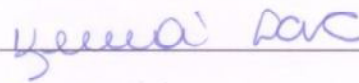
- () APROVADA;
() APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 02 de maio de 2016.

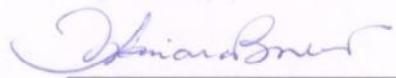
Prof^ª. Dr^ª. Kleyde Ventura de Souza
(Presidente)



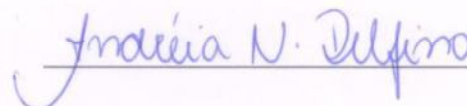
Prof^ª. Dr^ª. Kênia Lara Silva
(Esc.Enf/UFMG)



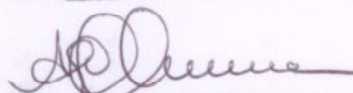
Prof^ª. Dr^ª. Mariana Bueno
(EE/USP)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



APROVADO em reunião do CPG
Em 06/06/16


Prof.ª Dra. Andréa Gazzinelli
Sub-Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

A meus pais, exemplos de: fé, humildade, bondade e imenso amor.

Agradecimentos

Passaram-se dois anos... Mas dois anos que vivi com a intensidade de vinte!

Agradeço:

A Deus, que por sua força maior e eterna misericórdia sempre me guiou e sustentou até aqui.

Aos meus pais, Júlio e Creusa, que, em todo instante, torceram por mim e nunca deixaram de acreditar que esta etapa era fundamental e um sonho em minha vida. Estiveram, mesmo de longe, em pensamentos e orações comigo, transmitindo um carinho que sempre recebi com tamanha intensidade e amor. Dizer obrigada é pouco, mas sempre digo que amo vocês!

Aos meus irmãos, Thaísa e Rafael, por demonstrarem sempre doçura, apoio e compreensão nos momentos em que não pude estar presente. E aos demais familiares, que sempre torceram por mim e isso é o maior bem que posso ter em minha vida, o amor de todos vocês!!!

Ao Robert, pela sublime paciência, sua preocupação e cuidado para comigo, suas orações e ajudas de coração fortaleceram nosso amor, obrigada por ser meu namorado!

À minha orientadora, professora Elysângela Dittz Duarte, pelo compromisso, ensinamentos e imensa preocupação. Conseguimos percorrer essa etapa com determinação, obrigada por tudo que se empenhou a fazer por mim e por este trabalho.

Aos amigos que ganhei e que me proporcionaram momentos de felicidade. Foi um grande presente a construção de vínculos de amizade com todos vocês: "Foragidos" (Luís, Rosana, Marconi, Renatinha, Mari, Jullyane, Suzana, Lorena, Emanuelle e Rayssa). Em especial agradeço o carinho, a preocupação e o amor; as oportunidades de conversas, desabafos e diversão proporcionados por Rosana e Luís, é MOC! A oportunidade de conhecê-los foi única e se estenderá para todo o SEMPRE! Sumaya, minha amigona também, sua alegria e bondade de viver e enfrentar os desafios da vida me contagiaram, obrigada pela acolhida em sua casa e por ter me presenteado com a sua luz!

A todos os integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem- NUPEPE pelos valiosos momentos de compartilhamento do conhecimento, aprendi muito com vocês! Em especial agradeço a Tatiana que doou seu tempo em discussões deste trabalho. A Leda, pela parceria ao longo de dois anos. A Paloma, pelas palavras de esperança e ajuda durante esta caminhada.

A todos os bolsistas do projeto da Continuidade, em especial a Pedro, Laís e Jéssica, pelo exemplo de alunos e por transmitirem tamanho carinho e bondade, obrigada por tudo!

Às professoras Kênia Lara e Roseni Sena, pelo exemplo de pesquisadoras, obrigada pelas contribuições nesta pesquisa e por me fazer refletir sobre esse universo. Vocês me impulsionaram a não colocar um ponto final em minha carreira e sim seguir com reticências nesse caminho!

Às professoras Bruna Manzo e Mariana Bueno, pelas ricas oportunidades de discussões que favoreceram o desenho deste projeto;

À professora Adriane Vieira, pela experiência de dividir a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II e acima de tudo demonstrar de uma maneira que muito me tocou, o seu modo carinhoso, respeitoso e humilde de lecionar, uma inspiração para mim e para todos!

Agradeço a todos os funcionários da Escola de Enfermagem da UFMG, por proporcionarem um ambiente de trabalho tão acolhedor;

Agradeço ao CNPq, pela minha bolsa de mestrado;

A todos os profissionais que participaram dessa pesquisa, pelas suas valiosas contribuições, a todos os familiares das crianças que também contribuíram, agradeço de coração;

E por fim eu não poderia deixar de agradecer a todos os profissionais com os quais tive o prazer de trabalhar e crescer durante três anos, construí a certeza de que ser enfermeira é gratificante e que podemos fazer a diferença na vida de cada um que temos a oportunidade de “encontrar” nos serviços de saúde. Obrigada a todos: da Estratégia de Saúde da Família Santa Matilde II - Conselheiro Lafaiete, da Estratégia de Saúde da Família Vida Nova - Diamantina; e das Secretarias Municipais de Saúde de Couto de Magalhães de Minas e Gouveia- MG.

Hoje vejo que sou uma pessoa e profissional melhor e continuo com o desejo de sempre crescer a cada caminhada!

DESEJOS

Desejo a vocês...

Fruto do mato

Cheiro de jardim

Namoro no portão

Domingo sem chuva

Segunda sem mau humor

Sábado com seu amor

Filme do Carlitos

Chope com amigos

Crônica de Rubem Braga

Viver sem inimigos

Filme antigo na TV

Ter uma pessoa especial

E que ela goste de você

Música de Tom com letra de Chico

Frango caipira em pensão do interior

Ouvir uma palavra amável

Ter uma surpresa agradável

Ver a Banda passar

Noite de lua cheia

Rever uma velha amizade

Ter fé em Deus

Não ter que ouvir a palavra não

Nem nunca, nem jamais e adeus.

Rir como criança

Ouvir canto de passarinho.

Sarar de resfriado

Escrever um poema de Amor

*Que nunca será rasgado
Formar um par ideal
Tomar banho de cachoeira
Pegar um bronzeado legal
Aprender um nova canção
Esperar alguém na estação
Queijo com goiabada
Pôr-do-Sol na roça
Uma festa
Um violão
Uma seresta
Recordar um amor antigo
Ter um ombro sempre amigo
Bater palmas de alegria
Uma tarde amena
Calçar um velho chinelo
Sentar numa velha poltrona
Tocar violão para alguém
Ouvir a chuva no telhado
Vinho branco
Bolero de Ravel
E muito carinho meu.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

ABREU, A. M. O reconhecimento das Necessidades de Saúde de familiares e crianças egressas da terapia intensiva neonatal: potencialidades e desafios para a continuidade no seguimento ambulatorial. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) são as que têm ou estão em risco aumentado para desenvolverem uma condição crônica relacionada ao desenvolvimento, à condição comportamental ou emocional e que possuem a necessidade de utilização de serviços de saúde além do que outras crianças. Nessa perspectiva, o profissional exerce papel fundamental no seguimento, e sua compreensão acerca das Necessidades de Saúde das CRIANES pode interferir na qualidade do cuidado realizado e na continuidade do cuidado. Objetivo: analisar, sob a perspectiva dos profissionais, as Necessidades de Saúde de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde e de seus familiares em um ambulatório de seguimento. Metodologia: realizou-se um estudo qualitativo exploratório com o referencial metodológico da dialética e referencial teórico de Agnes Heller, no qual a autora discorre sobre as necessidades nas relações sociais. O trabalho de campo foi realizado em um ambulatório de saúde da criança de um hospital filantrópico de Belo Horizonte. Os participantes foram nove profissionais da equipe multiprofissional. Os dados foram coletados por entrevista com a utilização de um roteiro semiestruturado com os profissionais e por observações de campo onde foi observada a trajetória do familiar e/ou cuidador no dia da consulta de seu filho. Foi realizada a validação externa com os profissionais, onde expôs-se a estes a síntese dos resultados e através de um roteiro foram registradas as suas impressões. A análise dos dados foi sustentada pela análise de conteúdo temática de Bardin e dela surgiram quatro categorias empíricas: “As diferentes dimensões das Necessidades de Saúde sob as perspectivas dos profissionais no serviço de seguimento”; “Necessidades de Saúde e o contexto social das CRIANES”; “Interações entre profissionais, familiares e CRIANES no contexto do ambulatório”; “O momento do encontro entre familiar e/ou cuidador das CRIANES e profissionais: Necessidades de Saúde que se revelam”. Tal análise revelou, que os profissionais através de seus relatos, reconheceram Necessidades de Saúde no contexto de cuidado às CRIANES e suas

famílias, a relação que possuem com o contexto social no qual vivem e que essas são expressas pelo familiar e/ou cuidador das CRIANES nos seus contatos com os serviços. Conclui-se que a operacionalização das Necessidades de Saúde apresentou-se como um conhecimento que veio fortalecer a prática dos profissionais. Neste ambulatório, os profissionais não realizam discussões sistematizadas dos casos. Então, torna-se imprescindível pensar em estratégias para a articulação entre a equipe e entre os níveis de assistência para que o reconhecimento das Necessidades de Saúde pela equipe não seja comprometido.

Palavras chaves: Recém-nascido, determinação de necessidades de cuidados de saúde, Relações profissional família, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The recognition of the health needs of families and children recent grads of the neonatal intensive care unit: the potential and challenges to continue in the follow-up. 2016. Dissertation (Master's Degree in Health and Nursing) - Nursing College, Minas Gerais Federal University, Belo Horizonte, 2016.

The Children With Special Health Care Needs (CRIANES) are those which are in increased risky to develop a chronic condition related to their own development, to the behavioral or emotional conditions and that have the necessity in using health services more than other kids. From this perspective, the professional has a fundamental role in the follow-up, and his comprehension about the CRIANES health needs may interfere on the quality of the care accomplished as well as on the care continuity. Objective: analyzing, under the professional's perspective, health needs of Children With Special Health Care Needs and their relatives in an ambulatory segment. Methodology: it was done an exploratory qualitative studying with the methodological referential dialectic and Agnes Heller's theoretical referential, in which the author writes about the necessities on the social relationships. The fieldwork was made in an ambulatory specialized in child health in a philanthropic hospital localized in Belo Horizonte. The participants were nine workers from the multi professional team. The data were collected by interviews with the workers utilizing a semi structured script and by field observing, where was observed the path made by the relative and/or caregiver on his son's appointment day. It was done an external validation with the professionals, where was exposed to them the synthesis of the results and through a script their impressions were registered. The data analyzing was supported by Bardin's content theme and from it appeared four different empirical categories: "The Health Needs different dimensions under the professionals perspective in the follow-up"; "Health necessities and the CRIANES social context"; "Interactions between professionals, relatives and CRIANES in the follow-up context"; "The moment when the CRIANES relative and/or caregiver meet the professionals: Health needs which reveal themselves". This analysis revealed that the professional workers, through their narratives, recognized health needs in the CRIANES and their families care contexts, the relationship that exists with the social context where they live and that these relationships are demonstrated by the CRIANES relative and/or caregiver in their contact with work. It can be concluded

that the health needs implementation showed itself as a knowledge that came to strengthen the professional practices. In this ambulatory, the workers do not discuss systematically about the cases. Then, it becomes really important to think in strategies to improve the articulation between the team and between the assistance levels to not let the health needs acknowledgment by the team be compromised.

Key words: newborn, determination of health care needs, professional family relations, needs and demands of Health service

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - As múltiplas dimensões do cuidado em saúde	24
Figura 2 - Espaço intercessor e o encontro de profissionais e usuários nos ambulatórios de saúde da criança.....	27
Figura 3- Estrutura do ambulatório.....	36
Figura 4 - Fluxograma da observação de campo	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de entrevistas realizadas por categoria profissional e o número total de observações, duração média das entrevistas e tempo médio , total de observações e páginas do diário de campo	49
Quadro 2 - Nomes fictícios dos participantes	51
Quadro 3-Categorias empíricas.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Km	Quilômetro
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Plano de Assistência à Saúde
RASs	Redes de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Sumário

APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 Necessidades de saúde	22
2.2. O trabalho na saúde e no seguimento ambulatorial: encontros e desencontros no cotidiano dos serviços e das CRIANES	27
3 OBJETIVO	31
3.1 Objetivo geral	31
4 PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1 Tipo de Pesquisa	32
4.2 Questões éticas	33
4.3 O cenário de realização da pesquisa	34
4.4 Os participantes do estudo	38
4.5 Técnica e os instrumentos da coleta de dados	39
4.5.1 Entrevista com roteiro semi estruturado	39
4.5.2 Observação de campo.....	40
4.6 Vivência no campo: passos do estudo.....	42
4.6.1. Primeiro passo- Adequação do instrumento de coleta de dados.....	42
4.6.2 Segundo passo- Encontro com a coordenadora do ambulatório	43
4.6.3 Terceiro passo- Convite aos profissionais	44
4.6.4 Quarto passo- Realização das observações de campo e entrevistas.....	44
4.6.5 Quinto passo- Validação da pesquisa.....	48
4.7 Análise dos dados.....	49
4.7.1 A pré análise.....	50
4.7.2 A exploração do material	51
4.7.3 O tratamento dos resultados: inferência e interpretação	52
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	53
5.1 As diferentes dimensões das Necessidades de Saúde sob as perspectivas dos profissionais no serviço de seguimento	53
5.2 Necessidades de Saúde e o contexto social das CRIANES	60
5.3 Interações entre profissionais, familiares e CRIANES no contexto do ambulatório	69
5.4 O momento de encontro entre familiar e/ou cuidador das CRIANES e profissionais: Necessidades de Saúde que se revelam	79

6 UM BREVE RELATO SOBRE A VALIDAÇÃO EXTERNA COM OS PROFISSIONAIS	90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
Apêndice A - Entrevista semi estruturada- Profissionais do ambulatório	107
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE para profissionais referente a entrevistata	108
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE para profissionais referente a observação no campo	110
Apêndice D - Termo de Autorização de Uso de Depoimentos	112
Apêndice E -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE familiar e/ou cuidador das CRIANES	113
Apêndice F - Termo de assentimento livre e esclarecido - Crianças até 12 anos de idade.....	115
Apêndice G - Roteiro para observação	117
Apêndice H - Carta convite para validação externa- Profissionais.....	118
Apêndice I - Termo de responsabilidade com material da pesquisa para validação externa	119
Apêndice J - Roteiro para validação externa	120
Apêndice K- Apresentação dos resultados para a validação externa com os profissionais	121
Anexo A - Parecer do Departamento da Escola de Enfermagem da UFMG	127
Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	129
Anexo C - Resumo explicativo das normas compiladas e dos exemplos apresentados por Marcuschi (1986, p.10-13).....	130

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo processo de trabalho em saúde começou nos tempos da minha graduação, cujas disciplinas, como administração em enfermagem, a ética no ensino e prática de enfermagem, instigavam-me quando abordavam as temáticas referentes às relações dos profissionais com os pacientes, as relações dos profissionais entre si e o quanto isso contribuía para que as formulações de políticas públicas, muitas vezes, não se efetivassem. Tudo ficou mais evidente com a minha atuação como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde me deparei com as angústias, alegrias, fé e dificuldades nos atendimentos aos pacientes. Estes, muitas vezes, careciam de um olhar ampliado não apenas sobre a sua saúde, mas sobre as condições que lhes remetiam à angústia em relação ao processo do cuidar. Uma das situações que vivi foi em uma visita domiciliar em um povoado, onde a mãe de um recém-nascido baixo peso não estava comparecendo a suas consultas no Centro Viva Vida. E nesta situação, eu como enfermeira da atenção básica era comunicada a fazer a busca ativa dessa mãe pelas faltas no serviço de atenção secundária. Para ter acesso a sua casa tínhamos que percorrer em torno de 15 Km de estrada de terra e andar mais 2 Km, atravessando fazenda e subindo morro. E ao chegar à casa dessa mãe, explicava para ela a importância do acompanhamento para o desenvolvimento e crescimento do filho, mas ao mesmo tempo ficava pensando na sua acessibilidade ao serviço de saúde. Ela ficava angustiada por não ter condições financeiras de estar presente no serviço de saúde e ficava o dia todo em casa com o bebê. O marido saía de casa às cinco horas da manhã e retornava no fim da tarde para proporcionar uma renda familiar que não chegava a um salário mínimo.

Em situações que os familiares vinham ao serviço na ESF, em particular aos atendimentos às crianças na puericultura, eles traziam seus anseios e dúvidas e eu através da escuta tentava apreender as necessidades daquele familiar e as necessidades que ele expressava da criança. Sem dúvida a visita domiciliar, era uma ferramenta que eu dispunha e que contribuía pra a apreensão das necessidades de Saúde, pois quando estava no domicílio, vendo e vivendo, a realidade da família por alguns instantes o real das necessidades se revelavam.

Diante de vivências diversas como essas e ao ingressar no mestrado, comecei a ter a oportunidade de discussões no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (NUPEPE), onde me aproximei da pesquisa “Fatores predisponentes para o seguimento de crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal nos serviços especializados: desafios para a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção” e fui também a campo. Tive a experiência de escutar diversos familiares que vinham ao serviço com tamanhas dificuldades e desafios. O prosseguimento na pesquisa, fez com que eu fosse pensando no delineamento da minha dissertação. Assim, as experiências profissionais que a ESF me proporcionou, além de ações próprias da profissão e o contato com a equipe multiprofissional me faziam pensar que poderíamos tentar fazer algo mais diante desses desafios. Então, depois de diversas leituras sobre o processo de trabalho e de tecnologias que o permeiam, cheguei à conclusão de que o reconhecimento das Necessidades de Saúde das crianças, dos familiares e/ou cuidadores através do olhar ampliado do seu cotidiano poderia fornecer mais elementos para entender a realidade que tanto me inquietava diante das minhas vivências profissionais e do trabalho de campo na pesquisa.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o número de prematuros aumentou em todo o mundo. A África é o continente que apresenta o maior número dessas crianças. Estimativas regionais e mundiais de taxas de prematuridade para o ano de 2010 foram realizadas pela Organização Mundial de Saúde e os números de nascidos prematuros variaram entre 7,4% (centro e leste da Ásia) e 13,5% (sudeste da Ásia e Oceania), sendo que América Latina e Caribe apresentaram uma taxa de 8,6% (OMS, 2012).

No Brasil este número é de 11,7 %. As fontes de registros dos números de prematuros ainda são deficientes, sendo que em países desenvolvidos esse monitoramento é realizado com maior eficácia do que em países em desenvolvimento, onde há a subnotificação de dados e conseqüentemente os registros são escassos (OMS, 2012).

O desemprego, a pobreza extrema, serviços de saúde pouco estruturados, carência de políticas públicas para lidar com esse perfil epidemiológico nos países subsenvolvidos têm como consequência o aumento da morbimortalidade decorrentes da prematuridade (SUAZO et. al., 2014).

As causas da prematuridade são diversas e podem estar relacionadas a: número aumentado das mães com agravos não transmissíveis, diabetes e hipertensão, o surgimento dessas condições na gestação também; mães que engravidam em idade avançada; acesso a tratamentos de infertilidade; gravidez gemelar e gravidez em curtos espaços de tempo podem aumentar o risco de parto prematuro (OMS, 2012).

Quando os bebês nascem prematuros, as demandas de cuidados são direcionadas e acompanhadas durante o seu crescimento e desenvolvimento. Eles podem desenvolver ou não alguma patologia e/ou demandar cuidados específicos decorrentes de sua condição de nascimento. Tais cuidados que incluem: uso contínuo de medicamentos, modificação de cuidados diários, utilização de dispositivos tecnológicos como sondas, válvulas de derivação, visitas constantes aos serviços de saúde.

Devido a essas repercussões da prematuridade na saúde do recém-nascido eles possuem duas vezes mais chances de serem encaminhados para serviços de intervenção precoce do que os bebês que nascem a termo. Esses após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal são encaminhados ao serviço de seguimento ambulatorial, para serem atendidos por equipe especializada por apresentam o risco aumentado de deficiências, problemas pulmonares e gastrointestinais de longa duração, perda da visão e audição e alterações neurológicas, cognitivas e comportamentais (LABREE, et.al., 2010; JACKSON, et.al., 2012).

As repercussões do cuidado ao recém nascido prematuro também envolvem toda a dinâmica familiar. Diante deste fato, Pacheco e Cabral (2011), estudaram os fatores relacionados ao contexto das famílias de bebês baixo peso no primeiro ano de vida. Estes devido as suas especificidades no metabolismo (risco de hipoglicemia e perda de peso acentuada), necessitam de cuidados referentes a alimentação e outros para manter a temperatura corporal. Elucidando assim, a importância do acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento devido ao risco aumentado para o adoecimento. Outro achado foi que os confrontos relacionados a alimentação oferecida pela família ao recém nascido, estão ligados as relações com o hospital, ao domicílio e a sociedade. Sendo assim, todas essas repercussões da prematuridade na condição de saúde do recém-nascido e seus familiares interferem e são determinantes para as ações dos profissionais de saúde ao longo do seguimento.

A preocupação dos serviços de saúde estarem direcionando o atendimento somente para crianças com condições crônicas estabelecidas motivou um grupo de pesquisadores nos Estados Unidos, em 1998, liderados por Merle McPherson, a pensar em uma definição que considerasse perspectivas de ordem social, de cidadania, conflitos, emoções das crianças e suas famílias. Desses trabalhos resultou a definição de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, CRIANES (MCPHERSON et.al., 1998) que seriam:

[...] crianças que tem ou estão em risco aumentado para desenvolverem uma condição crônica, de desenvolvimento, condição comportamental ou emocional e que também possuem a necessidade de utilização de serviços de saúde além do que outras crianças (MCPHERSON et.al., 1998, p.3).

Desse modo, a expressão crianças com risco aumentado refere-se àquelas que apresentam baixo peso ao nascer, deficiências metabólicas e existência de alguma anormalidade cromossômica. O risco aumentado se refere também aos riscos ambientais que são os relacionados a fatores sociais e econômicos que podem afetar diretamente o estado de saúde da criança. Como exemplo tem-se: a pobreza extrema, ausência de apoio social, negligência e abuso de crianças. Há também os fatores relacionados ao ambiente físico, como a poluição (MCPHERSON et.al., 1998).

Tais situações de riscos podem acometer os prematuros, pois estes por nascerem antes de 37 semanas, apresentam os sistemas do organismo em formação e isso contribui para a fragilidade dessa criança e o desenvolvimento de posteriores patologias (MELO & ROCHA, 1999).

Nesse prisma, um estudo com CRIANES egressas de unidades de terapia intensiva neonatal, realizado em duas instituições públicas do estado do Rio de Janeiro por Cabral e colaboradores em 2004, seguiu o conceito de CRIANES de McPHERSON et.al. (1998) e classificou essas crianças de acordo com suas necessidades de cuidados. Tais cuidados especiais foram divididos conforme suas características, sendo estas cinco: de desenvolvimento, são as crianças que requerem cuidados no desenvolvimento psicomotor; medicamentoso, são as que precisam de medicamentos para ajudar no estado geral de saúde; tecnológicos, crianças que necessitam de algum aparato tecnológico para sobreviver; a de cuidados habituais modificados, as que apresentam algumas dificuldades na realização de tarefas do dia a dia, como sentar-se, comer, devido a sua condição e por último os mistos, que é a combinação de uma ou mais das necessidades de cuidado (CABRAL et.al., 2004; CABRAL e MORAES, 2015).

Essa classificação reforçou que o cuidado deve ser articulado com familiares e/ou cuidadores no momento da transição do hospital para o domicílio, a comunicação, o diálogo e a escuta são cruciais para essa família ao retornar para o domicílio com as CRIANES e suas demandas e necessidades de cuidado (CABRAL et.al., 2004; NEVES e CABRAL, 2008a, 2008b e 2009; SILVEIRA et.al., 2013).

Nesse contexto, podemos perceber que o conceito de CRIANES em sua gênese é bastante ampliado. Envolve a família, os serviços de saúde, as relações do profissional com a família e o contexto sociocultural e econômico dessa criança.

Em relação ao aspecto econômico, pelo fato de as CRIANES apresentarem necessidades de cuidado complexas, os pais, geralmente, as mães, assumem o cuidado por completo e para que isso aconteça, podem precisar inclusive de pedir demissão do emprego. Isso acaba gerando detrimientos para toda a estrutura familiar, pois para realização do cuidado há toda uma logística envolvida, como a compra de materiais e produtos específicos para cada uma das situações, cadeiras especiais e transporte. E tudo irá afetar a rotina da família de acordo com as características de cada cuidado (KUO, 2011; SILVEIRA, et.al., 2013).

Nas relações do contexto social, quando o familiar volta para a casa com as CRIANES, no seu espaço ele cria estratégias para o ato de cuidar, e espera-se que surjam as redes e o apoio social, que envolve um outro familiar ou mesmo vizinhos, o que gera novos significados de cuidado para profissionais e família (CARVALHO, 2009).

Como as CRIANES necessitam de um cuidado planejado e de acordo com as Necessidades de Saúde, pois apresentam condições de risco que podem intervir na sua qualidade de vida futura devido a sua condição de nascimento, são os serviços de atendimento ambulatorial que também vão acompanhar as CRIANES e sua família. Na literatura há estudos que trazem o serviço do seguimento voltado para o acompanhamento de patologias específicas, diretrizes particulares, como em crianças com encefalopatia isquêmica, no qual o programa de seguimento tem sua organização a partir da gravidade da doença. Cada criança é atendida por uma equipe multiprofissional que tem um coordenador até os dois anos de idade na Espanha (BIARGE et.al., 2014; TEH et.al, 2011).

No Brasil, o serviço é orientado por diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, o programa é iniciado durante a internação hospitalar com as orientações no período de alta. É desejável que esse serviço conte com uma equipe multiprofissional com pediatra, enfermeiro, neurologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Tal recomendação de estruturação do seguimento também sugere

ações a serem desenvolvidas por cada integrante da equipe, o tempo de acompanhamento é até sete anos de idade (SBP, 2012).

No entanto, a estruturação desses serviços ainda está voltada para questões relacionadas ao tratamento do fisiopatológico. Os estudos demonstram que a estruturação dos serviços de seguimento ainda não são concretas para a formulação e incorporação na prática, da dimensão do cuidado que envolve a família, o social e as relações com os profissionais, como é a proposta do cuidar das CRIANES (KNAFL, et.al., 2008; NEVES e CABRAL, 2009).

Nessa perspectiva, o profissional exerce papel fundamental no seguimento, a ação de estarem atentos às fragilidades, às dúvidas e ao medo dos familiares das CRIANES. Ou seja, o olhar sobre as Necessidades de Saúde das CRIANES é essencial para o fortalecimento da continuidade do cuidado (KNAFL, et.al., 2008; NEVES e CABRAL, 2009; SILVEIRA et.al., 2013).

Dessa forma, as Necessidades de Saúde envolvem o contexto em que a criança vive, levam em consideração o cuidado e o cuidador das CRIANES, ou seja, a dimensão emocional, social e individual para o cuidar que essa família no domicílio desenvolve (CECÍLIO e MATSUMOTO, 2006; MORAES et.al., 2011).

O não reconhecimento e o não atendimento das Necessidades de Saúde pode interferir na presença dos familiares aos serviços de seguimento, caracterizando o abandono e por conseguinte a descontinuidade do cuidado das CRIANES. Marecos e colaboradores (2011) relataram fatores que contribuem para a adesão ao programa de seguimento, o quais foram: mães com idade materna mais elevada, explicação da importância do serviços seguimento durante o período de internação e durante a primeira consulta no ambulatório. O que ressalta a atuação dos profissionais pautada no diálogo pela equipe multiprofissional desde o momento da alta e no primeiro contato com os familiares no ambulatório.

Contudo, a forma como estão estruturados os serviços de atendimento ambulatorial a crianças de risco e como tem sido realizado o seu atendimento nos permite questionar: os profissionais em suas práticas de atendimento as CRIANES reconhecem e atendem às suas Necessidades de Saúde?

Considera-se que a compreensão que profissionais possuem acerca das Necessidades de Saúde das CRIANES pode interferir na qualidade do cuidado realizado e na continuidade do cuidado no contexto do seguimento ambulatorial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Necessidades de saúde

O termo “necessidades” tem despertado diversas discussões na sociedade ao longo dos anos, apresento aqui o olhar de que essas são construídas pelas relações sociais existentes entre os seres humanos. Para isso discorro sobre a relação de necessidades com o trabalho apresentada por Karl Marx e a construção, que sua seguidora, Agnes Heller, faz acerca do cotidiano e das necessidades. Para então chegar ao cotidiano dos serviços de saúde, nos quais essas necessidades se expressam na dinâmica da assistência. Contudo o grande desafio é que se elas estão sendo apreendidas, sentidas no encontro entre profissionais, familiar e/ou cuidador e CRIANES.

Dessa feita, as relações dos indivíduos entre si e na sociedade só existem porque são construídas através do trabalho e este expressa os sentidos da vida. Para Marx o conceito de necessidades advém do que o homem faz para a sua sobrevivência, ou seja, o uso da sua força de trabalho para obter a sua renda é destinado para satisfazer suas necessidades imateriais, ele vai procurar suprir suas necessidades básicas, gerando assim a satisfação de bem estar como consequência (MARX, 1996).

Nessa perspectiva, as necessidades naturais são as que estão relacionadas com a sobrevivência, que todos nós temos para nos mantermos como seres naturais, a alimentação, o vestuário são chamadas também de necessidades básicas (MARX, 1996).

Então Marx correlacionava as necessidades com os aspectos econômicos do sistema capitalista, ou seja, as necessidades das pessoas são produtos do processo de trabalho e que geram a capacidade de satisfazer as suas necessidades materiais e imateriais. Mesmo considerando que os conceitos de necessidades estão subjacentes aos conceitos desenvolvidos por Marx, Agnes Heller amplia essa discussão considerando que as necessidades têm um caráter antropológico, subjetivo e extra-econômico e considera as necessidades como naturais e radicais (HELLER, 1974).

Nesse sentido, ela aborda a estrutura da vida cotidiana, esta é a vida do homem inteiro. Para participar da sociedade as pessoas com suas características individuais, agem com o intuito de se relacionarem e para isso adquirem habilidades ao longo da vida e quando chegam à idade adulta que assimilam as relações sociais (HELLER, 2000).

Dessa maneira, o “eu” é ser único no cotidiano, e desse “eu” nascem os afetos, paixões, a fome, as dores físicas ou psíquicas que vão ser expressas nas necessidades humanas, as necessidades do “eu” (HELLER, 2000).

As necessidades naturais a que Heller se refere são também alimentação, moradia, vestuário, clima e condições naturais de cada lugar, sendo então tudo que se relaciona à auto conservação dos indivíduos. E estas são produzidas nas relações que se desenvolvem na sociedade, sendo chamadas por ela de necessidades sociais. Já as necessidades radicais são as produzidas nas relações de contradições entre as forças produtivas e as relações existentes para essa produção. Heller aborda que os sentimentos e características individuais de cada um devem ser levados em consideração (HELLER, 1974).

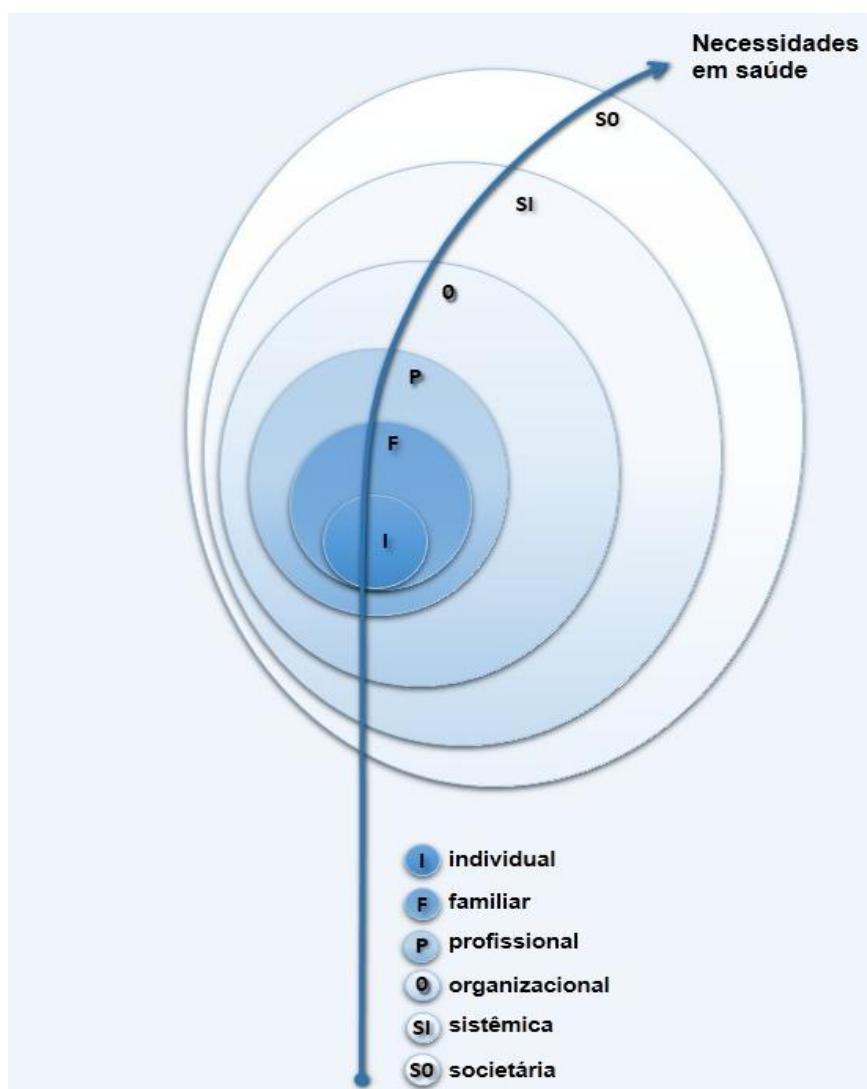
No cotidiano do serviço de saúde, há o encontro do profissional com o usuário, sendo que cada um traz consigo suas crenças, valores, atitudes enfim seus modos de andar a vida. Os profissionais estão exercendo ali o seu valor social, através do trabalho, o que ele pode considerar como forma de satisfazer suas necessidades também. Sendo essas necessidades para ele imateriais, ou seja, a partir do seu encontro com o familiar e/ou cuidador a orientação de cuidado direcionada ao familiar possa ser realizada com sucesso.

Assim, no dia a dia dos serviços de saúde, os trabalhadores de saúde, bem como os gestores, tendem a seguir normas em que colocam os usuários em um padrão que tem de ser seguido rigorosamente, podendo produzir tensionamentos, pois os usuários vão ao serviço de saúde com os anseios de satisfazerem suas necessidades de saúde, cada um expressando-as de acordo com as suas singularidades (CECÍLIO, 2012).

Nesse íterim, para a satisfação das Necessidades de Saúde dos usuários, as dimensões da vida da pessoa e do seu núcleo familiar, profissional, organizacional, (organização dos serviços de saúde), sistêmica (são as conexões

entre o serviço de saúde, as redes de atenção à saúde) e societária (papel do estado na implementação de políticas) devem ser levadas em consideração, pois as Necessidades de Saúde perpassam por tudo isso (CECÍLIO, 2011).

Figura 1 - As múltiplas dimensões do cuidado em saúde



Fonte: CECÍLIO, 2011.

Nesse universo de Necessidades de Saúde, Matsumoto (1991 apud Stotz, 1987) defende que o conceito de Necessidades de Saúde é a articulação entre duas políticas : a da Economia Política, que traz o trabalho como meio de satisfazer as Necessidades de Saúde e a Saúde Pública, que aborda a antropologia e as relações do sujeito abstrato que tem suas carências respondidas na sociedade

(MATSUMOTO, 1991). Pode-se perceber que esse conceito defendido por Stotz vem ao encontro dos pensamentos que Agnes Heller expressa em seus escritos.

Com o propósito de operacionalizar o conceito de necessidades de saúde, Matsumoto, em 1999, propôs categorias nas quais essas se expressam no cenário de vida e saúde das pessoas. A autora propôs quatro categorias: necessidades de boas condições de vida; garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação) e necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida" (construção do sujeito).

As **necessidades de boas condições de vida** estão relacionadas ao meio ambiente, ao socioeconômico das pessoas; sendo assim, para combater a doença não basta uma ação preventiva específica e do tipo técnica, como as vacinações. Envolve a visão holística do ser. Hoje os modelos de atenção à saúde das pessoas buscam seguir essa lógica, levando em consideração a territorialização, demografia, a ação de vários serviços envolvidos, ou seja, os serviços de saúde, serviço de meio ambiente e urbanismo e outros, estão com o intuito de se organizarem para o enfrentamento de problemas vivenciados pela população.

A **garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida** envolve as tecnologias para atender as necessidades de saúde, sendo tecnologias duras, leves e leves duras. Vale ressaltar aqui que o profissional pode fazer uso dessas ferramentas para atender o individual e o coletivo.

A **necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe** (sujeitos em relação), se faz necessário e potencializa o processo de transformações e ações na relação familiar e/ou cuidador e profissional, para o conhecimento das Necessidades de Saúde torna-se uma ferramenta com grande potencial. Prende-se tanto à busca de maior eficácia quanto à noção que valoriza a construção de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes.

Por último, a **necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida"** (construção do sujeito) é outra categoria importante, pois o sujeito capaz de exercer sua autonomia melhora o entendimento acerca do adoecimento e sua prevenção no seu contexto social. Para que esse processo de autonomia aconteça, o cuidado deve ser planejado considerando as necessidades e os serviços de saúde e todos envolvidos, profissionais e familiares (MORAES, et.al.,

2011).

Nesse ínterim, as dimensões de Necessidades de Saúde, defendidas por Stotz e Matsumoto, levam em consideração diversos aspectos que são coerentes ao se pensar o contexto das CRIANES. Oferece possibilidades para um olhar desde suas condições de vida, a importância da criação do vínculo com a equipe e a construção da autonomia dos familiares e/ou cuidadores para o cuidado através da identificação de suas necessidades.

No cuidado as CRIANES, quando o familiar e/ou cuidador volta para casa, ele está ali no seu cotidiano mantendo suas relações sociais, com suas necessidades satisfeitas ou não. De quais modos se efetiva a abordagem profissional de Necessidades de Saúde nos encontros no ambulatório de seguimento das CRIANES e como permeia a relação entre, familiar, cuidador, criança e profissional? Quais os anseios de cada um? Há a escuta entre ambas as partes?

Essas são perguntas complexas, mas que trazem uma questão que com o aumento da prematuridade no mundo, são de extrema importância de serem pensadas no modelo atual do Sistema Único de Saúde. Os estudos apontam muito a questão do reconhecimento das Necessidades de Saúde na atenção primária (NAKAMURA, et.al., 2009; MORAES et.al., 2011; SILVA, et.al., 2014). Portanto a realização de trabalhos que abordem o reconhecimento das Necessidades de Saúde das CRIANES por profissionais no seguimento ambulatorial faz-se necessário podendo contribuir para a continuidade e integralidade do cuidado.

2.2. O trabalho na saúde e no seguimento ambulatorial: encontros e desencontros no cotidiano dos serviços e das CRIANES

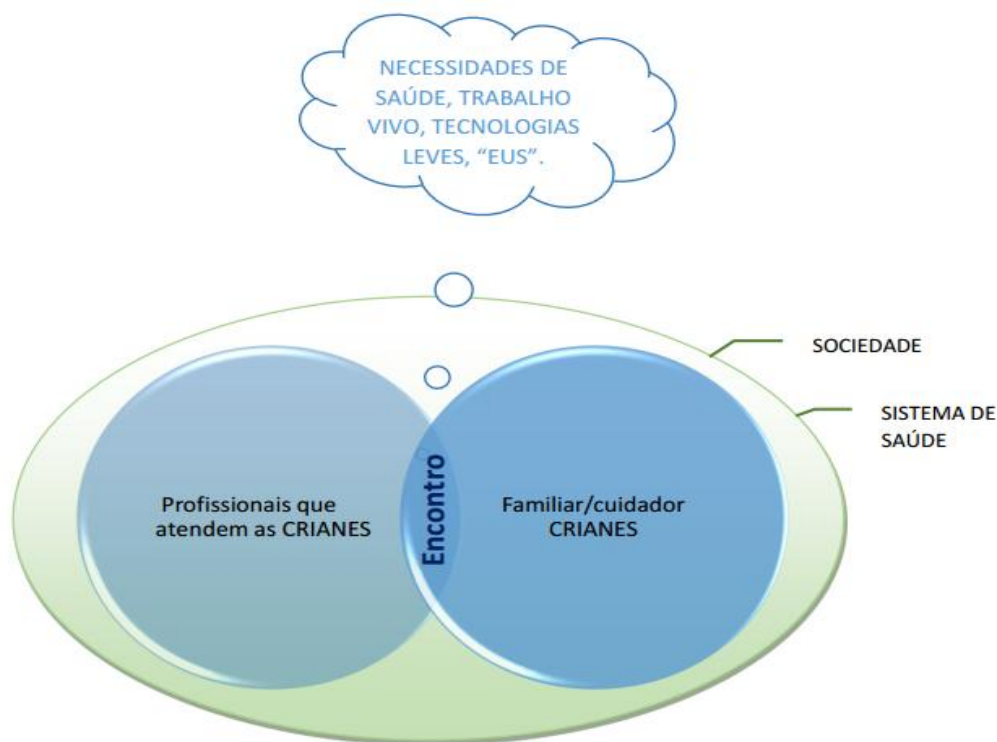
A abordagem do trabalho no seguimento ambulatorial e o impacto deste no cuidado das CRIANES provoca uma discussão que envolve o cotidiano e o reconhecimento das Necessidades de Saúde dessa população. Dessa feita, o trabalho é atividade social, e para mim como trabalhadora da saúde, é o que temos de mais potente para fazer a diferença na vida das pessoas, porque existe o encontro entre elas.

Em todo encontro há a expressão de pontos de vista, desejos, crenças, esperanças, medos, pensamento do certo ou errado. No encontro entre profissional e usuários, há esse movimento também. Porém, às vezes, ele é revestido pelo lugar em que cada um desses se coloca, o profissional como detentor do saber e o usuário como receptor desse “saber”. Ambos estão ali, e existem anseios e características individuais de cada um (MERHY, 2002).

O processo de trabalho acontece na intercessão do encontro entre o usuário e o profissional, em um cotidiano vivo, no qual pairam os anseios, a aprendizagem de um e do outro. Nesse lugar, revelam-se as necessidades de saúde. Por isso atenção especial e cautelosa devem ser oferecidas a ele (MERHY, 2002).

Nesse espaço intercessor, onde tudo é sentido e estão as necessidades que o profissional e usuário trazem consigo, o trabalho vivo acontece e o uso de tecnologia leve é frequente. Para representar esse espaço apresento na figura 02 uma ilustração na qual o trabalho está envolvido e acontece dentro da sociedade e dos sistemas de saúde. Assim, espera-se que aconteça no momento do encontro a apreensão das necessidades de saúde, trabalho vivo, tecnologias leves e as relações entre os “eus”.

Figura 2 - Espaço intercessor e o encontro de profissionais e usuários nos ambulatórios de saúde da criança



Fonte: Produção do próprio autor

Então, esse acontecimento é permeado por relações que só acontecem ali, no momento do atendimento; por essas características, é denominado de trabalho vivo em ato, no qual se expressam as subjetividades dos envolvidos. O esperado é que isso aconteça e quando acontece, o uso da tecnologia leve predomina pois esta é caracterizada pelo diálogo e escuta que o profissional faz uso no momento do encontro. Existem outros tipos de tecnologias que fazem parte do processo de trabalho, as leves duras em que o profissional usa-se de seu saber aliado a um instrumento, podendo ser um protocolo por exemplo, e as tecnologias duras, que consistem nos instrumentos e são direcionadas à produção de procedimentos nos serviços (FRANCO e MERHY, 2003; CARVALHO, 2012).

Neste trabalho vivo, os “eus” aparecem como a mãe, que dedica o seu tempo ao cuidado do filho, seja organizando a rotina de sua família, seja viabilizando transporte para levar o filho aos serviços de saúde; o profissional que nas suas

diferentes abordagens na produção do cuidado prestam atendimento às CRIANES e suas famílias.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) instituiu normas para o funcionamento do serviço de atendimento ambulatorial no país com a elaboração do manual: “Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco”, segundo o qual o programa de seguimento da criança de alto risco é iniciado durante a internação hospitalar com as orientações no período de alta. É desejável que o serviço conte com uma equipe multiprofissional: pediatra, enfermeiro, neurologista pediátrico, oftalmologista, otorrinolaringologista, técnico de enfermagem, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros (SBP, 2012). Tal recomendação de estruturação do seguimento também sugere ações a serem desenvolvidas por cada integrante da equipe.

Todavia, em todo o país, há estratégias e características singulares desse serviço. No sul do país, Londrina, os atendimentos são realizados por uma equipe multiprofissional de um hospital universitário. O acompanhamento é direcionado às famílias de prematuros e o início é na internação do recém-nascido (RN) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e se estende por todo o período de internação. O processo de alta segue até um ano de idade com o acompanhamento ambulatorial. As etapas que compõem o seguimento são: capacitação dos pais na UTIN, visita pré-alta e pós-alta, agendamentos rotineiros até a criança completar um ano (BENGOZI et.al., 2010; SANTOS et.al., 2014). O interessante do serviço é que ele desperta a sensibilidade ao caracterizar a equipe deste modo:

[...] Esse seguimento é realizado pela equipe de saúde composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais com a participação dos pais. O projeto busca respeitar a individualidade e necessidades de cada família (SANTOS et.al., 2014, p.1).

Já no hospital das Clínicas da UFMG, os atendimentos são estruturados também através da execução de um projeto, que existe há mais de 15 anos. Os RNs, prematuros assim que recebem a alta, são encaminhados para o ambulatório, onde recebem consultas pela equipe profissional de acordo com suas necessidades. No primeiro ano, as consultas são mensais ou trimestrais, semestrais no segundo e anuais do terceiro ao sétimo ano (ACRIAR, 2015).

No Rio de Janeiro, um projeto de seguimento envolve a universidade, sendo que o seguimento é direcionado às CRIANES que, além de essas serem atendidas por equipe multiprofissional, ações de educação em saúde direcionadas para a família e equipe são realizadas. Isso enfatiza que os saberes e práticas dos familiares contribuem com o cuidado dessas crianças no domicílio (SILVEIRA e NEVES, 2011; OKIDO, 2013).

Já em outros países, como no Canadá, o sistema de prestação de cuidados sociais e de saúde direcionado às crianças com necessidades especiais de saúde é gratuito e descentralizado. Existe uma oferta variada de programas institucionais que asseguram o bem-estar da criança e o repouso, segurança e conforto dos familiares. Eles defendem que a família das CRIANES precisam de um programa que se adapte às suas necessidades. Os serviços primeiramente são definidos de acordo com a expectativa das famílias. As intervenções giram em torno do desenvolvimento das capacidades da criança, da otimização da sua autonomia e são realizadas nos vários lugares de vida da criança, tais como: residência, berçário, escola, centros de lazer ou na comunidade. Esse modo de trabalhar leva em consideração as expectativas da família e a sua realidade (LEAL, CABRAL, PERREAULT, 2010).

Diante desse cenário, das CRIANES e seus familiares e/ou cuidadores e dos profissionais de saúde, o desafio é superar o “desencontro” que opera hoje na lógica do modelo assistencial em nosso país. É uma grande provocação, mas pensar em questões subjetivas que envolvem esse espaço do “encontro” é o que vai contribuir para trilhar um caminho onde existam subsídios sociais, educacionais, financeiros nas políticas. As instituições de ensino, por sua vez, devem estimular o aprendizado de disciplinas relacionadas ao trabalho que enfoque também o olhar antropológico e social nos sistemas de saúde a fim de que haja processos de educação para profissionais e familiares concretos em todo o país. Acredito que, partindo da expectativa do encontro como facilitador do reconhecimento das Necessidades de Saúde e potência para a assistência a CRIANES contribuirá de maneira positiva para a continuidade do cuidado.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

- Analisar, sob a perspectiva dos profissionais, as Necessidades de Saúde de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde e de seus familiares em um ambulatório de seguimento.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório que foi desenvolvido utilizando-se a abordagem qualitativa com o referencial metodológico da dialética. O referencial teórico foi o de Agnes Heller, relacionado às necessidades nas relações sociais.

A pesquisa qualitativa possibilita a investigação nas relações humanas, e estas envolvem pensamentos, comportamentos e as inter-relações (MUNHALL, 1998).

Com isso ela traz o potencial de estudar a história, fenômenos da realidade social, levando em consideração a cultura, as percepções dos atores envolvidos em seu contexto social e as suas conexões. Possibilita aplicar o método e propor estratégias para a melhoria de situações exploradas na pesquisa, apreciar fenômenos e desvendar as respostas a partir do vivido pelos indivíduos na realidade investigada (TRIVINOS, 1987; BRINK, 1988; MINAYO, 2010).

Logo, a pesquisa qualitativa nos permite investigar a subjetividade das relações “no cotidiano, as experiências do senso comum, interpretadas e re interpretadas pelos sujeitos que a vivenciam” (MINAYO, 2010, p.24).

Nesse contexto, a produção do cuidado é permeada pela dialética que nos permite ter um olhar crítico e de apreensão das contradições que surgem da consciência das pessoas em sua realidade objetiva, ou seja, o movimento que o conjunto de elementos (natureza, ser humano e o meio social) que constituem essa realidade produz até se chegar à transformação do fenômeno (KONDER, 1981; MINAYO, 2010).

A contradição está na realidade e uma das formas de se olhar para ela é através das leis da dialética. O que caracteriza essas leis é o olhar sobre o movimento que está no todo, ou seja, nas relações que se constroem na realidade objetiva e que envolve os fenômenos que estão nesse movimento (CHEPTULIN, 1982; TRIVINOS, 1987).

Nesse contexto, a Lei da unidade e da luta dos contrários - lei da contradição- traz que o movimento de interação e transformação da realidade envolve lados opostos, mas que são necessários, e um não existe sem o outro seja em processos

produzidos socialmente nos tipos de propriedade pública seja privada e na relação das pessoas com o meio ambiente (TRIVINOS, 1987).

A contradição nesse processo de identificação das Necessidades de Saúde das CRIANES perpassa por esferas superiores às inferiores e vice-versa e envolve o movimento que há nesse processo do cuidar, no qual também está a relação do familiar e/ou cuidador e profissionais. Dessa maneira, as Necessidades de Saúde englobam diversidades deste universo, o familiar, o profissional, a rede dos serviços de saúde, a rede social.

Neste estudo, o olhar da dialética possibilitou ver as contradições que se revelaram a partir da prática de profissionais que atendem CRIANES no contexto do seguimento ambulatorial, onde essas pessoas em seu ambiente e nas relações que estabelecem em sociedade permanecem em constante transformação.

Nessa lógica, nas relações sociais entre os familiares e/ou cuidadores das CRIANES e os profissionais, o movimento da dialética se faz presente e pode contribuir para que as Necessidades de Saúde se revelem.

4.2 Questões éticas

Todas as fases do estudo foram realizadas, respeitando-se a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo os seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pela câmara do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo A) e em seguida encaminhado ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética-CAAE 42772815.9.0000.5149) (Anexo B), e posteriormente pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Filantrópico (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE 42772815.9.3001.5132). Todos os materiais gerados nessa pesquisa estão arquivados em meio físico e digital pela pesquisadora em local seguro e serão conservados durante cinco anos após o término do estudo.

Para todos os participantes houve a explicação quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE para os profissionais referentes à entrevista (Apêndice B), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE para os profissionais referentes à observação no campo (Apêndice C), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE familiar/cuidador das CRIANES (

Apêndice E) e o Termo de assentimento livre e esclarecido - Crianças até 12 anos de idade (Apêndice F). Na categoria em que havia apenas um único representante, os riscos da sua identificação por outros foram explicitados, mesmo todos os cuidados éticos sendo levados em consideração, a autorização dele para uso do depoimento na pesquisa aconteceu após a assinatura do Termo de Uso de Depoimento (apêndice D).

4.3 O cenário de realização da pesquisa

O cenário de estudo foi um ambulatório de saúde da criança de um hospital filantrópico de Minas Gerais. A escolha foi encaminhada pelo fato de ser uma instituição que é referência na atenção humanizada ao recém-nascido e à mulher há 37 anos, também por ter sido cenário de pesquisas anteriores desenvolvidas por pesquisadores do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem- NUPEPE referentes a essa temática.

O ambulatório de seguimento está localizado na região noroeste de Belo Horizonte e encontra-se a aproximadamente 12,3 Km da Sede do hospital Filantrópico. Funciona em uma casa com oito cômodos com cerca de 247,5 m² e foi adaptada para os atendimentos, conforme representado na Figura 03. Logo na entrada há um portão (01), desse portão até se chegar à recepção há um corredor externo (02), onde existem diversas flores naturais e coloridas que compõem o ambiente. Assim que as pessoas se direcionam à recepção (3), elas podem se deslocar para os outros cômodos (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11,13).

Durante o funcionamento do ambulatório, a secretária é responsável por abrir o portão de entrada, quando acionado o interfone. Na recepção, há oito cadeiras, o balcão da secretária e uma pequena mesa no canto onde fica uma garrafa de café, um pote de biscoito e copos descartáveis para que os familiares e/ou cuidadores que acompanham as crianças possam se servir. Os consultórios são nomeados com nomes de brincadeiras de criança, sendo consultório: Pula-Corda, onde aconteciam os atendimentos de fisioterapia e terapia ocupacional; Amarelinha, atendimentos de pediatria, neurologia, enfermagem e fonoaudiologia; Bolinha de sabão e Bola de Gude.

Há dois banheiros: um que fica no corredor entre os consultórios (8) para uso do público e o outro fica no consultório Bola de Gude (12) para uso dos funcionários.

Nos fundos da casa, tem a copa com uma mesa grande e cadeiras. Este é um lugar que também possibilita que os pesquisadores e residentes possam conversar com os usuários e também conduzir entrevistas em situações de pesquisa. A cozinha fica nos fundos, onde há um frigobar, um microondas que alguns pacientes são orientados pela secretária quanto ao seu uso. Logo na saída da cozinha, há a área externa com bebedouro, onde todos, quando necessitam, bebem água; há ainda uma área descoberta, onde é a garagem que os funcionários utilizam.

Figura 3 - Estrutura do ambulatório



Legenda – Em 1 – Entrada Principal, em 2 – Corredor externo, em 3 – Recepção, em 4 – Corredor, em 5 – Sala Pula Corda, em 6 – Sala Amarelinha, em 7 – Sala Bolinha de Sabão, em 8 – Banheiro do Corredor, em 9 – Copa, em 10 - Cozinha, em 11 – Sala Bola de Gude, em 12 – Banheiro da Sala Bola de Gude, em 13 – Varanda Externa, em 14 – Garagem e em 15 – Entrada da Garagem. Softwares utilizados: Medição: Smart Meansure (versão 1.6 para Android) e Prumo (versão 05.08 para Android); Elaboração da planta: Planner 5D (Aplicativo Web).

O horário de funcionamento do ambulatório é de 7:00h às 17:00h; porém, alguns atendimentos ultrapassam esse horário, chegando a ficar por volta das 17:40 horas, por motivo de acomodar um maior número de crianças na agenda ou pelo maior tempo que alguns atendimentos podem demandar.

Os familiares e/ou cuidadores e as CRIANES são recebidos pela secretária que pergunta sobre a consulta do dia; feito isso identifica o profissional que atenderá e retira-se os prontuários a serem utilizados durante as consultas. A secretária também realiza ligações para os pacientes cerca de cinco dias antes da consulta para confirmar agendamento.

A equipe é multiprofissional e, no momento da coleta de dados, era composta por estes profissionais que tinham uma escala fixa para os atendimentos: um pediatra, dois terapeutas ocupacionais, três fisioterapeutas, um neurologista pediátrico, um fonoaudiólogo e dois enfermeiros. Também havia profissionais que atendiam inter consulta, ou seja, eram chamados somente quando havia alguma situação específica nas consultas realizadas pelos profissionais que demandavam a sua atuação, eram eles: nutricionista, assistente social e psicólogo. Esse contato, quando necessário, era realizado via telefone. Há também, durante os atendimentos, a presença dos residentes da Especialização Multiprofissional em Neonatologia do hospital filantrópico, os quais também compõem a escala quando estão no segundo ano de residência.

Havia atendimento de diversos profissionais durante todo o período de funcionamento, sendo que, na época da coleta de dados, era de acordo com a escala de cada categoria profissional. Nas categorias em que havia mais de um profissional, esses se revezam para o atendimento nos dias da semana e isso era definido em escala de cada categoria em específico, o que foi relatado pelos participantes.

Nas categorias onde havia mais de um profissional; terapia ocupacional, fisioterapia e enfermagem; tais profissionais se revezavam. Durante a coleta de dados, pude notar que trocas entre eles ocorriam. Nas categorias onde havia apenas um profissional, quando este precisava faltar as consultas eram desmarcadas. Segundo os profissionais, eles tentam manter os seus dias de atendimento, para facilitar o vínculo com os paciente. Nos casos onde há só um profissional, como o neurologista, o mesmo atende uma vez por semana, o que

acaba gerando uma quantidade de atendimento em maior número e muitas vezes o intervalo entre as consultas ultrapassavam o período de um mês. A organização do serviço pode implicar no reconhecimento das Necessidades de Saúde pelos profissionais, seja pela dificuldade da criação de vínculo com os familiares e/ou cuidadores das CRIANES e conseqüente perda de informações do dia a dia do cuidado no domicílio e o não reconhecimento de algumas Necessidades de Saúde que se revelam.

Em relação ao critério de atendimento, as consultas são indicadas aos bebês egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e da Unidade de Cuidados Intermediários, nascidos com IG igual ou inferior a 32 semanas e/ou menor que 1500g, crianças nascidas pequenas para a idade gestacional (PIG) , os quais podem desenvolver diagnósticos neurológicos, pulmonares, gastrointestinais, renais e cardiológicos. Toxoplasmose congênita, icterícia, intercorrência na gravidez e no momento de parto e bebês nascidos com anormalidades cromossômicas (SBP, 2012). Por esse ângulo, de acordo com os riscos e as condições individuais é feito o agendamento no momento da alta por profissionais do hospital filantrópico para consultas com: pediatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, fonoaudiólogo. Tais consultas têm agendamento específico de acordo com disponibilidade do familiar/cuidador e a agenda do profissional.

4.4 Os participantes do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais do ambulatório de seguimento às crianças de risco e familiares e/ou cuidadores das CRIANES. A equipe no momento da coleta de dados era composta por profissionais que tinham uma escala fixa para os atendimentos, eram estes: um pediatra, dois terapeutas ocupacionais, três fisioterapeutas, um neurologista pediátrico, um fonoaudiólogo e dois enfermeiros. Também havia profissionais que atendiam inter consulta, ou seja eram chamados somente quando havia alguma solicitação específica nas consultas realizadas pelos profissionais que são fixos no ambulatório, eram eles: nutricionista, assistente social e psicólogo. Esse contato quando necessário, era realizado via telefone.

A população foi todos os profissionais que compunham a equipe de seguimento no ambulatório especialmente para contemplar a diversidade das

categorias profissionais. Os critérios de exclusão foram: profissionais de férias, licenças, atestado e em fase de desligamento da instituição.

O convite para a participação do estudo foi realizado para todos os dez profissionais com escala fixa que atendiam aos critérios de inclusão. Destes, nove foram incluídos no estudo e um encontrava-se em fase de desligamento da instituição e portanto foi excluído do estudo.

Para todos os profissionais houve a apresentação da pesquisa e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B). Na categoria profissional, da qual havia apenas um representante, utilizou-se o Termo de Uso de Depoimento (apêndice D).

Em relação aos familiares e/ou cuidadores das CRIANES o critério de inclusão das observações foi de acordo com as categorias profissionais responsáveis pelo seu atendimento garantindo que todas as categorias fossem contempladas.

4.5 Técnica e os instrumentos da coleta de dados

4.5.1 Entrevista com roteiro semi estruturado

A entrevista na pesquisa qualitativa permite que o investigador se torne íntimo do objeto pesquisado e para isso traz no processo de comunicação a fonte para se ampliar, aprofundar e fazer emergir dados e informações sobre a problemática da pesquisa. Nesse sentido, a entrevista é um ponto crucial por meio da qual o entrevistador, com perguntas semiestruturadas, vai ao encontro do entrevistado, momento em que se espera a reflexão, a desconstrução e, ao mesmo tempo, a construção dos pontos de vista que ali se encontram no diálogo. MINAYO (2010, p.190) considera que a entrevista "visa a compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos/objetos da investigação".

O instrumento da entrevista revela questões que devem ser conduzidas com cuidado pelo pesquisador em campo, pois a presença deste pode interferir nas respostas dos entrevistados e o constrangimento desses em ter as informações que fornecerão gravadas. Desse modo, o entrevistador deve sempre fazer o exercício de se distanciar dos julgamentos e valores dele. Outra barreira é em relação ao

caráter político e social que a pesquisa representa e pode gerar uma aceitação difícil quanto à investigação qualitativa na instituição (GOLDENBERG, 2007; TURATO 2011).

Desse modo, a escolha de um roteiro semiestruturado permite que, durante a entrevista, muitas perspectivas sejam exploradas com o intuito de gerar uma liberdade, enriquecendo a investigação (TRIVINOS, 1987).

O roteiro semiestruturado foi elaborado (Apêndice A) a partir da operacionalização das Necessidades de Saúde elaborada por Matsumoto (1999). Essa formulação partiu de uma perspectiva antropológica, considerando-se as dimensões biológicas, sociais e ambientais em que o indivíduo estava inserido, resultando em uma taxonomia que contextualiza a prática e a teoria com o olhar da dialética composta por quatro categorias: As necessidades de boas condições de vida; a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, a necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe e por fim a necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida" (Matsumoto, 1999).

Diante disso, Matsumoto (1999) possibilita uma articulação da teoria à prática, e, segundo a autora pode ser aplicada a diferentes situações de cuidado, desde que contextualizada e considerando a dialética presente no individual e social.

Portanto, para esta pesquisa a formulação das perguntas para a entrevista semiestruturada foi orientada por esta taxonomia, seguindo-se a recomendação da autora de contextualização. Ela foi utilizada para a coleta de dados com os profissionais do ambulatório que realizam o seguimento das CRIANES com o intuito de compreender como estavam sendo identificadas e reconhecidas as Necessidades de Saúde de familiares e/ou cuidadores de CRIANES por profissionais no ambulatório.

4.5.2 Observação de campo

A observação faz parte da vida de todos nós, com isso todos somos observadores, mas a rotina do dia a dia faz com que nos deixemos levar pelas regras impostas pela sociedade e os acontecimentos sociais se tornam automáticos. De acordo com Spradley (1980), existem dois tipos de observadores: o chamado

participante comum e o observador participante.

Em sociedade, somos automaticamente moldados por regras, assim é o participante comum; já o observador participante será o que vai investigar o participante comum, partindo de duas finalidades: a primeira é saber o porquê da situação investigada e a segunda é como investigar (SPRADLEY, 1980).

Dessa feita, a complexidade da vida social traz para o observador o papel de observar os detalhes para que esses não passem despercebidos pela sua mente. O olhar sobre a vida social é um olhar ampliado, segundo o qual o observador participante terá uma gama de informações. Neste estudo, o olhar foi para o reconhecimento e identificação ou não das Necessidades de Saúde de familiares e/ou cuidadores de CRIANES por profissionais no momento do encontro, ou seja, nas consultas no ambulatório (SPRADLEY, 1980).

Nesse sentido, o exercício de olhar para dentro de si nas diversas experiências que vivenciamos é a chamada introspecção. O observador participante se torna ferramenta da sua pesquisa, pois vai desenvolvendo o seu senso de introspecção para que desenvolva o olhar aprofundado sobre os fenômenos sociais (SPRADLEY, 1980; MINAYO, 2010).

Segundo Spradley (1980), há tipos de observação participante que dependem do grau de envolvimento do pesquisador na situação, seja um alto grau de envolvimento, baixo seja o não envolvimento. Para esta pesquisa utilizou-se a participação passiva, na qual o observador interage, de maneira cautelosa nas situações sociais e busca o seu lugar. Esse tipo de observação acontece em lugares públicos. O observador, durante o processo, vai ganhando o seu espaço e conversando com as pessoas. Neste estudo, utilizei esse tipo de observação, abordava as famílias, conversava, explicava o motivo da observação, que eu iria acompanhar a estada delas no local, incluindo momento de entrada, consulta e saída. Para isso também interagi com a secretária e demais funcionários do ambulatório. Consegui me inserir naquele espaço e, aos poucos, fui fazendo parte da rotina.

Devido a essa característica da observação passiva, desenvolvi também estes tópicos que serviram de guia para auxiliar esse processo de observação:

- ✓ **Momento de chegada ao ambulatório:** Familiar e/ou cuidador e CRIANES a

serem observados (descrever os primeiros passos no ambulatório, interação da criança no ambiente, quem procurou, se assentou, está agitado, encontra-se impaciente ou tranquilo, conversando com outras famílias, procurou a secretária, foi ao banheiro);

- ✓ **Momento da consulta:** intervenções que o profissional realiza o diálogo, a apreensão do profissional para as necessidades da família e da criança; olhar holístico;
- ✓ **Ao final:** se foram embora, procuraram secretária, aguardam transporte, vão ao banheiro, se vão à cozinha. Trata-se da síntese da observação com as impressões do observador de acordo com o objetivo proposto do projeto.

Para o registro das observações foi utilizado o diário de campo. O registro foi feito a partir do momento que o familiar e/ou cuidador das CRIANES, entrava no ambulatório, durante a consulta e seu momento de saída. Toda a observação de campo era registrada nas primeiras 24 horas após a sua realização.

Então a observação desta pesquisa foi a trajetória do familiar no dia da consulta de seu filho, com maior intensidade no momento do atendimento realizado pelos profissionais.

A observação permite um movimento de “entranhar” sobre o espaço físico e em todos os atores que estão ali presentes, sendo que cada segundo demonstrará algo a ser observado e como o eu de observador e observado estará neste contexto social (Schwartz e Schwartz, 1995). O momento da consulta trouxe a participação de cada um naquele espaço e, ao final, o meu olhar de observadora sobre a situação, sobre o outro e sobre o fenômeno. Neste caso, o reconhecimento das Necessidades de Saúde pelos profissionais de CRIANES e suas famílias atendidas no seguimento foi se revelando.

4.6 Vivência no campo: passos do estudo

4.6.1. Primeiro passo- Adequação do instrumento de coleta de dados

A vivência no campo se iniciou com a elaboração das perguntas que norteariam a entrevista e a elaboração do roteiro de campo (Apêndice G). Em sua versão inicial, havia descrito na parte metodológica que seria construído o fluxograma analisador, que seria uma estratégia que nortearia para o processo de

trabalho em saúde e para as tensões existentes no dia a dia de trabalho. Considerando que as Necessidades de Saúde envolvem não só a questão do processo de trabalho, mas a dimensão desta com o familiar e/ou cuidador e as CRIANES e o contexto em que estes vivem, no campo, percebi que a relação que o cuidar traz permeia sobre esta temática, optei pela investigação com a observação de campo e entrevista com os profissionais, na qual o olhar sobre o reconhecimento das Necessidades de Saúde pelos profissionais poderia ou não influenciar a adesão ao seguimento ambulatorial.

Em seguida, fui verificar a adequação do instrumento ao objetivo proposto e os seus pontos potenciais. Realizei uma entrevista com o instrumento já formulado com um profissional que atuava no seguimento à criança de risco de outro serviço e já havia composto a equipe do cenário de estudo. A entrevista foi agendada e eu estava disposta a avaliar e adequar o instrumento, se necessário fosse. Após a realização da entrevista, eu a transcrevi, informei também ao participante que ele poderia ter acesso à transcrição e discutir comigo sobre a entrevista, ele foi muito receptivo na abordagem. Em discussão com a orientadora sobre os dados obtidos, concluímos que as perguntas ofereciam possibilidades de atender ao objetivo definido para o estudo e a necessidade de acrescentar uma pergunta como auxiliar na questão número quatro para oferecer outras perspectivas em relação à temática abordada. A pergunta era: na sua opinião, quais Necessidades de Saúde você consegue ou não atender no contexto do ambulatório? E a pergunta adicional era: o que você acha que o cuidado as crianças atendidas neste ambulatório deve contemplar/envolver? Outro ponto que pude aprimorar com a pré-entrevista foi um trecho do TCLE, que conceituava as CRIANES, o qual foi reescrito com maior clareza para os participantes.

4.6.2 Segundo passo- Encontro com a coordenadora do ambulatório

Em reunião, fui apresentar à coordenadora do ambulatório o projeto e planejar o início da coleta de dados. Na ocasião, ela foi informada sobre os procedimentos de coleta de dados e, conforme solicitou, encaminhei uma cópia do projeto para então dar início à coleta de dados.

4.6.3 Terceiro passo- Convite aos profissionais

Comecei a terceira fase, indo ao ambulatório para verificar os horários de atendimento de cada profissional, para me organizar quanto à apresentação da pesquisa a eles e como faria com as observações. A prioridade seria convidar o profissional para o estudo e apresentar a pesquisa. No momento do convite, apresentei a pesquisa para cada uma das profissionais individualmente e prestei esclarecimentos quanto aos objetivos, a entrevista semiestruturada e as observações de campo. Nessa oportunidade, fizemos a leitura e esclarecimentos quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B) para os profissionais.

Para as participantes cujas categorias profissionais da qual faziam parte possuíam apenas um profissional atuando no ambulatório, foi explicado o Termo de Uso de Depoimento (apêndice D). Consentido a participação, as assinaturas já foram recolhidas no momento. Não houve recusa de nenhum profissional, ao todo foram abordados dez profissionais, sendo que um foi excluído por, no momento da coleta, estar cumprindo aviso prévio para desligamento da instituição.

4.6.4 Quarto passo- Realização das observações de campo e entrevistas

A quarta fase foi a realização da entrevista semiestruturada e as observações de campo. Em relação às entrevistas, com alguns profissionais ela foi agendada e, em alguns casos, como havia disponibilidade dos profissionais, as entrevistas foram realizadas imediatamente após a apresentação da pesquisa.

Como a entrevista semiestruturada pode trazer questões que poderiam constranger o entrevistado, eu tentei ao máximo amenizar os constrangimentos dos participantes, quanto à gravação da entrevista, conversando com eles e explicando-os que todo o rigor seria mantido e que as mesmas seriam transcritas por mim, e seus nomes não apareceriam, o que levou à tranquilidade os entrevistados.

Para a confiabilidade desta pesquisa, foi observada a qualidade do registro de todos os documentos. As notas de campo foram tomadas no diário de campo e este também foi utilizado para fazer registros das observações de campo e anotações relacionadas ao dia a dia no campo. As notas antes e após as entrevistas, que foram padronizadas por datas dos acontecimentos e trechos que se destacaram continham

a palavra observação: para introdução da nota, isso foi realizado todos os dias da coleta de dados (FLICK, 2009).

Ainda para garantir confiabilidade, todas as entrevistas foram norteadas pelo mesmo roteiro e gravadas pelo mesmo dispositivo eletrônico (gravador de voz Sony digital ICD-PX312), sendo que todas as entrevistas foram realizadas em locais tranquilos, longe de aglomerações, nos próprios consultórios do ambulatório e avisávamos à secretária que estava havendo a entrevista, pois caso alguém quisesse entrar no consultório, já era informado por ela para não interromper.

Todas as entrevistas foram transcritas por mim, com o uso do software AIMP3 Enjoy the music v.3.60 versão para Windows, utilizei recursos desse programa como o agrupamento dos áudios por um ficheiro, funções de diminuição ou avanço da velocidade do áudio, pausas e salvar quando a transcrição ainda não estava completa. Para a padronização da digitação no Word Office 2013, utilizei símbolos (Anexo C) relacionados a expressões de entonação, repetição de vogais, de acordo com o proposto por Manzini (2002).

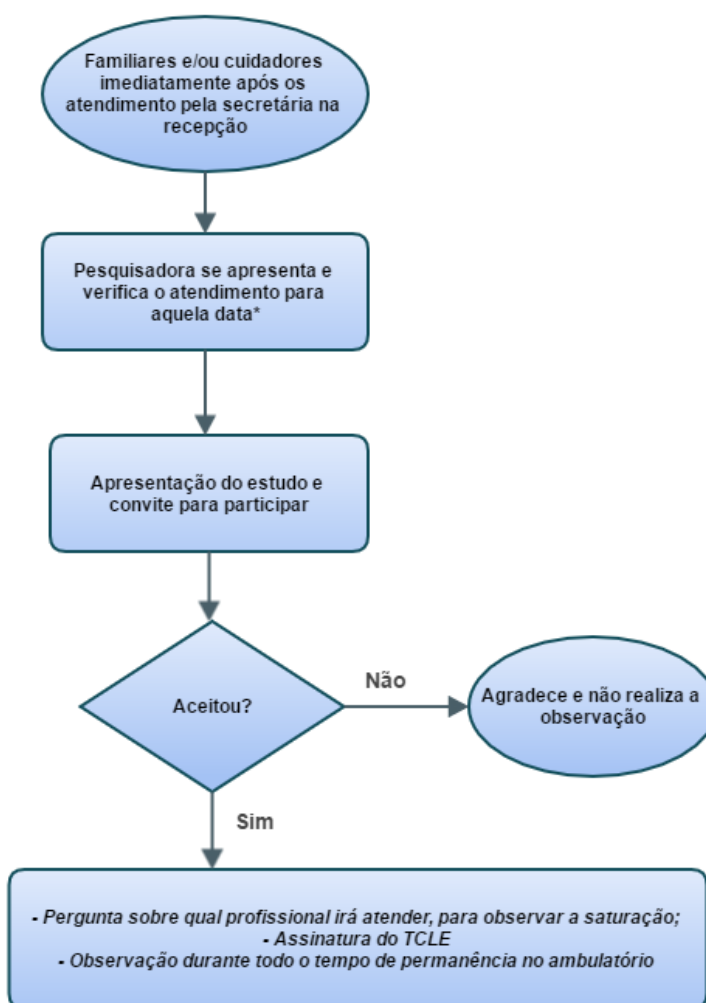
Todos os dias da coleta, busquei viver aquela realidade, ver o que ela estava me apresentando, o que poderia ajudar ou não a responder a minha questão de investigação. Possibilita, assim, ter em mente as diversas perspectivas sobre a realidade estudada, pois a pesquisa visa à apresentação da realidade e não à reprodução dela (FLICK, 2009).

A realização das observações de campo no ambulatório foi com o intuito de vivenciar o encontro do profissional com o familiar e/ou cuidador das CRIANES. Segundo Minayo (2010), a observação durante a pesquisa qualitativa permite o olhar sobre o conjunto do espaço, tempo e acontecimento, o que leva à captação dos aspectos da realidade. Essa etapa de observação (fluxograma apresentado na Figura 04) aconteceu concomitante com a realização das entrevistas, sendo que o convite e assinatura dos TCLEs já tinham sido realizados aos profissionais. No campo, primeiramente, eu abordei cada familiar e/ou cuidador no momento de chegada ao ambulatório, sempre esperava todos se acomodarem para espera do atendimento e, em seguida, abordava-os para explicação da pesquisa e da observação dela e da criança durante todo o tempo no ambulatório. Então eu lia em conjunto com o familiar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

familiar e/ou cuidador das CRIANES (apêndice E) e o Termo de assentimento Livre e Esclarecido- para crianças até 12 anos (apêndice F). Consentida a participação após a explicação e assinatura do termo, a observação dava-se início e era encerrada com a sua saída do ambulatório. Foram convidados 50 familiares e/ou cuidadores para a observação, destes 46 aceitaram a participar, as observações aconteceram no período de 25/05/2015 à 24/07/2015. As recusas não foram justificadas.

Além disso, notas no diário de campo foram tomadas. Nos primeiros dias em campo, o meu olhar estava sendo para questões pontuais do atendimento, exemplo, como se o profissional perguntava sobre o cartão de vacina, banho. Porém, em discussão com a orientadora, vi a necessidade de aprofundar mais o olhar para o meu objeto de pesquisa que eram as necessidades de saúde. Dessa forma, aprimorei, a cada dia, a observação e passei a descrevê-la segundo pontos chaves em meu diário de campo, até o momento em que verifiquei que novos dados não mais estavam sendo acrescentados às observações. Após a leitura de todas as observações por mim e pela orientadora, definimos pela interrupção da coleta de dados ao verificar repetição de comportamentos, situações tanto em seu conjunto quanto em relação a cada uma das participantes observadas.

Figura 4 - Fluxograma da observação de campo



Fonte: Produção do próprio autor

O período de observação foi flutuante e de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Para finalizar, me deparei com alguns desafios de algumas situações com as quais já havia me defrontado no dia a dia do serviço no ambulatório, tais como: escala dos profissionais, muitas vezes eram residentes que atendiam; na categoria profissional de fonoaudiologia, a profissional estava cumprindo aviso prévio e, às vezes, ocorria mudança de dia de atendimento.

4.6.5 Quinto passo- Validação da pesquisa

O processo de validação externa na pesquisa qualitativa se torna relevante ao permitir que os atores expressem os seus pontos de vista através da realidade, mas não deixando de apresentar fatos que elucidam situações desafiadoras nos campos onde ocorrem as investigações. Outra questão é o compromisso ético e social da pesquisa de permitir que essa comunicação aconteça com os participantes (FLICK, 2009).

Nesta pesquisa, critérios de validação chamados internos foram observados e atendidos, como a transcrição, seguindo o mesmo programa, mesma padronização de símbolos.

Para a validade interna buscou-se atender os critérios de credibilidade com a discussão das entrevistas com a orientadora para certificar de que o entendimento e interpretação em relação ao objeto de estudo estavam adequados. Para atender ao critério de confiança as entrevistas e observações foram codificadas também por uma pesquisadora externa e a orientadora. Verificou-se, assim, a coincidência das codificações, bem como a validação dos agrupamentos para a conformação das categorias pela orientadora, agora buscando a questão da validade (FLICK, 2009; OLLAIK e ZILLER, 2012).

A validação externa, é realizada com a finalidade de apresentar e se fazer parte também do processo de análise os participantes da pesquisa. O que confere maior autenticidade dos dados, pois esses serão validados pelos atores da pesquisa. Nesse sentido, busca-se a interpretação do texto por ambas as partes, pesquisador e participantes. Isso permite a discussão, posicionamento, discordância sobre o objeto estudado, nesse caso as N.S (FLICK, 2009).

Ainda nessa perspectiva, Campos (2011) evidencia que a reapresentação do material aos sujeitos da pesquisa para validação é um dos meios de se realizá-la. Nesta pesquisa, para validação externa foi proposto: discutir com cada participante individualmente a transcrição e a síntese dos resultados através de apresentação dos resultados empíricos.

Para realização dessa validação, retornei ao ambulatório e mais uma vez pedi a colaboração dos participantes para essa etapa e convidei todos individualmente por meio de uma carta convite (Apêndice H), na qual explico a etapa e para garantir

sigilo da transcrição impressa que iria ficar com eles solicitei que assinassem o termo de responsabilidade com o material da pesquisa (Apêndice I). Ao explicar para eles da validação entreguei a transcrição na íntegra para leitura por eles no prazo mínimo de um dia e máximo de dez, eu retornaria no dia que fosse viável para discussão e apresentação dos resultados. Nesse momento do convite e entrega da transcrição, já agendava o retorno para a apresentação, isso foi realizado com cada participante individualmente. No retorno, levei a apresentação (Apêndice L) em um tablet para facilitar a visualização e segui o roteiro que formulei para validação externa (Apêndice J) com questões que lhes permitiam argumentar sobre o que foi exposto. Notas foram tomadas no diário de campo.

Quadro 1 - Número de entrevistas realizadas por categoria profissional e o número total de observações, duração média das entrevistas e tempo médio e total de observações e páginas do diário de campo.

Nº de entrevistas realizadas	10
Nº de entrevistas excluídas	01
Tempo Médio das entrevistas(minutos)	22,2 min
Nº de observações realizadas	46
Tempo médio das observações(minutos)	46,5 min
Tempo total das observações(minutos)	1.802 min
Diário de campo	110 pág.

Fonte: Produção do próprio autor

4.7 Análise dos dados

Os dados registrados no diário de campo das observações e as entrevistas gravadas e transcritas foram analisados segundo a análise de conteúdo temática

proposta por Bardin (2011). Esse tipo de análise permite que o pesquisador explore os seus achados de maneira profunda e coerente com o objetivo a que se levaram todos os achados com as observações e entrevistas semiestruturadas. “A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações...e procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (BARDIN, 2011, p.37; MANZINI, 2012).

Para isso há regras que conduzem a análise e o analista é a ferramenta principal, pois irá fazendo o seu caminho de acordo com os seus achados seguindo os critérios da análise (BARDIN, 2011).

Os dados obtidos foram organizados de acordo com três fases: a pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados com a inferência e interpretação.

4.7.1 A pré análise

Na pré análise, realizei a leitura flutuante do material (entrevistas e observações de campo), e fiz por três vezes a leitura completa de cada entrevista e observação de campo. Procurei as expressões repetidas, vícios de linguagem, denominei todos os serviços que apareceram de acordo com a natureza e os nomes dos participantes foram substituídos por nome fictícios (quadro 03), garantindo assim o anonimato. Isso foi realizado com o propósito de começar a tornar operacionais as ideias iniciais, de maneira a conduzir e subsidiar as etapas que se seguiram.

Com essa leitura houve a constituição do *corpus* que, segundo Bardin (2011), é o conjunto dos documentos obtidos em conta para serem submetidos aos procedimentos de análise. E para a constituição desse corpus foram observadas estas regras:

- exaustividade: todos os documentos sem exceção são submetidos à leitura completa e repetitiva;
- representatividade: a amostra sendo representativa do universo e rigorosa, nesse caso a amostra, foi a totalidade dos profissionais do ambulatório;
- homogeneidade: documentos homogêneos que obedeceram a critérios preciosos, de organização, relatos, roteiros planejados e transcrição;
- pertinência: os documentos escolhidos devem estar de acordo com o objeto, levando às descobertas da análise (BARDIN, 2011).

Quadro 2 - Nomes fictícios dos participantes

Profissional	Nomes Fictícios
Enfermeira 1	Isabela
Enfermeira 2	Celina
Terapeuta Ocupacional 1	Mariana
Terapeuta Ocupacional 2	Alice
Fisioterapeuta 1	Beatriz
Fisioterapeuta 2	Lívia
Fisioterapeuta 3	Júlia
Neurologista	Helena
Pediatra	Bábara

Fonte: Produção do próprio autor

4.7.2 A exploração do material

Nessa fase, após a leitura exaustiva, comecei a marcar as ideias centrais das entrevistas e observações de campo para começar a codificação, que foi uma transformação dos dados brutos do texto para atingir a representação do conteúdo. Nessa codificação, foi utilizada a unidade de registro, o tema. Segundo Bardin (2011):

“...a unidade de registro é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura... é geralmente utilizado para estudar as motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e de tendências. O tema, enquanto unidade de registro corresponde ao recorte do sentido.”(Bardin, 2011, p.135).

Em relação aos participantes das observações de campo (familiares e/ou cuidadores e as CRIANES) , para a codificação foi substituído o nomes das mães por M seguido do número da observação (M1, M2, M3...), quando havia o pai o código era a letra P (P1, P2, P3 ...) ou outro cuidador o código era a letra C (C1, C2,

C3...) e os filhos pela letra F (F1, F2, F3...).

Feito isso, realizei o recorte dos temas e fui agrupando de acordo com o que eles tinham em comum e, partindo dos blocos formados, surgiram as categorias empíricas do estudo. Sendo quatro categorias, que estão representadas no quadro 04:

Quadro 3- Categorias empíricas do estudo

Categoria 01	As diferentes dimensões das Necessidades de Saúde sob as perspectivas dos profissionais no serviço de seguimento
Categoria 02	Necessidades de Saúde e o contexto social das CRIANES
Categoria 03	Interações entre profissionais, familiares e CRIANES no contexto do ambulatório
Categoria 04	O momento do encontro entre familiar e/ou cuidador das CRIANES e profissionais: Necessidades de Saúde que se revelam

Fonte: Produção do próprio autor

Tive o propósito de colocar as situações observadas para complementar as categorias empíricas encontradas.

4.7.3 O tratamento dos resultados: inferência e interpretação

Nessa fase, houve o tratamento dos resultados codificados e agrupados por temas nas quatro categorias elucidando o que a pesquisa encontrou e discussões com dados existentes na literatura nacional e internacional.

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 As diferentes dimensões das Necessidades de Saúde sob as perspectivas dos profissionais no serviço de seguimento

Esta categoria possibilitou apreender o reconhecimento das Necessidades de Saúde pelos profissionais através dos relatos e observações de campo. Eles trazem para o contexto de seus atendimentos dimensões das Necessidades de Saúde que fazem parte da operacionalização proposta por Matsumoto, quais sejam: as necessidades de boas condições de vida; a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; a necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe; e a necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida.

As necessidades de boas condições de vida são as relacionadas ao meio ambiente e a influência que este traz para as condições de vida das pessoas na sociedade. Nos relatos, as participantes mencionaram que as Necessidades de Saúde são constituídas pelo saneamento básico, a alimentação e moradia. Elas ampliam essa discussão com questões que envolvem o cotidiano em que as CRIANES vivem, como se refere Mariana e Alice:

[...] Oh saúde pra mim foi até na residência que eu formei mais o conceito assim de saúde, sabe, que não é só não estar doente, acho que saúde envolve 'o bem estar, envolve educação é saneamento básico, então acho que as Necessidades de Saúde são todas essas coisas que fogem né, dessa condição que seria falta de saneamento básico, falta de estrutura familiar, sociocultural e a falta da saúde mesmo, que são os acometimentos de saúde, acho que seriam essas as necessidades de saúde.' (Alice)

Bem eu estou entendendo que é aquilo, são coisas necessárias para que se tenham mantenha saudável o indivíduo, né seja alimentação, é um acompanhamento de qualidade, é moradia, acesso aos serviços, bem estar.(Mariana)

Alice traz a relação das Necessidades de Saúde com o conceito de saúde. Porquanto indica que a falta de saneamento básico, falta de estrutura familiar, sociocultural, seriam Necessidades de Saúde da população. Para isso, utiliza-se

como referência do conceito de Saúde da Organização Mundial de Saúde (1948)¹ e apresenta aspectos que são determinantes para a condição de saúde dos indivíduos como 'falta de estrutura familiar e sociocultural'.

Ao indicar esses aspectos, as participantes destacam questões que vão além do paradigma do modelo biomédico, pautado em aspectos fisiológicos e de diagnósticos. Quando se trata do reconhecimento das Necessidades de Saúde relacionadas às boas condições de vida o olhar para o contexto social possibilita o fortalecimento na prática de trabalho para a apreensão ampliada da realidade das pessoas (SEGRE e FERRAZ, 1997; SILVA, et.al., 2014).

Evidencia-se um reconhecimento pelos profissionais de Necessidades de Saúde das CRIANES em relação à garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida e as orientações oferecidas aos cuidadores como um caminho para dar-lhes visibilidade e também de atendê-las:

[..]n-e-c-e-s-s-i-d-a-d-e, a maioria eu acho que orientação mesmo da mãe que as mães são muito perdidas. Orientação quanto a necessidade de vitamina, de sulfato ferroso, de estímulo ao desenvolvimento da criança, as que tomam medicação da importância da medicação, da medicação, as que precisam de exames, muitas vezes não se consegue na rede, as vacinas em dia, acho que seria isso. (Bárbara)

As tecnologias de acesso que melhorem e prolonguem a vida interferem no reconhecimento das Necessidades de Saúde, pois são as relacionadas ao subjetivo das pessoas quando vão ao serviço de saúde com suas necessidades, que podem ser sentidas ou não pelos profissionais. Tais tecnologias são: tecnologias duras (são as que possibilitam os diagnósticos e posteriores intervenções, tendo o predomínio das máquinas); as leve duras (que estão no dia a dia dos atendimentos, configurando-se na interação dos conhecimentos técnicos e científicos dos profissionais com os saberes do familiar e/ou cuidador das CRIANES) e, por último, as tecnologias leves (que são o vínculo, a escuta ativa, a confiança e o afeto nas relações). A partir do relato de Bárbara e utilizando-se da conceituação de Merhy sobre as tecnologias de saúde, verifica-se a importância que as diferentes

¹ A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (OMS, 1948).

tecnologias possuem para a apreensão e atendimento as Necessidades de Saúde da criança, como a tecnologia leve contida nas orientações realizadas em relação ao cuidado, ao uso de medicações e estímulos para o desenvolvimento das crianças no domicílio. A tecnologia leve dura que seria atender a Necessidades de Saúde representada pelo exame, a rede de serviços apresenta dificuldade para ofertar para a família, sendo uma Necessidades de Saúde não operacionalizada (MERHY e FRANCO, 2003; CECÍLIO, 2011; CECÍLIO e LACAZ, 2012).

A participante também refere as orientações “comuns” ao serviço, como diz que a mãe já pode vir com a necessidade de orientações de suplementação com vitaminas, uso de sulfato ferroso, para a realização de estímulo ao desenvolvimento da criança, o que caracteriza “demanda de saúde”. As demandas são o que os serviços estruturados podem oferecer, como a consulta e o consumo de medicamentos. As necessidades de saúde ultrapassam as demandas (CECÍLIO, 2006; BARROS e CHIESA, 2007). A questão das demandas de saúde nos instiga a reflexão de que nos serviços de saúde os profissionais estão moldados para a oferta de ações padronizadas a reconhecer as demandas e não as Necessidades de Saúde. O que aponta uma preocupação na operacionalização das Necessidades de Saúde e conseqüentemente no olhar sobre a integralidade no cuidar das CRIANES.

O uso da tecnologia leve contribui para a criação do vínculo na interação entre o profissional e familiar e/ou cuidador das CRIANES, colaborando para a apreensão das Necessidades de Saúde. Neste relato, Helena apresenta uma situação dessa interação:

[...]esse menino já tem seis anos, é uma paralisia cerebral gravíssima, tem epilepsia assim que eu não consigo resolver, não tem jeito. Agora com anticonvulsivante se eles tivessem grana, até poderia ajudar, mas eles não tem dinheiro nenhum. E é uma mãe menina, filho único dela, foi prematuro, teve leucomalacia periventricular, e ela fala “ai Helena ele olha pra mim” ele não entende nada, ele tem uma epilepsia HORROROSA, e a mãe menina mas é um cuidado com ele, mas é uma coisa assim, É UM CARINHO com esse menino, e ai ela vem, tudo que você PEDI pra ela faz, se você pedir pra ela IR NA CHINA ELA VAI sabe, e assim eu não tenho mais nada pra oferecer pra ela, mas O QUE EU PEÇO ela faz. O filho tem seis anos, ela já trouxe muito isso né, já trouxe muita dúvida, na verdade ela é uma pessoa mais esclarecida apesar de tudo , apesar de pobre, ela é , então ela trazia muitas dúvidas, até por ser esclarecida, ainda traz

algumas , mas são dúvidas que por ser mais esclarecida, são dúvidas mais técnicas e a gente consegue resolver né[...] e então ela não tem muito mais ESPERANÇA sabe porque ela vê que não melhora, antes ela trazia essas esperanças hoje ela traz algumas angustias, ela divide isso comigo, antes ela trazia as esperanças. Hoje ela já traz, mas ela AMA o filho dela de qualquer forma, mas ela traz mais essas angustias pra mim sabe...eu acho que isso é necessidade dela. É importante pra ela também o menino é a vida dela, a vida dela é ele, ela vive ele 24 h-o-r-a-s por dia, ela respira o filho dela. (Helena)

Esse relato representa a relação de vínculo que foi se construindo com a profissional, na qual a mãe traz suas esperanças e angústias e divide com a profissional, que escuta e tenta ser um apoio para questões que significam muito para vida dessa cuidadora, como ter o sentimento de que o filho tem percepção da presença dela. Isso demonstra que, pelo vínculo criado, os familiares têm a confiança de dividir o que acontece no seu dia a dia. Isso é significativo para a família, que vai construindo autonomia através dessa relação para o cuidado das CRIANES de acordo com suas situações de risco ou patologias. E realmente expressam o que acontece em seu dia a dia, como os desafios do cuidado com o filho.

Em relação à categoria da necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida, as participantes trazem em seus relatos questões que podem contribuir para apreensão das Necessidades de Saúde, Celina e Beatriz dizem:

[...] pra mim Necessidades de Saúde é a necessidade que o indivíduo tem de um bem estar consigo mesmo, mental, fisiológico, familiar, é pra atender é uma qualidade de vida que ele queira ter.... pessoa está se sentindo bem mesmo, em relação com o seu corpo com as suas necessidades fisiológicas, com seu é, com seu psicológico também, é por exemplo, não estar doente, é eu acredito que seja uma necessidade de saúde de estar saudável. (Celina)

[...] é o que a pessoa precisa para se manter bem sabe? Em todos, em todas as áreas, então, Necessidades de Saúde é o que a pessoa precisa, o que ela sente que ela precisa pra ficar bem... acho que as necessidades deles mesmo é, saber como que a criança tá, se tá bem, e acho que, os prematuros são os que mais tem aderência nas consultas porque, 'porque eles acabam que eles ficaram muito tempo internados tal, então a mãe começa a ter um tanto de dúvidas em

relação àquela criança ao desenvolvimento, se vai andar, se vai falar, se vai fazer, tudo que precisa fazer naquela idade, então acho que os prematuros eles, as mães mostram precisar mais né, dos serviços do que algumas outras assim, acho que elas tem mais interesses em saber como que o filho está, então acho, que a demanda aqui é mesmo saber se o filho está bem depois que ele teve alta, se ele mantém bem depois que ele teve alta.' (Beatriz)

Quando Matsumoto propõe a discussão da autonomia na escolha do modo de andar a vida, está trazendo a visão que o ser individual faz suas escolhas em relação à vida e ao seu estado de saúde. Para que se construa a autonomia a consideração do profissional sobre esse modo de andar a vida se faz necessário. A autonomia apresenta duas características complexas que são: a relativa e a relacional. Relativa se refere às características individuais de cada pessoa e que na relação entre pacientes e profissionais ambos devem expressar sua voz considerando o respeito, as diferenças, expectativas e necessidades. Assim, a relação com o profissional passa a ser um meio para construção dessa autonomia dos sujeitos, contribuindo para que todos se tornem mais reflexivos, críticos, conscientes e responsáveis pela sua saúde (SOARES e CAMARGO, 2007).

Nesse contexto, corroborando com essa questão da autonomia, Campos e Campos (2006) afirmam que, quando o processo trabalho em saúde é permeado pela autonomia, existe a co-construção do cuidado permeada pela capacidade de reflexão das pessoas. A construção da reflexão pelos trabalhadores e usuários é permeada pela relação de independência, mas também de dependência e na saúde ela é influenciada pelo processo de trabalho. Heller (2000) assevera que o homem individual, mesmo sendo suscetível à manipulação social se desenvolve como indivíduo por ter sua liberdade e possibilidades de liberdade, o que lhe proporciona caminhos para desenvolver sua autonomia. Sendo assim, no ambulatório de seguimento a autonomia vai se materializar na figura do cuidador e/ou familiar e Celina relata elementos como: "pessoa está se sentindo bem mesmo, em relação com o seu corpo com as suas necessidades fisiológicas, com seu é, com seu psicológico também", que vão contribuir para construção da sua autonomia no seu modo de andar a vida, bem como no "autocuidado" do seu filho.

Sob o prisma, o cuidar permeou as práticas dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, contribuiu para o reconhecimento das Necessidades de Saúde

que foram se revelando através da operacionalização proposta por Matsumoto. No contexto do ambulatório, toda essa operacionalização aconteceu mediada pelos seus cuidadores. As práticas no processo de trabalho permeadas pelo cuidar possibilita a apreensão das Necessidades de Saúde. Como refere Isabela:

[...] eu entendo que, é a questão de alimentação, é a questão de hábitos de higiene, é a questão DE CUIDADOS COM O PRÓPRIO CORPO, não só o corpo físico, mas um cuidado com a mente, um cuidado com o espírito, e que, cada um vai ter a suas necessidades de acordo com o que ele entende, de saúde assim, é o convívio social, tudo isso pra mim faz parte, são necessidades de saúde, é de estar participante numa família, de tá participante numa comunidade é, religiosa, enfim, é tudo isso, acho que a própria questão do trabalho é, pra mim é uma necessidade de saúde, porque tudo que traz, no meu ponto de vista, tudo que traz é, um bem estar, ele está ligado a saúde, então, eu entendo que uma relação é, a busca pela harmonia, nas suas relações com a sua família, com os seus colegas, consigo mesmo, isso pra mim é necessidade de saúde, e não simplesmente o fato de você ter acesso a um serviço de saúde, e não simplesmente é, ter a, você está entendendo, pra mim um pouco, um pouco mais amplo. (Isabela)

Dessa maneira, Isabela elucida perspectivas importantes para o reconhecimento das Necessidades de Saúde das CRIANES ao reconhecer aspectos de harmonia, sociais e espirituais como parte das necessidades de saúde. No contexto do cuidado as CRIANES, considera-se que esse entendimento é profícuo para que aspectos relacionados ao cuidador, que leva para os atendimentos as diferentes situações que envolvem o cuidar das CRIANES, permeadas pela ansiedade e o medo diante do estado de saúde da criança. Isso evidencia o lado das emoções que Agnes Heller aborda como aspectos da individualidade e personalidade do homem (HELLER, 2000).

Dessa feita, ao reconhecerem esses aspectos como parte das necessidades de saúde, as participantes indicam a possibilidade do atendimento as situações enfrentadas pelos familiares no percurso do cuidado às CRIANES. Reconhece-se assim o indivíduo como 'ser genérico e ser particular' como discutido por Heller (2000). A autora considera que todos nós somos *seres particulares*, com nossas características e essências individuais, mas quando estamos em sociedade, no

cotidiano, nos tornamos *seres genéricos*, pois as características sociais e culturais desse espaço exercem influência sobre nossa particularidade. Assim, cada um dos familiares e/ou cuidadores e suas respectivas CRIANES, possuem as suas particularidades e são importantes de serem reconhecidas para o atendimento às suas necessidades e, no contexto de cuidado das CRIANES, eles se tornam genéricos, partilhando as situações semelhantes que vivenciam e também experienciando o novo proposto pelos profissionais.

Nessa perspectiva, Bengozi e colaboradores (2010) descreveram a experiência do atendimento ao prematuro e sua família destacando a importância do olhar sobre as emoções dos pais sendo que estes, no domicílio, apresentam sentimento de tristeza e, ao mesmo tempo, desejam que a criança sobreviva e enfrentam o medo da morte. Esses achados reforçam a importância de reconhecer que as situações e os sentimentos vivenciados por essas famílias podem expressar Necessidades de Saúde. O seu reconhecimento cria oportunidade para que sejam acolhidas e construídas estratégias para o seu atendimento.

Essa categoria permitiu evidenciar que os profissionais de saúde por meio de seus relatos conseguem apreender as Necessidades de Saúde ao elucidarem dimensões que permitiram a operacionalização.

Destaque foi remetido ao cuidar no domicílio e os sentimentos dos familiares e/ou cuidadores das CRIANES, sendo aspectos de atenção dos profissionais no contexto dos atendimentos, evidenciando a relevância dessa dimensão para o reconhecimento das Necessidades de Saúde e como ela compõe o seu modo de andar a vida. Ao se apresentarem sensíveis ao sentido pelos familiares, são criados caminhos para o estabelecimento de vínculos e o fortalecimento de estratégias para apreensão das Necessidades de Saúde.

Essa categoria nos revelou as dimensões que os profissionais apresentaram sobre as Necessidades de Saúde e que permitiu evidenciar também o olhar sobre os sentimentos nas relações estabelecidas, o que Agnes Heller evidencia como potência nas relações dos *indivíduos particulares e genéricos* e que possibilitou a apreensão das Necessidades de Saúde pelas participantes (HELLER, 1974).

Ao produzir essa discussão teórica de Necessidades de Saúde para o campo da saúde e propor a operacionalização no sentido de que as dimensões das Necessidades de Saúde, ganhem concretude e expressão nas práticas cotidianas

do serviço, Matsumoto (1991) e Matsumoto e Cecílio (2006) trouxeram a sistematização das Necessidades de Saúde com elementos que permitem a sua aplicação no campo da saúde.

Assim, a apreensão sobre as Necessidades de Saúde são individualmente sentidas, biológica e socialmente determinadas (MATSUMOTO 1999). Logo, as diversas dimensões que as participantes tiveram sobre as Necessidades de Saúde abarcaram essas características que estão presentes no cotidiano do familiar e/ou cuidador das CRIANES, evidenciando pontos do seu olhar sobre o individual em cada atendimento, considerando as condições de vida das CRIANES, possibilitou também o vínculo e caminhos para autonomia do cuidador e/ou familiar das CRIANES.

Os relatos dos profissionais destacaram que o cotidiano das famílias é de onde surgem as Necessidades de Saúde que elas expressam no momento do encontro com o profissional. Destacou-se o reconhecimento das necessidades de boas condições de vida, as quais fazem parte do meio social das CRIANES, e contribuem para que os profissionais tenham um olhar holístico para operacionalização das Necessidades de Saúde.

5.2 Necessidades de Saúde e o contexto social das CRIANES

Essa categoria foi construída a partir dos fragmentos dos relatos referentes ao contexto social da vida do familiar e/ou cuidador das CRIANES e dos registros das observações de campo. Ela permitiu evidenciar as relações entre as condições de vida da criança e sua família e as implicações que estas têm no atendimento às suas Necessidades de Saúde. Os profissionais expressam os seus limites para interferir em situações vivenciadas pelas famílias decorrentes das condições econômicas, da rede social, do apoio social e da rede de atenção à saúde e os caminhos que buscam construir para que as implicações disso possam ser amenizadas e, em alguma medida, atender às Necessidades de Saúde identificadas no contexto do seguimento.

Lívia evidencia, por meio de seu relato, um conjunto de situações que envolvem o cuidado da criança após a alta hospitalar como a falta de médicos, recursos para garantir a alimentação da criança bem como o seu cuidado. Situações estas que, embora façam parte do contexto de vida de outras crianças, têm aqui a

particularidade de se apresentarem no contexto de um grupo no qual as fragilidades dessas condições de vida podem ter implicações ainda mais graves na vida futura.

[...] a gente tem várias, falta de médicos, a questão social mesmo, às vezes a questão da alimentação da criança a mãe é não está em aleitamento materno às vezes até mesmo porque já saiu do hospital assim e tem a necessidade de uma fórmula, a dificuldade que ela tem de comprar essa fórmula, o município não ajuda...então a gente vê questão social t-a-m-b-é-m, a mãe retornando ao trabalho não tem com quem deixar a criança, então tem várias questões sociais que a gente vê ai ALÉM do atendimento médico.(Lívia)

A renda da família, em alguns casos, pode ser comprometida. Um estudo realizado por Rezende e Cabral (2010), constatou que, devido às condições das CRIANES, essas necessitavam de cuidados específicos e que as mães tiveram que deixar o trabalho, o que ocasionou a diminuição da renda familiar per capita. Com isso as famílias passam a ter maior vulnerabilidade social, o que pode influenciar na qualidade de vida dessas CRIANES, mediante às dificuldades financeiras para o atendimento as suas Necessidades de Saúde como, por exemplo, uma alimentação diferenciada.

Situação semelhante foi verificada em estudo sobre a organização familiar para o cuidado a crianças em condição crônica egressas de UTIN (NISHIMOTO e DUARTE, 2014). Verificou-se que as mães, tias ou avós, foram as responsáveis pelos cuidados às crianças e a rotina da família passou por uma nova conformação devido aos cuidados aos filhos ser prioridade. Diante disso, no contexto deste estudo, as mães abandonaram o trabalho para o cuidado da criança com implicações para a sua condição financeira. Nesse sentido, as famílias precisaram fazer escolhas e modificam suas formas de vida como, por exemplo, redução e gastos com atividades relacionadas ao lazer (NISHIMOTO e DUARTE, 2014).

A participante Lívia, em seu relato, refere-se a questões enfrentadas no dia a dia pelos familiares: “a dificuldade que *ela* tem de comprar essa fórmula [lática]”, “a *mãe* retornando ao trabalho não tem com quem deixar a criança”. O reconhecimento das limitações financeiras, possibilita o profissional traçar estratégias de cuidado direcionadas às necessidades de saúde, considerando a organização familiar no seu

contexto social, o que favorece a operacionalização pelos familiares das orientações de cuidado.

Outra questão que envolve o contexto social das famílias são as condições de moradia. Alice evidencia o meio ambiente em que as CRIANES vivem. É importante os profissionais reconhecerem essas questões, devido ao risco aumentado que as CRIANES estão sujeitas para o adoecimento, como refere:

A maioria que eu identifico é, assim estrutura familiar e condições de moradia muitas vezes, de alimentação principalmente que acarreta muito na saúde, a maioria tem uma alimentação muito é fora do esperado pra idade...condições físicas em casa mesmo que prejudicam, às vezes moram em um lugar com muita terra que não é asfaltado, ai acaba prejudicando a saúde com relação a respiração. É acho que é mais isso mesmo, o que mais aparece aqui são problemas relacionados a alimentação e problemas respiratórios por algum motivo. Ou já vem desde a época do hospital ou é agravado pelo ambiente em que vive. (Alice)

O contexto social no qual alguns familiares vivem pode ser um ambiente com adversidades, sendo essas de caráter biológico e psicossocial. As biológicas são os ruídos, doenças infecciosas e parasitárias, poluição; já as psicossociais englobam dificuldades econômicas, exposição à violência. Contextos com presença de adversidades dessa natureza contribuem para que as crianças evoluam com alterações no desenvolvimento de diferentes ordens, especialmente quando presentes durante o período pré-natal e primeiros anos de vida (WAIKER et. Al., 2011; BLAIR e RAVER, 2012).

Para Okido e colaboradores (2012), as CRIANES, especialmente aquelas dependentes de alguma tecnologia, representam desafio para o cuidado no domicílio para seus familiares. Compõem um contexto de cuidado que faz necessário o uso de medicamentos, alimentação enteral, realização de higienização de estomas, aspiração de vias aéreas.

Em um contexto de adversidade, mediante à identificação das Necessidades de Saúde das CRIANES e o conhecimento acerca das suas condições de vida, o profissional é desafiado a pensar acerca do melhor cuidado possível, considerando

a realidade vivida pelas famílias e então criar estratégias para discussão dos casos, favorecendo a apreensão das Necessidades de Saúde.

Para uma das participantes existe uma necessidade que ela identifica que é anterior a outras possíveis de serem apreendidas no contexto do atendimento e refere-se à acessibilidade ao serviço de saúde devido à dificuldade de transporte tanto para os residentes no próprio município, mas especialmente para famílias que residem em outras cidades.

Eu acho a primeira necessidade é o paciente conseguir chegar aqui, sabia, pra ser atendido eu tenho paciente que tem dificuldade TÃO GRANDE pra conseguir chegar até aqui aí você fica pensando: a gente vem com tanta facilidade de casa às vezes de carro, às vezes eu pego um ônibus na porta de casa. A pessoa tem TANTA DIFICULDADE pra chegar aqui, vem numa ambulância CAPENGA LOTADA DE GENTE QUE SAÍ A UMA HORA DA MANHÃ, ENTENDEU? E ainda tem que lutar pra ter uma vaga nessa ambulância. Então a primeira necessidade de saúde eu acho que é a dificuldade dessas pessoas de chegarem aqui, de algumas. (Helena).

Nesse cenário, a acessibilidade aos serviços de saúde em sua dimensão ampliada envolve questões não apenas de o familiar chegar ao serviço de saúde, o que seria somente o acesso. A acessibilidade abarca questões que buscam responder as Necessidades de Saúde da população. Donabedian (1973) apresenta duas dimensões da acessibilidade, a sócio- organizacional e a geográfica. A primeira se refere às características dos serviços de saúde, os níveis de atenção para atender as especificidades da população e às políticas públicas. A segunda diz respeito ao espaço onde os serviços estão, envolve a distância, o tempo de locomoção, custos com o transporte das pessoas até os locais.

Dessa forma, ao reconhecer a acessibilidade como “primeira necessidade de saúde” do paciente, Helena considera o olhar da acessibilidade e os aspectos que a dificultam, como distância ao serviço e busca pelo transporte público. Esse é um aspecto que pode ter repercussões na continuidade do cuidado das CRIANES, prejuízos no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

Nesse íterim, os serviços de saúde que crianças com paralisia cerebral têm acesso e como as famílias percebem a atenção primária foram analisados por

Milbrath e colaboradores (2009) e eles concluíram que o modo como o serviço se organizava impedia as mães de estarem presentes com seus filhos. Estes exigiam dos familiares enfrentarem filas para obter fichas de atendimentos em consultas na unidade básica de saúde ou com especialidades e sem estrutura física para que levassem consigo os outros filhos quando não dispunham de apoio para o cuidado.

Nessa lógica, levando em consideração as Necessidades de Saúde apresentadas por esses familiares, elas influenciam diretamente na acessibilidade, o que acaba por fazer com que a continuidade do cuidado seja dificultada. (MILBRATH, et.al., 2009; ALBUQUERQUE, et.al, 2014).

Outra questão que envolve a acessibilidade em sua dimensão sócio organizacional é o atual arranjo da Rede de Atenção à Saúde para o atendimento das CRIANES. Helena relata sobre o fato de alguns familiares residirem no interior, o que dificulta a acessibilidade aos serviços especializados, interferindo de maneira importante na condição de saúde. Lívia aborda questões das lacunas dos vários níveis de assistência para as CRIANES:

[...] muita gente aqui do interior que não consegue tratamento, muita gente, muita gente, aqui na capital, eles conseguem tratamento às vezes de baixa qualidade, às vezes de uma qualidade boa, quem está no Serviço Filantrópico de Reabilitação está muito bem tratado, “excelentemente bem tratado” é o melhor tratamento aqui, quem está na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) está bem, mas quem está nos outros lugares, mais ou menos. E tem gente MUITO mal tratada sabe, é difícil, é difícil mesmo, agora quem tá no interior tá muito mal, está muito mal, então às vezes é o que eu te falei, que às vezes você vê uma criança que tem um potencial bom pra está andando e não está andando, porque não tem tratamento. (Helena)

[...]uma boa assistência no pós alta, exemplo: quando as crianças estão de alta é a gente vê que tem uma dificuldade da rede, então a gente vê que tem uma d-e-f-i-c-i-ê-n-c-i-a da rede, então eu acho que é uma necessidade que tem que ser melhorada no sistema único de saúde, que a rede ela não funciona, na teoria ela é muito bonita é muito boa, mas ela não funciona, então eu vejo que as crianças às vezes TEM NECESSIDADE de encaminhamento e não tem uma estrutura que vai receber ela, então eu acho que tem essa NECESSIDADE. (Lívia)

As participantes, em seus relatos, revelam as fragilidades e ainda os desafios para a articulação e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no estado.

As Redes de Atenção à Saúde (RASs) são uma forma de organização da saúde que considera a sociedade e o estado como atores, apresenta em sua proposta elementos como: autonomia, inexistência de hierarquia, equipe multiprofissional, discussão de objetivos comuns, busca e estabelecimento de padrões estáveis e interpelações no sistema. Os serviços são considerados como sendo de diferentes densidades tecnológicas coordenados em sua maioria pela atenção primária e buscam garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2010; MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

Em relação às lacunas das Redes de Atenção à Saúde na atenção às CRIANES, foi destacada por Helena e Livia a questão de várias famílias do interior que vão ao seguimento na capital, apontando assim a necessidade de estruturação e ampliação dessa rede em todos os níveis de assistência. Há necessidade de estratégias de fortalecimento da atenção primária para atendimento das CRIANES, especialmente pela sua proximidade a essas famílias. A incorporação de profissionais especializados em desenvolvimento infantil em equipes de apoio matricial pode ser uma estratégia para fortalecer os atendimentos a essas crianças.

A organização territorial dos serviços de saúde ainda não é bem definida e a comunicação com a atenção primária deficiente. Desse modo, provoca uma lacuna, pois não há uma consonância com outros pontos de atenção, como a atenção primária e outros serviços de reabilitação e isso se reflete na articulação dos serviços, na sua distribuição espacial e conseqüentemente no atendimento das Necessidades de Saúde das CRIANES.

Nesse contexto, estudos compartilham nas propostas do apoio matricial que as equipes seriam duas, uma de referência e outra de apoiadores, com o intuito de compartilhar experiências, saberes e poderes para a tomada de decisões, igualmente e de modo integrado. Isso configura uma reestruturação dos processos de trabalho de um modo geral (CAMPOS, 1999; IGLESIAS e AVELLAR, 2014).

Hoje, em alguns municípios, já existe a inclusão nas equipes de saúde da família dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que seria uma forma de apoio matricial na atenção primária. Essas equipes podem conter profissionais

especializados em atendimentos as CRIANES egressas de UTIN. No entanto, desafios como a falta de profissionais especializados para atender as CRIANES e ainda escassez do profissional pediatra podem acabar dificultando os atendimentos às CRIANES (CAVALCANTE, JORGE e SANTOS, 2012).

Para o reconhecimento das Necessidades de Saúde no contexto social que as CRIANES vivem, o olhar sobre a rede social e o apoio social pode revelar muitas Necessidades de Saúde da criança e o seu cuidador. O que a participante Lívia menciona na entrevista:

[...] porque na verdade eu acho que a gente não tem que cuidar somente porque eu estou preocupada com a prematuridade, mais sim cuidar da criança como um todo, a criança faz parte de UMA FAMÍLIA então eu tenho que ver *'como que é o contexto dela, como que é o meio que ela vive, a situação que ela está introduzida ali'*. (Lívia)

Quando dizemos rede social, estamos falando de um grupo de pessoas das quais o indivíduo pode ou não receber ajuda ao longo da vida. Já o apoio social é o grau de relacionamento e ajuda que essas pessoas recebem de outras que fazem parte da sua rede social (GRIEP, et.al, 2005). Então uma pessoa pode ter uma rede social, mas não ter o apoio social. Características da rede e do apoio social são apreendidas por Lívia “, a criança faz parte de UMA FAMÍLIA então eu tenho que ver *'como que é o contexto dela, como que é o meio que ela vive, a situação que ela está introduzida ali'*.”

É esperado que a rede social apoie os familiares e/ou cuidadores das CRIANES pois, no dia a dia, esses passam por situações singulares como cuidados relacionados ao psicomotor, às vezes é uma criança que não deambula ou é dependente de algum tipo de tecnologia para sobreviver, como sondas nasoentéricas. Isso tudo contribui para a sobrecarga de um único cuidador e lhe apresenta também desafios relacionados à acessibilidade aos serviços de saúde.

Nesse contexto, o apoio advindo da rede social da qual a CRIANES faz parte será importante, seja no auxílio das atividades domésticas, ter alguém que o acompanhe nas consultas para facilitar o transporte da criança e o do aparato para o cuidado que por vezes ela demanda. Situações vivenciadas pelos familiares quando vão as consultas no ambulatório foram observadas no trabalho de campo:

16:20 horas: M 11, na recepção aguardando atendimento do filho F11, está acompanhada por seus pais e sua irmã. Do lado de fora os familiares brincam com F11, demonstrando muito afeto. Avô diz para mim: essa médica daqui é muito boa, todos aqui são bons, lá quando vou...nossa eles não sabem olhar nada. Veio de uma cidade do interior de Minas Gerais que fica há 98 Km de distância de Belo Horizonte para o atendimento. 16:40 horas: avó dando mamadeira para a criança no lado externo. Avô comunicativo. 16:45 horas: pediatra chama por F11, M11 pega bebê com avó, pega bolsa e entram no consultório.

(Observação de campo nº 11 realizada dia 22 de julho com início às 16:20 horas, com o profissional pediatra, informações do diário de campo páginas 90 e 91).

Nessa observação, podemos perceber que M11 vai ao serviço e tem a companhia de outros familiares. Isso a beneficia no cuidado ao filho, pois o avô contribui com o cuidado ao neto e se disponibiliza a levá-lo de carro para o atendimento, percorrendo uma distância de aproximadamente 98,9 Km.

A profissional de Terapia Ocupacional realiza um atendimento onde se depara com situações de cuidado desafiadoras vivenciadas pelo familiar:

M13 chegou ao ambulatório às 13:30 horas, reside em Belo Horizonte no bairro Flamar (aproximadamente 12 Km de distância do ambulatório). 14:20 horas: vai até a secretária e diz que não pode mais esperar porque ela tem outro filho de sete anos que é especial e que até faz acompanhamento com a Helena e está em casa sozinho. M13 está impaciente e preocupada. 15:10 horas: T.O chama M13, ela pega as suas bolsas, carregando F13 entra no consultório. Durante a anamnese T.O. reforça para M13: “devido seu filho ter nascido baixo peso, é um fator de risco para o desenvolvimento dele, por isso vamos fazer o acompanhamento do F13 até os dois anos de idade”. T.O.: “as vacinas estão em dia, ele está fazendo acompanhamento com o pediatra ou enfermeiro?” M13: “pediatra mesmo, no posto todo mês”. T.O.: “ótimo, é aqui em Belo Horizonte mesmo?” M13: “é”. T.O.: “quem fica a maior parte do tempo com ele M13?” M13: “eu”. T.O.: “e você trabalha fora?” M13: “não” fico só por conta dele”. T.O.: só ele que você tem? M13:” tenho um de sete anos, que aspirou mecônio e afetou as perninhas e a mão” (nesse momento mãe relata dificuldade de conseguir atendimento perto de sua casa para este filho, a T.O. pega uma pasta com Centros de Referência e anota telefones dos mais próximos para a mãe e a aconselha a procurar, mãe diz que procurará). T.O.: “você tem apoio

de mais alguém, alguém que você conta com ajuda, quando você precisa?” M13: “não, agora eu deixei ele lá sozinho, deixo ele lá vendo desenho, coloco uns negócio lá perto dele pra ele comer”. T.O.: e mora só vocês três?” M13: “e meu esposo”. M13 relata que se divorciou do pai do seu filho de sete anos, porque ele se tornou dependente químico e morador de rua. Atualmente é casada com o pai de F13. Ao final do atendimento, T.O. pergunta a M13 se ela não tem nenhum vizinho que possa ficar com o seu outro filho quando ela for retornar ao ambulatório com F13. M13 que tem sua irmã e que pode verificar com ela o dia da sua folga e que agora o seu marido vai trabalhar em dias alternados e que vai olhar com ele está questão. T.O. fala para ela que se for preciso, pode ligar com antecedência para o ambulatório para conciliar com essas questões.

(Observação de campo, nº 13 realizada no dia 23 de julho, início às 14:20 horas com o profissional da Terapia Ocupacional, informações do diário de campo páginas 93 a 95)

Quando o apoio e a rede social apresentam-se fragilizados, podem interferir na satisfação ou não da Necessidade de Saúde das CRIANES. Pois se esses estivessem fortalecidos, a mãe em seu meio social estaria em uma dinâmica que facilitaria a satisfação de certas Necessidades de Saúde. O que revela a contradição do indivíduo em seu meio social. O movimento de apoiar M13 no dia a dia no cuidado de F13 e do filho de sete anos, M13 encontraria um apoio social para o cuidado de F13. Devido a situação do momento que M13 relatou, o seu meio social não estava com ações de apoio social, o que em algum momento poderia interferir na continuidade do cuidado de F13.

A caracterização da rede social foi objeto de estudo de Cabral e Morais (2015) que investigarem o papel da família na sua constituição para atender as demandas de cuidados integrais de CRIANES. Evidenciaram que necessidade de cuidados decorrente da fragilidade clínica das CRIANES e a primeira referência da rede social foram os familiares. A rede social foi composta pelos familiares e por pessoas da vizinhança. Isso apontou para necessidades de suporte e enfrentamento, pois os familiares e /ou cuidadores das CRIANES podem passar por situações de crise, dificuldades nos cuidados, medo e falta de apoio psicológico (CABRAL e MORAIS, 2015).

Então a rede social exerce forte influência na vida das pessoas e quanto às CRIANES, Neves e colaboradores (2013) verificaram que os familiares buscaram suas próprias estratégias para o cuidado de suas crianças e que encontraram esse apoio social na rede de média e alta complexidade.

Por fim, essa categoria permitiu explorar os desafios da inacessibilidade aos serviços de seguimento, as lacunas presentes na estruturação da rede de atenção à saúde e as consequências que o contexto social das CRIANES revela para o cuidar.

A apreensão das Necessidades de Saúde pelos profissionais foram aquelas relacionadas com o financeiro, o acesso e a acessibilidade. Revelou então, a incompletude das Redes de Atenção à Saúde, a importância da rede e do apoio social. De acordo com isso, nos achados empíricos quando os profissionais se referem ao meio ambiente, eles estão em alerta que as más condições desse ambiente podem contribuir para as condições que favorecem o risco aumentado das CRIANES. Os profissionais reconhecem as redes sociais e as consideram como importantes no atendimento das Necessidades de Saúde das CRIANES, contribuindo então para estratégias, para a continuidade do cuidado e apreensão das Necessidades de Saúde.

5.3 Interações entre profissionais, familiares e CRIANES no contexto do ambulatório

As interações que acontecem no espaço do ambulatório entre os profissionais e a relação desses com familiares e/ou cuidadores das CRIANES contribuem para a apreensão das Necessidades de Saúde. O olhar sobre o processo de trabalho dos profissionais no dia a dia orientou a análise dos relatos das participantes para a composição desta categoria, especialmente a partir das interações estabelecidas entre os profissionais e os familiares e/ou cuidadores das CRIANES nos momentos de atendimento no ambulatório. Para isso considerou-se também a intersubjetividade e a dialética existentes nas relações do processo de trabalho (AYRES, 2001; CARVALHO, 2012).

Nesse cenário, as participantes relatam sobre os atendimentos às CRIANES os quais possibilitam a identificação de alterações no desenvolvimento, sendo que, na presença destas, as crianças são encaminhadas para outros profissionais ou outros serviços da rede. Referem também à importância de se trabalharem com as

orientações direcionadas ao familiar para o atendimento às necessidades das crianças. Como relatam Júlia e Alice, respectivamente:

[...] a gente faz aqui É UMA TRIAGEM. ‘Tem alteração, não tem alteração. Se não tem alteração, eu sigo reavaliando essa criança. Se tem alteração, eu trabalho com orientação familiar e encaminhamento pra rede, eu não vou fazer uma intervenção fisioterápica propriamente dita de colocar a mão na criança, fazer vários manuseios aqui. O objetivo desse espaço não é esse”. (Júlia)

[...] aqui é acompanhamento né, a única coisa que a gente pode fazer é orientar e encaminhar caso seja necessário, se a gente observar que precisa de uma avaliação de um neuropediatra a gente encaminha pro neuropediatra se precisa de intervenção estruturada de terapia ocupacional, fonoaudiólogo, seja o que for, a gente encaminha pra atenção secundária, ai depende...como é acompanhamento só, não é uma intervenção, porque o ambulatório a função dele é triar e acompanhar de acordo com as necessidades, é eu acho que manter mesmo um nível de saúde adequado dentro das condições do contexto de cada pessoa. (Alice)

Elas explicam pela vivência de suas profissões, como atuam no ambulatório de seguimento na perspectiva de triar e acompanhar como está se dando o desenvolvimento da criança, sendo que as situações nas quais há a necessidade de intervenção elas encaminham para centros de reabilitação. O que demonstra que há a contradição sobre o lugar do ambulatório na rede, pois para o atendimento pleno das Necessidades de Saúde, é necessário a intervenção eficaz de todos os níveis de assistência. Revelando assim, as limitações para atender as Necessidades de Saúde das famílias, pois é um único serviço que faz parte de uma rede, o qual se depara com limitações de atendimento de acordo com a Necessidade de Saúde das CRIANES. Há o direcionamento dos casos de acordo com o estado geral da criança, segundo relato das participantes, para outros pontos de atenção.

Estudo realizado por Maitre e colaboradores em 2013 acompanhou egressos da UTIN com peso inferior a 1500 g e criança com diagnóstico de encefalopatia isquêmica, em um serviço de seguimento e posterior encaminhamento para clínicas especializadas em desordem motora mediante o diagnóstico de paralisia cerebral. Para os autores o acompanhamento das crianças foi determinante para o encaminhamento oportuno delas, contribuindo para a prevenção de complicações

futuras na vida destas. Essa dinâmica de atuação dos profissionais com identificação das alterações e encaminhamento se assemelha ao descrito pelas participantes deste estudo.

As profissionais relatam as orientações direcionadas para o cuidado a ser realizado pela mãe ao recém-nascido no domicílio. Celina aponta questões relacionadas aos cuidados como sendo a base dos seus atendimentos e exemplifica que as suas orientações são voltadas para as dúvidas que mães levam consigo ao serviço. Com isso podemos inferir uma forma de apreender as Necessidades de Saúde que os familiares relatam:

[...] elas mais tem dúvida em relação a amamentação e o ganho de peso do bebê isso ai é uma coisa muito frequente tanto é que a gente trabalha muito isso aqui, e em relação também a questão respiratória, que às vezes como a maioria são crianças prematuras, e às vezes tem um quadro de parâmetro respiratório um pouco diferenciado, ai isso também elas buscam também muito orientação. E a questão também da vacinação, a vacinação é uma questão também que elas tem muita dúvida, e que a gente orienta bastante e isso é uma orientação que a gente tem que fazer conjunta com a unidade básica né, onde que elas vão dar continuidade na vacinação. Então, assim é o mais que a gente faz aqui de necessidades mesmo que a gente viu.
(Celina)

O atendimento pelo profissional enfermeiro nesse ambulatório de seguimento segue a terceira etapa do Método Canguru que é realizada imediatamente após a alta hospitalar. Nesta, os atendimentos são direcionados para o ganho de peso, até que a criança atinja 2500 g. Sendo assim a etapa que engloba o seguimento do bebê após a alta hospitalar, a que apresento neste estudo. Nessa etapa, o modelo Canguru propõe: garantir a continuidade da assistência ao bebê e a sua família após a alta hospitalar; incentivar a realização do método nesse período; avaliar, incentivar e apoiar o aleitamento materno; acompanhar o ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico; avaliar o contexto afetivo do bebê e de sua família; detectar situações de risco e intervir quando necessário; observar a administração dos medicamentos prescritos; orientar e acompanhar tratamentos especializados e orientar esquema adequado de imunização. As ações descritas por Celina referem-se ao proposto pelo método Canguru no apoio ao aleitamento materno, ao

acompanhamento do ganho de peso e orientação quanto ao esquema de imunização (BRASIL, 2011).

Verifica-se, a partir do relato da participante enfermeira Celina, que ela realiza ações que visam dar continuidade aos cuidados que aconteciam no contexto do hospital e que agora são desenvolvidos no domicílio pela família, demandando apoio dos profissionais tanto para a adequação do cuidado no novo cenário quanto às condições de saúde da criança que se modificam continuamente. Ela refere que considera as dúvidas que a mãe leva consigo sobre o cuidado para o serviço, mas não é possível inferir através dessa fala o quanto ela considera os aspectos biopsicossociais e a criação de vínculo com o cuidador. Mariana reporta uma questão importante que envolve o cuidado, a co-responsabilização pelo caso e a formação de vínculo com os pais como estratégia para manter a adesão das crianças ao seguimento. Isso contribui para que as orientações do cuidado relacionadas as Necessidades de Saúde sejam efetivadas no contexto social das CRIANES:

[...] ACHO QUE FAZ PARTE DO CUIDADO AQUI NO AMBULATÓRIO TAMBÉM, uma responsabilização pelo caso, NA VERDADE UMA CORESPONSABILIZAÇÃO, porque os pais também são responsáveis por trazer, e ai eu acho que o acolhimento, a forma como você aborda isso faz toda diferença pra vinculação deles com a equipe e a gente busca ter esse movimento de não veio, reagendar procurar entender. (Mariana)

Verifica-se um entendimento de Mariana quanto à importância de uma atuação que considere o familiar por meio de uma interação que favoreça a compreensão acerca da importância dos atendimentos do seguimento e cuidados no domicílio, podendo favorecer a autonomia e o comprometimento dos familiares. Leal e colaboradores (2010) disseram que o trabalho da instituição centrado na família exerce o papel fundamental para a continuidade do cuidado e, quando é estabelecida uma parceria entre eles, a co-responsabilização acontece.

Atualmente propostas das políticas públicas contribuem com o olhar da humanização e co-responsabilização da família, como apontado na portaria nº1.130 de 2015 que tem como princípio a integralidade do cuidado e estimula ações de fomento a autonomia do cuidado e da co-responsabilidade por parte dos familiares.

Na portaria reforça-se a importância de se considerar o contexto social da criança e tem como uma de suas ações estratégicas a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso com a utilização do Método Canguru no atendimento do recém-nascido de risco (BRASIL, 2015).

Dessa feita, corroborando com propostas que buscam a participação da família no processo de cuidar, o Projeto Terapêutico Singular trata de uma ação direcionada ao cuidar que envolve o profissional e o usuário. As relações não se restringem apenas ao contato pessoal entre os usuários e profissional, elas se articulam entre as propostas da equipe interdisciplinar. Nesse caso, o apoio de uma equipe de matriciamento para acompanhar o paciente em seu processo de cuidar poderia ser uma boa estratégia. O Projeto Terapêutico Singular considera as singularidades dos indivíduos e a rede social em que este está inserido levando em consideração as suas opiniões, sonhos e projetos de vida (PINTO, et.al., 2011). Essa proposta, no contexto do serviço de seguimento, pode ser um auxílio para contribuir com a continuidade do cuidado das CRIANES, pois considera a importância da família no cuidado a essas crianças e é uma estratégia que considera as tecnologias leves (acolhimento, a escuta qualificada, o vínculo) como parceira, o que contribui para que as práticas do cuidado sejam subsidiadas pelo reconhecimento das Necessidades de Saúde dos familiares das CRIANES.

Uma das relações que se estabelecem é entre os trabalhadores. As participantes expressam que no ambulatório existe uma boa comunicação entre a equipe, utilizando diferentes tipos de comunicação, como verbal, por escrito ou por aplicativos em smartphones para o atendimento as Necessidades de Saúde identificadas nas crianças:

[...] a gente tem uma articulação bem bacana com a equipe, é e a gente tem uma liberdade de encaminhar um pro outro né, estou acompanhando uma criança e tem alguma demanda pra neurologista, eu agendo para ela assim como pra fono, nutrição, agora a gente tá com uma parceria muito bacana com a assistente social também, e aí essas questões sociais que a gente observa a gente tem encaminhado pra ela e ela entra em contato com a família com a rede (Mariana)

[...] eu acho que a gente consegue identificar BEM, e acho que a gente sempre consegue conversar muito tipo, sempre que eu tenho

alguma dúvida ou então, eu acho algum caso interessante, ou então eu pego alguma, uma situação que eu tive mais dificuldade de direcionar, eu consigo chegar tanto nos meus colegas fisioterapeutas, ou então consigo ir na enfermagem pedir ajuda ou então discuto com a médica quando eu consigo... às vezes tem uma criança, vamos supor, que ela tá gripada, tá doente, tá cansada que chega aqui, ai eu vou lá, eu vou lá e falo olha pediatra, achei esse menino muito cansado, você pode atender ele pra mim? Acho que ele não tá precisando só de mim, acho que ele precisa de atendimento AGORA de um médico para prescrever alguma medicação. Então acho que isso, ai a gente discute se ele, o que que ele está precisando realmente ai a gente consegue fazer um atendimento de acordo com o que a criança precisa naquele momento. (Beatriz)

Muitas vezes as meninas da fisio da TO, vem até mim ou às vezes eu vou até elas pra gente discutir os casos, INTERLIGAR não deixar não só o pediatra atender, nem o fisio, a gente fazer junto. Sempre que dá a gente tenta.... igual "o prematuro extremo", é muitas vezes, muitas crianças nossas são do interior então quando de necessidade de encaminhar pra acompanhamento também na cidade de origem, não só aqui, que muitas acompanham só aqui não tem nenhuma referência lá, então a gente junto faz esse pedido. Então junto discute o caso mesmo, tipo a criança precisa de mais estímulo ou não precisa de uma avaliação do neurologista ou então da fisioterapia semanal. (Bárbara)

[...]a gente tem até um grupo ((mostra o seu celular)) de profissionais do ambulatório, a tecnologia ela facilitou essa discussão entre os profissionais. Ou então no dia que a gente encontra no mesmo dia... (Lívia)

Os relatos permitem entender que no processo de trabalho do ambulatório, são estabelecidas relações entre os profissionais e as Necessidades de Saúde apresentadas no momento dos atendimentos são discutidas entre os profissionais de forma pontual.

Para a discussão acerca de como os profissionais atuam no seu cotidiano de trabalho, acreditamos que os conceitos de multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e interdisciplinaridade podem trazer contribuições. Roquete e colaboradores (2012) realizaram uma revisão crítica acerca disso. Em relação à multidisciplinariedade, os autores consideraram que ela traz a representação de várias disciplinas em torno de

um mesmo problema e os profissionais ficam atuando em suas especificidades e não há organização para comunicação entre eles. Já na interdisciplinaridade traz a interação desde a simples comunicação buscando-se uma interação que alcance maior conhecimento com a integração da funcionalidade das profissões. A transdisciplinaridade, por sua vez, apresenta as características das disciplinas são compartilhadas considerando além da perspectiva teórica, a interação delas com a política, ao social e ao cultural visando elucidar novos conhecimentos. Essa situação pode interferir no olhar sobre as Necessidades de Saúde, pois essas dependem do olhar holístico de todos os profissionais.

Nos relatos das participantes, a dinâmica no processo de trabalho que os profissionais demonstram revela características de equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Multidisciplinar por ainda executarem os cuidados e às vezes não compartilham dessa discussão com os outros membros da equipe de forma sistemática, e algumas Necessidades de Saúde acabam sendo resolvidas no momento, o que pode comprometer o acompanhamento do caso. Por outro lado, já começam em alguns casos interagirem para que atendimentos conjuntos aconteçam, visando a um objetivo comum dos atendimentos. Isso caracteriza, assim, um processo de transição de multidisciplinar para interdisciplinar.

A atuação da equipe multiprofissional no contexto do seguimento à criança foi objeto de estudo de Ferraz e colaboradores (2010), os quais destacaram que essa equipe é essencial e apresenta o papel desafiador de discutir os casos. No contexto estudado, a discussão entre os profissionais que compunham a equipe multidisciplinar acontecia a cada quinze dias e eram priorizados os casos mais complexos (FERRAZ, et.al., 2010).

Carvalho e colaboradores (2012), consideraram a dimensão das relações que estão presentes nos processos de trabalho, sendo que podem existir conflitos, desejos, competitividade no processo de comunicação. Os profissionais demonstraram nos relatos uma satisfação e interação no cotidiano de atendimento positiva, cada um com suas especificidades, mas sempre buscando o que o outro pode contribuir. Helena ressaltou que existe uma boa comunicação entre as diferentes categorias e que cada um pode cooperar para a discussão do outro sem desmerecer qualquer profissão.

Mariana, Júlia, Lívia e Helena trazem um pouco de como essa discussão das Necessidades de Saúde das CRIANES acontece por meio de discussões pontuais nas quais as Necessidades de Saúde de alguns pacientes são discutidas. As profissionais expõem as suas diferentes formas de comunicação, desde o relato no prontuário, comunicações nos momentos dos atendimentos e por tecnologia:

[...] como é um prontuário único, às vezes ali no prontuário mesmo a gente já sinaliza pro outro profissional, da mesma forma chegam crianças pra gente assim também, é isso dentro do próprio ambulatório. (Mariana)

[...] eu avalei uma criança com espectro autista com um ano e meio e com algumas características de autismo já, aí eu não só marco o retorno pra ela e explico pra família o porquê do acompanhamento. E assim que eu encontrei com ela no hospital eu falei, eu estou marcando uma criança, provavelmente na data tal, tá indo com esse perfil que eu achei que tinha um espectro autista, por exemplo. É dependendo da criança, a gente tem uma liberdade grande com a neuro daqui, por exemplo, na segunda de manhã eu atendo e na segunda à tarde ela atende, “se é um caso mais urgente, eu já posso passar pra ela neste mesmo dia, mesmo que ela não tenha vaga, sendo um caso urgente e família mora muito longe, pode me ligar me explica o caso, que eu já atendo no mesmo dia, pra não ter que voltar aqui depois”. Então essa troca acontece, às vezes eu estou atendendo aqui e a pediatra está atendendo no outro consultório, e tem uma demanda que às vezes o principal daquele dia não é uma questão da fisio, é uma questão às vezes que o pediatra precisa avaliar....Os profissionais são bem abertos em relação a isso. (Júlia)

[...] depois que o ambulatório ele mudou pra esse campo, é ficou muito mais fácil da gente discutir porque a gente já está aos outros profissionais, diferente do outro ambulatório que a gente atendia em horários bem específicos e era cada profissional atendia em um dia, ou em um ambulatório bem distante um do outro, agora nós trabalhamos todos, por exemplo, hoje eu trabalho junto com a Bárbara a pediatra, quando eu tenho alguma dúvida em relação a alguma coisa que a mãe me perguntou e já está acima do meu nível de conhecimento, eu discuto com ela, ou então solicito uma avaliação dela, ou então com a neuro a gente acaba discutindo, com a equipe de nutrição, a gente tem até um grupo ((mostra o seu celular))de profissionais do ambulatório, a tecnologia ela facilitou essa discussão entre os profissionais. Ou então no dia que a gente encontra no mesmo dia. (Lívia)

[...] E isso é uma troca de informação, é uma troca de experiência, entre os profissionais do ambulatório e eu acho que a gente tem que se explorar mutuamente porque “muita coisa que eu sei elas não sabem, e muitas coisas que elas sabem eu não sei e nunca vou saber” ... Mas eu acho que é muito bacana sabia? Acho que no hospital Filantrópico a gente não tem, essa reverência de profissional entendeu, eu acho que é todo mundo no mesmo patamar, eu acho que não tem essa coisa assim eu acho as pessoas que sou melhor que você, acho que lá isso é muito legal, eu pelo menos sinto isso, eu não acho que tem isso com ninguém então eu acho que as pessoas

se tratam muito bem, trocam as informações muito bem, eu pelo menos tento fazer isso, tento ser aberta e tranquila quanto a tudo, não ter degrau com ninguém sabe. (Helena)

No cenário de estudo, verifica-se que existe uma preocupação dos profissionais em promoverem a discussão das situações, mas a mesma ainda ocorre de maneira assistemática e sem que necessariamente conte com pelo menos um representante de cada uma das profissões que atuam no atendimento à criança nesse ambulatório. Assim, considerando as diferentes perspectivas que podem ser apreendidas por cada um dos integrantes da equipe a partir do seu saber específico, discussões sistemáticas, especialmente de situações mais complexas podem trazer possibilidades para a identificação e atendimento as Necessidades de Saúde dessas crianças e seus familiares e/ou cuidadores.

O anseio de, às vezes, não conseguirem se organizarem para a discussão conjunta das Necessidades de Saúde, é expressa Júlia, Helena e Isabela:

[...] 'Mas caso a caso', a gente não tem um encontro dos profissionais pra discutir várias crianças juntas não, cada caso que a gente precisa encaminhar, que um profissional tria e que precisa de uma assistência de um outro profissional, a gente troca informações sobre aquela criança. (Júlia)

[...] eu acho que é discutido sim, mas acho que podia ser mais discutido? Acho, mas a gente não tem tempo pra isso, não tem, então não adianta, não dá pra marcar mais reunião do que a gente tem, não dá pra marcar mais encontro do que a gente tem, não dá. Então a gente faz como PODE, pelo celular, é no hospital no meio, dos das avaliações lá entendeu? É isso não tem jeito de ser diferente. (Helena)

[...] olha, é infelizmente, a gente não faz, sistematicamente discussões de caso entre os profissionais, ainda é uma coisa bem, eu vejo que ainda é um processo fragmentado... uma criança e eu observo uma demanda e então eu encaminho pro serviço social, mas a gente acaba que não faz uma discussão multiprofissional dos casos que são atendidos, até porque, é às vezes o perfil da criança que é atendida pelo pediatra não é a mesma criança que é atendida pelo fisioterapeuta, é que não é a mesma criança que é atendida pelo enfermeiro, são às vezes são crianças diferentes ou crianças em momentos, ou as mesmas crianças mas em momentos diferentes, então eu acho que isso é dificulta um pouco mais é, eu entendo que a gente precisa sim avançar, pra essa discussão, pra essas discussões de caso que a gente realmente ainda não sistematizou aqui no ambulatório. (Isabela)

De acordo com as profissionais, não há discussão sistemática dos casos das CRIANES atendidas, reconhecem a sua importância, mas pela indisponibilidade de tempo e de não terem encontrado uma forma de garantir a realização de tais discussões entre a equipe. Isso pode prejudicar na apreensão de Necessidades de

Saúde que possam ser identificadas em conjunto ou meios efetivos para encaminhamentos para sua resolução. Alternativas de discussões periódicas de casos complexos pode ser um meio dos profissionais de conseguirem essa discussão.

Os relatos permitem perceber que os profissionais se articulam entre si, configurando assim as relações de trabalho que existem no ambulatório. Segundo Merhy (2002), essa dinâmica que envolve o agir dos sujeitos, nesse caso trabalhador com trabalhador, em seu cotidiano de trabalho e as relações estabelecidas entre eles configuram a micropolítica.

Nessa lógica, a micropolítica é caracterizada como o conjunto de relações estabelecidas entre os vários atores organizacionais. Os atores são portadores de valores, de projetos, de interesses e disputam sentidos para o trabalho em saúde. Nas relações micropolíticas que se estabeleceram entre os profissionais do ambulatório, os sentidos foram de interação. Embora que a organização dos atendimentos e a falta de tempo prejudiquem uma discussão sistemática dos casos.

Em síntese, essa categoria revelou que, na dinâmica do processo de trabalho, há a interação entre os atores envolvidos no ambulatório. Essa acontece no dia a dia de trabalho entre os profissionais e também pelo fato de os profissionais reconhecerem que o familiar e/ou cuidador é um aliado no processo de cuidar quando o consideram a sua intersubjetividade. Os profissionais se comunicam para atendimento das Necessidades de Saúde das CRIANES. Os meios utilizados para a comunicação foram verbais, por escrito ou por grupos de discussão criados em aplicativos instantâneos para smartphones, estes meios promovem uma boa articulação entre eles. As participantes relatam que ainda não conseguiram uma maneira de sistematizar as discussões, o que pode gerar uma perda de informações dos casos e prejudicar a apreensão das Necessidades de Saúde levadas pelo familiar e que interfere diretamente no cuidado das CRIANES, pois não tendo suas Necessidades de Saúde apreendidas ou caminhos para sua resolução em outros setores o cuidado integral e a continuidade do cuidado não acontecem de forma eficaz.

5.4 O momento de encontro entre familiar e/ou cuidador das CRIANES e profissionais: Necessidades de Saúde que se revelam

O momento do encontro entre familiar e/ou cuidador das CRIANES com o profissional pode favorecer a dinâmica do trabalho vivo em ato, sendo assim um momento propício para a apreensão das Necessidades de Saúde. Esse momento foi permeado pelas vivências dos envolvidos, pela escuta, pelas ações e tensões na comunicação entre familiar e profissional no ambulatório. Tudo isso percebido por meio dos relatos das participantes e observações.

As profissionais se referem às Necessidades de Saúde apreendidas e que foram passíveis de serem atendidas no contexto do seguimento e outras que, embora tenham sido identificadas, dada a sua complexidade especialmente por envolverem outros setores além do setor saúde, ultrapassavam as possibilidades de atendimento pelos profissionais no contexto do atendimento às crianças e suas famílias.

Nesse sentido, os discursos permitem identificar aspectos que são considerados pelas participantes no contexto do atendimento às CRIANES e suas famílias com o objetivo de atender as suas Necessidades de Saúde. Dessa maneira, eles são a continuidade do estímulo para o desenvolvimento no domicílio, o que requer orientação para a família e a atuação conjunta com outros profissionais:

[...] é orientar essa família a como estimular em casa ou às vezes o que não está tão adequado em casa que é importante de se corrigir, é de encaminhar pro um outro profissional também se extrapola o que eu dou conta como terapeuta ocupacional e percebo que há uma necessidade daquela criança no momento de encaminhar também[...]
(Mariana)

Fica expresso que a família, além de ser importante para a continuidade, é vista pela participante como capaz de dar visibilidade às Necessidades de Saúde de suas crianças devido à convivência no cotidiano com as crianças. Isso possibilita uma compreensão ampliada da condição de saúde da criança, não limitada ao que pode ser oferecido pelas avaliações realizadas durante o atendimento ou no limite do corpo de conhecimentos específicos definidos de cada uma das profissões. Verifica-se também o reconhecimento de que existem expectativas dos pais a serem

atendidas em relação ao cuidado de seus filhos e que a escuta daqueles constitui-se um recurso importante para a identificação das Necessidades de Saúde. Isso é demonstrado nestes relatos:

[...] eu acho que quando a criança vem aqui, você tem que saber a história dela de antes, você tem que ter conhecimento do que você está pesquisando, e você tem que, você tem que cuidar pra ver a demanda que o pai está trazendo pra você pra você conseguir responder de acordo, pra ele ficar, pra tipo a gente, as duas partes sair meio que satisfeitas assim, do atendimento, tanto eu conseguindo atender o que ele precisava, e ele conseguindo satisfazer o que ele veio buscar aqui, então acho que, o cuidado é você conhecer a criança, fazer um esforço pra poder saber qual que foi a trajetória dela até aqui, e escutar muito o pai e a mãe porque eles que estão no dia a dia, e sabe que o tempo aqui é pequeno né comparado com o que eles ficam no dia a dia. E ai acho que, que você precisa de, DE ESCUTAR, essa família, pra você vê a demanda dela, então eu acho que, o principal é isso (Beatriz).

[...] penso nessa questão do CUIDADO COMO UM TODO, quando a criança chega aqui eu não só preocupo, que eu sou fisioterapeuta, não preocupa APENAS como o motor, eu procuro também ver a questão psicossocial da criança, a questão da fala da criança, a motora fina, a motora grossa. Então eu acho assim que eu tenho que ter, que eu tenho que fazer um atendimento global da criança, vê como um todo, não somente o que ela está me apresentando ali naquele momento. É isso que eu vejo a questão assim dessa pergunta, o que cabe pra mim do cuidado, pra mim é cuidar como um todo, PRINCIPALMENTE como o todo (Lívia).

A participação da família no cuidado as crianças no domicílio foi destacada por Silveira e colaboradores (2013) em um estudo com crianças com necessidades especiais de saúde. Relataram que para o familiar o cuidar é desafiador e apresenta situações novas e inesperadas. Devido a essas especificidades, esse processo requer do profissional a criação de uma relação de compreensão das limitações e estímulo das potencialidades dos familiares no domicílio.

As participantes, Beatriz e Lívia, reconhecem em sua prática a abordagem da família como importante para o cuidado e o potencial que eles possuem de estarem agindo para que as Necessidades de Saúde das CRIANES sejam satisfeitas.

Reconhecem que o cuidado acontece no cotidiano e, no momento da consulta, a escuta é fundamental para apreensão das necessidades e direcionamento das intervenções de cuidado a serem realizadas no domicílio.

Nessa perspectiva, buscando compreender a experiência materna no cuidado ao filho dependente de tecnologia, Okido e colaboradores (2012) fizeram uma investigação da mãe de uma criança dependente de tecnologia, com o uso de sonda gastrointestinal, e dos profissionais de saúde que atendiam essa criança. Nessa situação, a mãe, a cuidadora principal, realizava todos os cuidados do filho e afirmou que, nos primeiros dias em casa, tinha medo e insegurança e, ao longo dos dias, foi se acostumando. A família foi a fonte primária de apoio em relação aos cuidados com a criança. A mãe revelou também que as orientações de cuidado realizadas ao longo da internação e no momento da alta foram importantes para a sua autonomia. Concluiu, assim, que houve um marco na experiência materna ao cuidar desse filho que envolveu a apropriação dela em relação aos cuidados dele e na organização do ambiente familiar para o bem estar da criança. Diante do achado referente aos profissionais considerarem singular e importante a contribuição dos familiares para atendimento Necessidades de Saúde da criança, ele reforça a necessidade de adoção de estratégias para a sua participação em todo o processo tanto de reconhecimento das Necessidades de Saúde quanto de seu atendimento.

Considerando-se a imbricada relação entre mãe e filho especialmente nos primeiros meses de vida, por vezes o atendimento às necessidades da criança passa pelo atendimento às Necessidades de Saúde materna. Essa é uma situação que pode ser evidenciada por meio do relato de uma das participantes que se refere ao apoio continuado para o restabelecimento do aleitamento materno a uma criança durante o atendimento ambulatorial:

[...] uma criança que a gente atendeu aqui que foi um bebê prematuro extremo que foi logo assim que eu vim aqui pro ambulatório, que a mãe tinha muita dificuldade de produção láctea, mesmo porque o neném tinha ficado muito tempo no CTI [...] a fono já vinha trabalhando com ela a questão da amamentação e quando ela chegou aqui a dieta do bebê era praticamente fórmula então assim, como ela mora aqui perto, aqui na região do ambulatório

ela tinha mais facilidade de estar vindo aqui, então foi uma mãe que a gente acompanhou por um período e que a gente ficou muito satisfeito com nosso trabalho e de ver que a gente tava atendendo a necessidade dela, que foi a questão da amamentação [...] ela foi conseguindo perceber que gradativamente [o bebê] foi aumentando peso, a produção de leite a amamentação facilitava isso, então foi assim um ganho que a gente teve (Celina).

Verifica-se que a abordagem da profissional se deu em torno da relação centrada nas Necessidades de Saúde da mãe, do filho e do contexto em que eles vivem. As ações de cuidado, nesse caso, foram direcionadas para a estimulação constante da amamentação, as orientações da correção da pega pela fonoaudióloga e o apoio da equipe, o que contribuiu para a estimulação da produção de leite. Essa ação de escuta e olhar sobre o contexto familiar na prática da profissional contribui para que o aleitamento aconteça de forma eficaz, como evidenciado por Almeida e colaboradores (2015). Esses autores analisaram a prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio ao aleitamento materno e destacaram que o apoio do profissional ao reconhecer e estimular a família na superação de obstáculos como dificuldades maternas no início da amamentação e crenças ao entorno dessa prática contribui para que a amamentação ocorra de maneira eficaz.

No presente estudo, a apreensão das Necessidades de Saúde foi determinante para orientar o cuidado e as suas prioridades. Os profissionais, ao realizarem uma atuação conjunta, possibilitaram o atendimento das Necessidades de Saúde no contexto de suas práticas no serviço de saúde.

O olhar ampliado que Beatriz, Lívia e Celina utilizaram para a sua atuação representa a relação de trabalho usuário centrada e não a procedimento centrada. Isso possibilita o desenvolvimento dos atos de saúde que são produzidos a partir do encontro entre familiar e profissional em um processo de relações nos quais há espaço para falas, escutas e interpretações, geradores de movimentos de confiabilidade, vínculo e aceitação entre ambos (MERHY, 1988).

Esse movimento contribui para a satisfação das Necessidades de Saúde das CRIANES ao desviar o profissional da lógica do procedimento centrado, do olhar

restrito em seu núcleo profissional específico, no qual o atendimento se restringe a questões relacionadas à doença do paciente. Ele começa a envolver as dimensões do núcleo cuidador, no qual há discussão do caso ampliada para equipe e as ações são consideradas usuário centradas. Dessa forma, devido à interação com o familiar através da escuta e criação de vínculo, possibilita que os atos de cuidar sejam direcionados para o atendimento das Necessidades de Saúde que os pacientes trazem consigo (MERHY, 1988).

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Duarte e colaboradores (2010) concluiu que a assistência ao recém-nascido de alto risco orientada pela integralidade tem como um de seus componentes o cuidado centrado no recém-nascido e sua família e reconhece que uma das necessidades dos familiares é o diálogo com os profissionais. Esse é um aspecto que é objeto de atenção das participantes deste estudo ao evidenciarem a importância de se considerar a família e as relações estabelecidas com ela a para satisfação das Necessidades de Saúde e integralidade do cuidado.

Para a continuidade do cuidado e satisfação das Necessidades de Saúde a família ter clareza que o seguimento é um serviço especializado e que vai direcionar as ações de cuidar para a CRIANES é um dos aspectos a ser considerado nessa relação que vai se construindo com o conjunto de profissionais que atendem no seguimento. Ao mesmo tempo é que ao longo dos atendimentos, não menos desafiadoras são as informações e orientações para o cuidado às CRIANES pelos familiares, de cujo entendimento depende o que acontecerá posteriormente no domicílio.

Há várias orientações que são direcionadas ao cuidador em um único momento sem que se saiba se ele conseguiu ter um entendimento correto e também se o profissional conseguiu se fazer entender, especialmente em situações mais complexas. Beatriz e Bárbara em relação à comunicação com familiares e/ou cuidadores apontam:

[...] tem vezes que a gente tem limitação em relação ao entendimento dos pais, tem pais e mães que não tem capacidade de entender o que a gente fala, mesmo você exemplificando, você dando exemplo, deixando o mais lúdico possível você, tem hora que não consegue fazer com que os pais entendam o que você tá explicando, parece

que eles entendem mas quando voltam na outra consulta você sabe, nossa acho que ele não entendeu nada do que eu falei, MESMO, acaba, com o tempo que eu já estou aqui, você acaba que vai criando alternativas pra falar uma coisa complexa de um jeito mais simples, mas acho que tem pai que mesmo assim não entende, então acho que isso limita muito né, porque ai você não consegue, você não consegue ser muito eficaz assim né, em seu atendimento, por causa do entendimento dos pais também.(Beatriz)

[...] a população é muito simples então você tem que explicar TODA vez que vem, porque eles nem sempre entendem o que que a criança precisa em questão de estímulo de medicação, mais essas coisas. (Bárbara)

Beatriz se refere à dificuldade dos pais de entenderem as orientações. Ela afirma que por mais que há explicação pode haver o não entendimento das informações. Bárbara se refere à característica da população atendida ser simples. No trabalho em saúde, essa interação é importante e apresenta-se como um desafio para os profissionais para que as suas orientações sejam direcionadas de uma forma que o familiar as efetive no domicílio.

Na observação de campo, durante o atendimento da profissional pediatra, verifica-se a grande quantidade de informações trazidas pela mãe e outras que a profissional direciona durante o atendimento:

[...] no momento da consulta: M9 refere que a criança estava tomando o leite sem lactose e que a pediatra havia pedido o exame e ela levou a criança para realizar e o resultado constou que a criança não tinha a intolerância a lactose. A M9 diz que está insegura pelo resultado do exame e diz que continua ofertando o que para o filho de três meses, pois quando introduziu o leite comum ele ficou quatro dias sem evacuar, pediatra diz para ela que esse período é normal que ela pode continuar dando o leite comum. Em relação a alimentação de F9 outras informações são direcionadas como: “Pediatra: a gente pode tentar, ta tomando água? Pediatra: ta tomando água? M9: tá, eu dou 20 ml de água. Pediatra: quantas

vezes no dia? M9: todo dia. Pediatra: mas uma vez só? M9: é uma vez só. Pediatra: não, pode dar essa água umas três ou quatro vezes. M9: tá, suco de. Pediatra: já começou? M9: não, só água. Pediatra: já pode começar, suco de laranja, manga. M9: qualquer fruta? Pediatra: laranja, pêra, maçã. M9: beterraba não ne? Pediatra: pode, bater com laranja, qualquer fruta, sempre variando. Não precisa de por açúcar, você vai por se ficar muito grosso. M9: e comida não ainda? Pediatra: ainda não, mais pra frente. M9: há tá. Pediatra: frutinha também amassada ou raspada. M9: tá. Pediatra: a mesma coisa, banana, pêra, maçã o que ocê quiser. M9: tá. Pediatra: no começo cê vai dar com colherzinha, pode ser que ele cuspa, normal, vai continuar insistindo é um reflexo. M9: tá. Pediatra: ai se o suco ficar azedinho, põe uma cenoura, pra ele ficar mais grossinho. M9: porque a laranja, eles falam que aquela serra d'água é. Pediatra: de preferência ela, mas pode ser as outras também. M9: tá.”

(Observação de Campo nº 09, 22 de julho de 2015)

Dentre as Necessidades de Saúde que foram relatadas, várias foram em relação à alimentação, a mãe traz sentimento de insegurança em relação ao filho ter intolerância à lactose e, ao longo da consulta, a profissional vai direcionando o diálogo para explicação de que o filho pode se alimentar com leite contendo lactose e apresenta a ela alternativas de introdução de alternativas na alimentação do filho.

A chegada do bebê de risco para a família faz com que surjam sentimento de angústia e incerteza, foi o que apontou Frota e colaboradores (2015) em um estudo realizado com mães que estavam na sua primeira semana de cuidado ao filho no domicílio após a alta da UTIN. Realizaram-se entrevistas com essas mães em um ambulatório e perceberam a importância de ouvirem esses cuidadores para que suas Necessidades de Saúde apareçam no momento da consulta e sejam diretoras para as intervenções de cuidado do profissional contribuindo assim para fortalecimento dos familiares ao cuidado dos filhos.

Dentre as Necessidades de Saúde que foram identificadas nos atendimentos estão as de caráter social. Os profissionais reconhecem que tais questões interferem também nas condições de saúde das crianças. É o que Helena discorre no trecho a seguir:

[...] eu acho que entendendo eles conseguem buscar melhor as formas de resolver isso, os tratamentos e os remédios que às vezes são caríssimos e eles tem que entrar na justiça e eles tem que buscar isso, e tem que ir lá pra secretaria de saúde, conseguir remédio especial, isso tudo é muito caro, isso tudo gasta tempo, a mãe não pode trabalhar, a mãe tem que ir no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), conseguir um salário mínimo com mais três, quatro filhos em casa, tudo é muito difícil, ENTÃO SE A MÃE E O PAI, primeiro tem um médico de referência, sabem exatamente o que está acontecendo é muito mais fácil pra eles batalharem por isso[...] (Helena).

Ela enfatiza a importância do olhar para a questão de que os familiares podem enfrentar dificuldades financeiras para cuidar da criança, reconhece que os pais precisam de informações por meio das quais eles possam procurar recursos para auxílio no cuidado ao filho e consegue direcioná-los para assuntos que são Necessidades de Saúde que outros setores agirão para satisfazer.

Estudo realizado por Gaiva e colaboradores (2009) evidenciou as repercussões que a família enfrenta no cuidado de crianças com espinha bífida. Constataram que a condição crônica teve várias implicações na vida das crianças e suas famílias abrangendo as seguintes dimensões: emocional, social e financeira. Quanto à dimensão financeira constataram que os familiares buscam por recursos para complementar a renda familiar e sanar os gastos com as despesas com o filho. Das famílias entrevistadas, algumas relataram que o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um auxílio que contribui muito para as despesas e outras tiveram dificuldade em obtê-lo. Este estudo trouxe o olhar importante sobre a condição sócio econômica da família que é responsável pela continuidade do cuidado da criança. Nesse cenário, são relevantes as orientações realizadas pelos profissionais do serviço de seguimento acerca dessas questões socioeconômicas, pois elas possuem implicações para a satisfação das Necessidades de Saúde no cotidiano.

Ainda em relação à apreensão das Necessidades de Saúde das CRIANES, os profissionais relatam situações que não são passíveis de serem atendidas por eles, como diz Celina e Isabela:

[...] O que eu sinto que a gente não consegue muito intervir é a questão às vezes, financeira, não financeira, questão do contexto familiar que a criança vive. Que muitas das famílias que a gente atende aqui, são famílias que tem um pouco de dificuldade da questão de relacionamento familiar de agrupamento da família de ajuda, de questão de transporte às vezes de alimentação... muitas vezes elas relatam a questão financeira pra transporte pra alguém trazer, ou que mora muito longe, então são questões assim que dificultam o atendimento. Então assim, essa ai, eu vejo que a gente não consegue muito [...] (Celina)

[...] bom eu acho que dentro, a gente consegue oferecer um acesso, embora às vezes a acessibilidade não seja possível, a gente oferece o serviço, a gente tem horários disponíveis, mas às vezes a gente entende um pouco da limitação da família em chegar aqui [...] (Isabela)

Nesses casos retomo a dimensão ampla que as Necessidades de Saúde possuem, pois aspectos econômicos e questões de conflito das famílias são situações que fogem da governabilidade dos profissionais, importante sim eles reconhecerem essas necessidades e pensarem maneiras de articulá-las com outros setores, como serviço social e o apoio psicoterapêutico para direcionar esses familiares. Hoje a articulação entre os setores de saúde no Brasil apresenta-se como um grande desafio, pois deficiências em relação à baixa resolutividade da atenção básica, modelos assistenciais pautados em normatizações que impedem reconhecimento das Necessidades de Saúde levadas pelos usuários aos serviços sejam satisfeitas, fragilidades nas gestões loco regionais e recursos financeiros insuficientes são todos pontos que interferem nos atos de cuidar do paciente (CECÍLIO, 2007).

Um estudo realizado por Gavazza e colaboradores (2008), com crianças e adolescentes dependentes de tecnologia no Rio de Janeiro, constatou que a maioria das crianças que vão ao serviço de reabilitação tem que se deslocar do seu município de origem que não oferece assistência especializada, refletindo assim as desigualdades econômicas entre os municípios e o não atendimento da equidade a

essa população e conseqüentemente o impacto no atendimento das Necessidades de Saúde.

Em relação às especificidades das profissões, Beatriz retrata sobre a possibilidade de atender as Necessidades de Saúde:

[...] vai depender muito também de qual que é a necessidade, se ela precisa, se a criança, chega aqui, gripada eu não consigo prescrever, então eu preciso de outro profissional, esse é uma limitação entre os profissionais que não consigo atender, então eu acho que, eu não consigo atender todas as necessidades às vezes eu vejo uma criança que chega aqui que tá com o dente todo, todo com cárie, ou então todo, todo, o dente todo descuidado e tal, então eu consigo encaminhar pro dentista, às vezes eu vejo uma criança que tá com estrabismo, encaminho então para o oftalmo...às vezes a mãe tá com problema social, então você tenta encaminhar para parte social daquela, daquele problema, então isso acontece todos os dias, então todos os atendimentos você sempre tem um encaminhamento, nunca você consegue, são raros os momentos que você consegue sair daquela, daquele atendimento sem, sem fazer alguma observação pra mãe que ela tem que procurar outro profissional. (Beatriz)

A participante refere-se a situações em que ela apreende as Necessidades de Saúde das CRIANES que necessitam de serem encaminhadas para outros profissionais na rede de serviços, como o dentista e oftalmologista a partir de sua avaliação, mas como ainda existem desafios referidos acima de articulação da rede de serviços são Necessidades de Saúde não operacionalizadas. Desse modo, podem ocorrer casos, como o relatado por Beatriz, de os profissionais não conseguirem uma devolutiva no caso desses atendimentos.

Essa categoria trouxe o momento de encontro dos familiares com os profissionais os quais se referem a uma prática pautada no núcleo cuidador, o que permitiu considerar as singularidades que os familiares trazem consigo nas consultas, reforçando assim a autonomia dos cuidadores e satisfação das Necessidades de Saúde que acontecem no domicílio. Perante a essa prática dos profissionais, ela se caracteriza como orientada pela integralidade e revela que as necessidades sociais são destacadas pelas participantes em uma dimensão determinante de saúde.

Em relação à comunicação, o desafio de explicar ao cuidador e/ou familiar a importância e o que é o serviço de seguimento é uma estratégia importante para que a continuidade do cuidado aconteça e apresentou como um desafio da prática profissional. Estratégias para reforçar essa informação no primeiro atendimento fazem-se necessárias de forma a serem compreendidas pelo cuidador.

6 UM BREVE RELATO SOBRE A VALIDAÇÃO EXTERNA COM OS PROFISSIONAIS

A fase de validação externa desse estudo permitiu que as participantes tivessem o olhar sobre os resultados após a análise de conteúdo temática dos materiais da pesquisa.

Todos os achados empíricos foram confirmados pelas participantes. Em relação à transcrição da entrevista, apenas uma participante pediu para corrigir dados em relação ao tempo que já trabalhava no ambulatório, não alterando assim o sentido das informações da entrevista.

Logo na validação com a primeira participante, eu me surpreendi com a reação dela, pois pude perceber pelas suas expressões faciais o quanto que aqueles resultados eram significativos para ela, que demonstrou também o ensejo de afirmar os pontos positivos do serviço e tentar aprimorar os pontos frágeis.

Com as demais participantes também houve esse movimento de reflexão da prática do seu dia a dia. Três das participantes explicitaram que os resultados representavam o que elas viviam e as demais concordaram com as informações apresentadas.

Foi possível verificar que, a partir das informações apresentadas, as participantes faziam comentários e reflexões acerca de como poderiam ajudar a criar estratégias para melhoria do serviço e o quanto isso poderá gerar resultados positivos nas práticas de cuidado e para apreensão das Necessidades de Saúde.

Desse modo, as situações evidenciadas no estudo e que foram reforçadas pelas participantes durante o processo de validação referem-se: à não sistematização da discussão de casos no ambulatório, a fragilidade da rede de atenção à saúde na atenção as CRIANES, a tentativa de articulação da equipe para discussão dos casos, a necessidade de ampliação da rede de atenção a saúde para as CRIANES. Os profissionais concordam com as dificuldades que os familiares enfrentam para chegar ao ambulatório (sacrifício que demanda: sair de casa com a criança, às vezes ter que ficar o dia inteiro no ambulatório por causa do horário do transporte do município e ai tem o custo com alimentação; ir com acompanhante,

pode ter outros filhos em casa); referindo-se assim que o olhar sobre o sócio econômico é essencial.

As profissionais também trouxeram algumas reflexões, como o quanto elas percebem que o serviço de seguimento é obscuro na sociedade, a necessidade da articulação com a atenção básica, dificuldades da estrutura física do ambulatório, a responsabilidade social com os pacientes e a importância dos estudos serem realizados no ambulatório. Com isso as participantes demonstraram interesse em ouvir todos os resultados e relataram que essa etapa foi muito importante para elas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo revelou como as Necessidades de Saúde foram apreendidas pelos profissionais em um ambulatório de seguimento a crianças de risco egressas de Unidade de Terapia Intensiva. Os profissionais evidenciaram os sentimentos de tristezas, ansiedades e expectativas que os familiares levaram para o ambulatório o que contribuiu para o olhar amplo que as Necessidades de Saúde revelam.

Diante desse olhar, eles revelaram as dimensões das Necessidades de Saúde, o que caracterizou a compreensão que eles possuíam acerca delas. A compreensão existente contribuiu para a apreensão de Necessidades de saúde relacionadas ao contexto social dos familiares, como as condições socioeconômicas e questões de acessibilidade. Fortalecendo a integralidade do cuidado e as práticas do processo de trabalho do ambulatório.

Tal reconhecimento foi possibilitado pelo uso da tecnologia leve no momento do encontro entre profissionais e familiares, especialmente a escuta e a criação de vínculo com os familiares. E nessa interação a voz dos envolvidos, o respeito, as esperanças, as diferenças e as expectativas foram levadas em consideração.

Na apreensão das Necessidades de Saúde, desafios enfrentados pelos familiares em relação a acessibilidade foram elucidados pelas participantes, alguns familiares dependem do transporte público via município para chegar ao ambulatório quando residem em outro município ou pelas dificuldades de locomoção dos familiares e as crianças nos transportes públicos.

Outro aspecto a ser destacado refere-se as dificuldades que a rede de atenção à saúde apresenta em relação à distribuição dos serviços de seguimento, em sua maioria concentrados nos grandes centros urbanos. Pela conclusão de alguns relatos das participantes, embora os serviços de atenção primária são os que estão mais próximos dos domicílios das famílias, os profissionais ainda não estão preparados para atender as CRIANES.

Quando houve o reconhecimento das Necessidades de Saúde relacionados a essas questões sociais e aos desafios da rede de atenção, foi possível evidenciar

que os profissionais as identificam, mas não tem mecanismos para sua discussão e direcionamento de tais dentro da equipe do ambulatório. O que demonstra que para o atendimento das Necessidades de Saúde a articulação entre a equipe e entre os níveis de assistência ainda é deficiente e pode comprometer a continuidade do cuidado das CRIANES.

Diante disso surgem alguns questionamentos: como está sendo a formação do profissional para lidar com as CRIANES nas universidades. Porque essa questão ainda é deficiente na formação dos profissionais de saúde na academia? Vê-se a necessidade das políticas públicas contemplarem mais essa população que ainda é obscura no serviço de saúde. Estratégias como: o matriciamento as equipes de saúde da família pode ser uma alternativa, pois a atenção primária é o nível de atenção que está mais perto da família; de articulação das equipes de seguimento para direcionar as Necessidades de Saúde que envolve o contexto social fazem-se necessárias.

A operacionalização Necessidades de Saúde é uma estratégia que contribuiu para a adesão das famílias ao seguimento, colaborando assim para uma melhor qualidade de vida das CRIANES o que possibilita também a sua inserção na sociedade pois suas Necessidades de Saúde estão sendo consideradas.

Esses resultados apontam a necessidade de pesquisas em relação a acessibilidade, com a investigação dos itinerários terapêuticos dessas famílias. Outro estudo seria dar a voz ao familiar e/ou cuidador para eles relatarem o que são suas necessidades em relação ao atendimento de saúde e em que medidas elas são atendidas, fortalecendo assim mais estratégias para contribuir com a operacionalização. Como outra limitação, o estudo foi realizado em um único ambulatório, sendo assim para compreender e dar visibilidade as CRIANES novos trabalhos em outras cidades poderão contribuir para se ter a dimensão desses serviços e como estão atendendo a esta população.

O processo de validação externa possibilitou uma reflexão dos profissionais de saúde para questões que ainda não acontecem de maneira efetiva no processo de trabalho, como a discussão conjunta dos casos e o fato de ter provocado essa reflexão é um ganho para o serviço de saúde, pois assim as Necessidades de Saúde serão discutidas com todas as visões dos profissionais para resolução de

Necessidades de Saúde mais complexas e que interferem diretamente na vida e no cuidar das CRIANES.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACRIAR- **Ambulatório da Criança de Risco**. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/acriar/metodos.php>>. Acesso em 20 de janeiro de 2015.

ALBUQUERQUE, V.S.M, et.al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**, V. 38, N. ESPECIAL, P. 182-194, 2014.

ALMEIDA, M.J.; LUZ, B.A.S.; UED, V.F. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Paul Pediatr**, v. 33, n.3, p. 355-362, 2015.

AYRES, M.C.R.J. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n. 1, p.63-72, 2001.7

BARROS, G.D.; CHIESA, M.A. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, Esp., p. 793-798, 2007.

BENGOZI, T.M.; SOUZA, S.N.D.H.; ROSSETTO, E.G.; RADIGONDA B.; HAIKAWA, L.M.; RAMALHO, D.P. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Ciênc Cuid Saúde**, v.9, n.1, p. 155-160, 2010.

BIARGE, M.M.D.; BLANCO, A.; ALIX, G.; SALAS, S. Seguimiento de los recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica. **An Pediatr (Barc)**, v. 81,n.1, 2014.

BLAIR, C.; RAVER, C.C. Child Development in the Context of Adversity. **American Psychological Association**, v.67, n.4, p. 309-318, 2012.

BRASIL. Lei número 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru, 2. Ed, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde 2013. 204 p.

BRASIL. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

CABRAL, E.I.; MORAES, M.M.R.J. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n.6, p. 1078-1085, 2015.

CABRAL, I. E. et. al. A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 35-39, 2004.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16 (7): 3033-40, 2011.

CAMPOS, O.R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n. 4, p.1269-1286, 2011.

CAMPOS, O.T.R.; CAMPOS, S.W.G. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. In: Tratado de Saúde Coletiva; Editora Hucitec/Fiocruz; organização Campos,GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM. –

2006.

CAMPOS, S.W.G. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.

CAMPOSA, O.M.; NETO, R.F.J. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.2, p.232-240, 2008.

CARVALHO, C.L. **A disputa de planos de cuidado na Atenção Domiciliar**. 2009.111p.Dissertação(Mestrado)-Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, C.L. A disputa de planos de cuidado na Atenção Domiciliar. Rio de Janeiro:UFRJ, (dissertação) Faculdade de Medicina, 2009.111p.

CARVALHO, G.B. et. al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 2º, n.1, 2012.

CAVALCANTE, M.C.; JORGE, B.S.M.; SANTOS, M.C.D. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n.1, p. 161-178, 2012.

CECÍLIO, O.C.L. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Lutapela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, A.R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2006, p. 117-130.

CECÍLIO, O.C.L. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

CECÍLIO, O.C.L.; MATSUMOTO, F.N. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. Publicado em PINHEIRO R; FERLA A F; MATTOS R A (orgs.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p. ISBN: 85-

89737-29-2.

CECÍLIO, O.CL. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface comunicação saúde educação**, v. 15, n. 37, 2011.

CECÍLIO, O.CL.; LACAZ, C.A.F. O trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 73p.

COELHO, C.A.E.; FONSECA, S.G.M.R. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n.2, p. 214-217, 2005.

COUTO, F.F.; PRAÇA, S.D.N. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.1, p.19-26, 2012.

CRUZ, C.A.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n.4, p. 861-865, 2011.

DEHKHODA, N.; VALIZADEH, S.; JODEIRY, B.; HOSSEINI, B.M. The Effect of an Educational and Supportive Relactation Program on Weight Gain of Preterm Infants. **Journal of Caring Sciences**, v.2, n.2, p. 97-103, 2013.

DEMO, P. Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos. 4ª ed. Campinas: Papirus, 135p.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

FERRAZ, T.S. et.al. Programa de Follow-up de Recém-nascidos de Alto Risco: Relato da Experiência de uma Equipe Interdisciplinar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 133-139, 2010.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

FROTA, A.M. et.al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no

domicílio: vivência materna. **Esc Anna Nery**, v. 17, n.2, p. 277-283, 2013.

GAIVA, M.A.M.; NEVES, Q.A.; SIQUEIRA, G.M.F. O Cuidado Da Criança Com Espinha Bífida Pela Família No Domicílio. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n.4, p. 717-725, 2009.

GAVAZZA, Z.C. et.al. Utilização de serviços de reabilitação pelas crianças e adolescentes dependentes de tecnologia de um hospital materno-infantil no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.5, p. 1103-1111, 2008.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 10^a. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007, 107 p.

GRIEP, H.R.; CHOR,D.;FAERSTEIN, E.; WERNECK, L.G.; LOPES, S.C. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, n. 21, v.2, p. 703-714, 2005.

HELLER, A. **Teoria de las necesidades en Marx**. Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1974.177p.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6^a ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo:Paz e Terra, 2000.121p.

HENNEN, E.K.B.Learning continuity of care. **Can Fam Physician**,V.27, p. 831-833,1981.

Hospital Sofia Feldman- HSF. Disponível em: < <http://www.sofiafeldman.org.br/>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2015.

HWANG,S.S.; et.al. Discharge Timing, Outpatient Follow-up, and Home Care of Late-Preterm and Early-Term Infants.**Pediatrics**, v. 132, n. 1, 2013.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, Z.L. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.9, p. 3791-3798, 2014.

IPFCC -Institute for patient and family centered care. Disponível em: <

<http://www.ipfcc.org/> > Acesso em: 08 de março de 2016.

JACKSON, J.B. et.al. Bayley Scales of Infant Development Screening Test-Gross Motor Subtest: Efficacy in Determining Need for Services. **Pediatric Physical Therapy**, v.24, p.58-62, 2012.

KNAFL, K.; DEATRICK, A.J.; GALLO, M.A. The Interplay of Concepts, Data, and Methods in the Development of the Family Management Style Framework. **J Fam Nurs**, v.14, n.4, 2008.

KONDER, L. O que é dialética. São Paulo: Brasiliense, Primeiros Passos, 1981. 87 p.

KUO,Z.D. A National Profile of Caregiver Challenges Among More Medically Complex Children With Special Health Care Needs. **Arch pediatr adolesc med**, v.165, n.11, 2011.

LABRE, W. et.al. Continuity and coordination of care during and after neonatal intensive care. **Journal of Child Health Care**, v. 14, n.3, p. 239-249, 2010.

LEMOS, A.R.; VERÍSSIMO, R.O.L.M. Desenvolvimento de crianças nascidas prematuras: a compreensão dos cuidadores à luz da Teoria Bioecológica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.6, p. 899-907, 2015.

LEAL, J.R.; CABRAL, E.I.; PERREAULT, M. Experiência Brasil-Canadá no cuidado social e na saúde da criança com necessidades especiais: aproximações e distanciamentos. **Interfaces Brasil/Canadá, Rio Grande**, n.11,2010.

MAITRE,N . et.al. Early prediction of cerebral palsy after neonatal intensive care using motordevelopment trajectories in infancy. **Early Human Development**, v. 89, p. 781–786, 2013.

MARECOS, C. et.al. Fatores Preditivos da Aderência dos Pais a um Programa de Seguimento de Crianças Nascidas de Muito Baixo Peso. **Ifisionline**, v.2, n.1, 2011.

MARX, K. **O capital- crítica da economia política**. 1867. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1996. V.1.473p.

MATSUMOTO, N.F. A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde. 1999. 201p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MCPHERSON, M.; ARANGO, P.; FOX, H.; LAUVER, C.; MCMANUS, M.; NEWACHECK, W.P.; PERRIN, M.J.; SHONKOFF, P.J.; STRICKLAND, B. A New Definition of Children With Special Health Care Needs. **Pediatrics**, V.102, 1998.

MCSPADDEN, C.; THERRIEN, M.; MCEWEN, R.I. Care Coordination for Children With Special Health Care Needs and Roles for Physical Therapists. **Pediatric Physical Therapy**, v.24, p. 70-77, 2012.

MEDRONHO, R.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELLO, F.D.; ROCHA, M.M.S. Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão de literatura sobre o seguimento. **Rev Bras Enferm**, v.52, n. 1, 1999.

MENDES, V.E. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. VILAÇA. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Emerson Elias Merhy in: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY, E.E. **Saúde: Cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 190p.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, 2003.

MERHY, E.E. et.al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MILBRATH, M.V. et.al. Integralidade e acessibilidade no cuidado à criança portadora de paralisia cerebral. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.6, p. 755-760, 2009.

MINAYO, S.C.M.; HARTZ, A.M.Z.; BUSS, M.P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, A.P.; BERTOLOZZI, R.M.; HINO, P. Percepções sobre Necessidades de Saúde e Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

NAKAMURA, E. et.al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n.2, 2009.

NEVES, T.E.; ANDRES, B.; SILVEIRA, A.; ARRUÉ, M.A. A rede social de cuidados de uma criança com necessidade especial de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n.2, P. 533-540, 2013.

NEVES, T.E.; CABRAL, E.I. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 29, n.2, p. 182-190, 2008a.

NEVES, T.E.; CABRAL, E.I. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.3, p. 552-560, 2008b.

NEVES, T.E.; CABRAL, E.I. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n.3, 2009.

NISHIMOTO, J.L.C; DUARTE, D.E. A organização familiar para o cuidado à criança em condição crônica, egressa da unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.2, p.318-327, 2014.

NÓBREGA, M.V.; COLLET, N.; SILVA, L.K.; COUTINHO, D.E.S. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n.3, p. 431-440, 2010.

OKIDO, C.C.A. et.al. Criança dependente de tecnologia: a experiência do cuidado materno. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.5, p. 1066-1073, 2012.

OKIDO, C.C.A.; HAYASHIDA, M.; LIMA, G.A.R. Perfil de crianças dependentes de tecnologia no município de ribeirão preto-SP. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 3, p. 291-296, 2012.

OKIDO, A.C.C. **A experiência materna no cuidado do filho dependente de tecnologia**. 2013, 170p.Tese (doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2013.

OLLAIK, G.L.; ZILLER, M.H. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, v.38, n.1, 229-241, 2012.

PACHECO, A.T.S.; CABRAL, E.I. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 15, n.2, p.314-322, 2011.

PEREIRA, F.E.; TEIXEIRA, S.C.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, p.241-50, 2012.

PINTO, M.D. et.al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.3, p.493-302 ,2011.

PINTO, S.M.J. **Cuidados habituais modificados no cotidiano dos cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde interfaces com o saber de enfermagem**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, 2011.

PINTO, S.M.J. Cuidados habituais modificados no cotidiano dos cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde interfaces com o saber de enfermagem. 2011. 124p. Dissertação (Mestre em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

REZENDE, M.M.J.; CABRAL, E.I. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. **R. pesq.: cuid. Fundam**, 2(Ed. Supl.), p.:22-25, 2010.

ROQUETE, F.F. et.al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v.2, n.3, p. 463-474, 2012.

SANTOS, L.C.; BALAMINUT, T.; SOUZA, S.N.D.H.; ROSSETTO, E.G. Perception of premature infants' mothers on home visits before and after hospital discharge. **Invest Educ Enferm**, v. 32, n. 3, p. 393-400, 2014.

SEGRE, M.; FERRAZ, C.F. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n.5, p. 538-542, 1997.

SEIDL, F.M.E.; ZANNON, C.L.M.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.2, p. 580-588, 2004.

SILVA, V.P.J.; PINHEIRO, R.; MACHADO, S.R.F. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

SILVA, H.F.; GOMES, S.R. Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum. In: MATTOS, A.R.; PINHEIRO, R. **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/UERJ, 2008. p. 297-300.

SILVA, K.L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas.

Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 76-85, 2014.

SILVA, N., M., A. et.al. Atuação da enfermagem na abordagem de necessidades de usuários na estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n.2. p. 193-201, 2014.

SILVEIRA, A.; NEVES, T.E. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n.2, p. 254-260, 2011.

SILVEIRA et.al. Educação em saúde: saberes dos familiares de crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev enferm UFPE**, v.7, p. 6190-6196, 2013.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for healthInterface - Comunic., Saúde, Educ. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.21, p.65-78, jan/abr 2007.

SOARES, A. H. R.; MARTINS, J.A.; LOPES, B.C.M.; BRITTO, A.A.J.; OLIVEIRA, Q.C.; MOREIRA, N.C.M. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3197-3206, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Departamento científico de neonatologia. 1ªed, São Paulo, 2012, 84p.

SUAZO, H.A.J, et.al. Recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del recién nacido prematuro tardio. **An Pediatr (Barc)**, v. 81, n. 5, 2014.

TEH, J.C. et.al. Attitudes of caregivers to management of end-stage renal disease in infants. **Perit Dial Int**, v.31, n.4, p.459-465, 2011.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa. 5ª .ed. Petrópolis: Vozes, 2011, 685 p.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VERRIPS, G. et.al. Long term follow-up of health-related quality of life in young adults born very preterm or with a very low birth weight. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.10, n. 49, 2012.

WALKER, P.S. ET.AL. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **Lancet**, v.378, p.1325–38, 2011.

WHO, March of Dimes, PMNCH, Save the Children. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. World Health Organization. Geneva, 2012.

YOKOKURA, P.C.V.A. et.al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.3, p.522-534, 2013.

Apêndice A - Entrevista semi estruturada- Profissionais do ambulatório

Data: ____/____/ 2015.

Início: _____ horas Fim: _____ horas

<p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____ _____</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>Tel:() _____</p> <p>Formação: _____ Sexo: Masculino () Feminino ()</p> <p>Há quanto tempo trabalha na profissão: _____</p> <p>Há quanto tempo trabalha no ambulatório? _____</p>
<p>1) Na sua opinião, o que são necessidades de saúde?</p>
<p>2) Quais as Necessidades de Saúde você identifica na população atendida neste ambulatório?</p>
<p>3) As Necessidades de Saúde das crianças são discutidas entre os profissionais que atuam neste ambulatório?</p>
<p>4) Na sua opinião, quais Necessidades de Saúde você consegue ou não atender no contexto do ambulatório? (O que você acha que o cuidado as crianças atendidas neste ambulatório deve contemplar/envolver).</p>
<p>5) Gostaria que você relatasse alguma situação que você tenha vivenciado ou tomado conhecimento, que se destacou pela possibilidade de atendimento das Necessidades de Saúde dos usuários deste ambulatório.</p>

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE para profissionais referente a entrevistata

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2015.

Prezado(a) Sr (a),

Eu, Andreza Miranda de Abreu, sou enfermeira e aluna do programa de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “ *Reconhecimento das Necessidades de Saúde por profissionais: potencialidade para a continuidade no seguimento ambulatorial*”, esta pesquisa tem a orientação da professora Dr.^a Elysângela Dittz Duarte e gostaria de convidar você para este estudo. As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) são crianças que tem ou estão em risco aumentado para desenvolverem uma condição crônica, de desenvolvimento, condição comportamental ou emocional e que também possuem a necessidade de utilização de serviços de saúde além do que outras crianças. O conceito de CRIANES envolve a família, os serviços de saúde, as relações do profissional com a família e o contexto sociocultural e econômico dessa criança. Este estudo tem por objetivo analisar, sob a perspectiva dos profissionais, o reconhecimento ou não das Necessidades de Saúde de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde atendidas em um serviço de atendimento ambulatorial. Para isto será realizado entrevista semi estruturada para os profissionais e observação de campo.

Sua colaboração será da maior importância para realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito a sua participação. Mas para isso é necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

- 1- A sua participação consiste em responder algumas perguntas, é uma participação voluntária e o Sr (a) terá a liberdade para retirar o seu consentimento e desistir de participar em qualquer momento que desejar, sem risco de qualquer penalização;
- 2- Caso o (a) Sr (a) não deseje participar ou desista de continuar durante a coleta de dados, não haverá nenhum prejuízo para o (a) Sr (a);
- 3- Durante a realização da pesquisa o (a) Sr (a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o estabelecimento de dúvidas;
- 4- Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais;
- 5- Caso, a sua categoria profissional, tenha apenas o (a) Sr (a), o termo de Concessão de direitos de uso de depoimento, faz parte dessa pesquisa, e o (a) Sr (a) concordando em participar, deverá assiná-lo também;
- 6- O (a) Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma

gratificação para a participação nesta pesquisa;

7-A entrevista será gravada e a utilização dos resultados das informações obtidas serão exclusivamente para fins científicos;

8- Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (73571129) ou pelo e-mail: andrezamiranda@enf.mest.ufmg.br. E ainda se julgar necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone (31) 3409-4592 ou pelo e-mail coep@prpq.ufmg.br;

9- Ao final da pesquisa de for de seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador,

10- Será fornecido por mim ao Sr (a) uma cópia deste documento, por mim assinada.

Certa de contar como o seu apoio reitero meu apreço e agradecimento e solicito-lhe que declare o seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Andreza Miranda de Abreu
Pesquisadora

Elysângela Dittz Duarte
Orientadora

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Participante

Contatos: COEP- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627

Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005

Campus Pampulha

Belo Horizonte, MG - Brasil

31270-901

Tel: (31) 3409-4592

Profa.: Elysângela Dittz Duarte Tel: (31) 3409-9864. Escola de Enfermagem – UFMG.

Aluna: Andreza Miranda de Abreu Tel: (31) 7357-1129. Escola de Enfermagem – UFMG.

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE para profissionais referente a observação no campo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2015.

Prezado(a) Sr (a),

Eu, Andreza Miranda de Abreu, sou enfermeira e aluna do programa de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “ *Reconhecimento das Necessidades de Saúde por profissionais: potencialidade para a continuidade no seguimento ambulatorial*”, esta pesquisa tem a orientação da professora Dr.^a Elysângela Dittz Duarte e gostaria de convidar você para este estudo. As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) são crianças que tem ou estão em risco aumentado para desenvolverem uma condição crônica, de desenvolvimento, condição comportamental ou emocional e que também possuem a necessidade de utilização de serviços de saúde além do que outras crianças. O conceito de CRIANES envolve a família, os serviços de saúde, as relações do profissional com a família e o contexto sociocultural e econômico dessa criança. Este estudo tem por objetivo analisar, sob a perspectiva dos profissionais, o reconhecimento ou não das Necessidades de Saúde de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde atendidas em um serviço de atendimento ambulatorial. Para isto será realizado observação de campo.

Sua colaboração será da maior importância para realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito a sua participação. Mas para isso é necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

- 1- A sua participação consiste em autorizar a observação da sua consulta pela pesquisadora, é uma participação voluntária e o Sr (a) terá a liberdade para retirar o seu consentimento e desistir de participar em qualquer momento que desejar, sem risco de qualquer penalização;
- 2- Caso o (a) Sr (a) não deseje participar ou desista de continuar durante a coleta de dados, não haverá nenhum prejuízo para o (a) Sr (a);
- 3- Durante a realização da pesquisa o (a) Sr (a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o estabelecimento de dúvidas;
- 4- Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais;
- 5- O (a) Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa;
- 6- A utilização dos resultados das informações obtidas serão exclusivamente para

fins científicos;

7- Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (73571129) ou pelo e-mail: andrezamiranda@enf.mest.ufmg.br. E ainda se julgar necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone (31) 3409-4592 ou pelo e-mail coep@prpq.ufmg.br;

8- Ao final da pesquisa de for de seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador,

9- Será fornecido por mim ao Sr (a) uma cópia deste documento, por mim assinada.

Certa de contar como o seu apoio reitero meu apreço e agradecimento e solicito-lhe que declare o seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Andreza Miranda de Abreu
Pesquisadora

Elysângela Dittz Duarte
Orientadora

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Participante

Contatos: COEP- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627

Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005

Campus Pampulha

Belo Horizonte, MG - Brasil

31270-901

Tel: (31) 3409-4592

Profa.: Elysângela Dittz Duarte Tel: (31) 3409-9864. Escola de Enfermagem – UFMG.

Aluna: Andreza Miranda de Abreu Tel: (31) 7357-1129. Escola de Enfermagem – UFMG.

Apêndice D - Termo de Autorização de Uso de Depoimentos

Eu _____, CPF _____,
RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso do meu depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os (as) pesquisadores (as): Elysângela Dittz Duarte e Andreza Miranda de Abreu do projeto de pesquisa intitulado” *O reconhecimento das Necessidades de Saúde por profissionais: potencialidade para a continuidade no seguimento ambulatorial*” a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização deste depoimento para fins científicos e de estudos (livros, artigos), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2015.

Pesquisador responsável pelo projeto

Participante da Pesquisa

Apêndice E -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE familiar e/ou cuidador das CRIANES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2015.

Prezado(a) Sr (a),

Eu, Andreza Miranda de Abreu, sou enfermeira e aluna do programa de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “ *Reconhecimento das Necessidades de Saúde por profissionais: potencialidade para a continuidade no seguimento ambulatorial*”, esta pesquisa tem a orientação da professora Dr.^a Elysângela Dittz Duarte e gostaria de convidar você para este estudo. As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) são crianças que tem ou estão em risco aumentado para desenvolverem uma condição crônica, de desenvolvimento, condição comportamental ou emocional e que também possuem a necessidade de utilização de serviços de saúde além do que outras crianças. O conceito de CRIANES envolve a família, os serviços de saúde, as relações do profissional com a família e o contexto sociocultural e econômico dessa criança. Este estudo tem por objetivo analisar, sob a perspectiva dos profissionais, o reconhecimento ou não das Necessidades de Saúde de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde atendidas em um serviço de atendimento ambulatorial. Para isto será realizado observação de campo.

Sua colaboração será da maior importância para realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito a sua participação. Mas para isso é necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

- 1- A sua participação consiste em permitir a observação durante sua permanência e da criança no ambulatório, desde sua entrada, consulta e momento de saída e o Sr (a) terá a liberdade para retirar o seu consentimento e desistir de participar em qualquer momento que desejar, sem risco de qualquer penalização;
- 2- Caso o (a) Sr (a) não deseje participar ou desista de continuar durante a coleta de dados, não haverá nenhum prejuízo para o (a) Sr (a);
- 3- Durante a realização da pesquisa o (a) Sr (a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o estabelecimento de dúvidas;
- 4- Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais;
- 5- O (a) Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa;
- 6- A utilização dos resultados das informações obtidas serão exclusivamente para

fins científicos;

7- Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (73571129) ou pelo e-mail: andrezamiranda@enf.mest.ufmg.br. E ainda se julgar necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone (31) 3409-4592 ou pelo e-mail coep@prpq.ufmg.br;

8- Ao final da pesquisa de for de seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador,

9- Será fornecido por mim ao Sr (a) uma cópia deste documento, por mim assinada.

Certa de contar como o seu apoio reitero meu apreço e agradecimento e solicito-lhe que declare o seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Andreza Miranda de Abreu
Pesquisadora

Elysângela Dittz Duarte
Orientadora

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Participante

Contatos: COEP- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627

Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005

Campus Pampulha

Belo Horizonte, MG - Brasil

31270-901

Tel: (31) 3409-4592

Profa.: Elysângela Dittz Duarte Tel: (31) 3409-9864. Escola de Enfermagem – UFMG.

Aluna: Andreza Miranda de Abreu Tel: (31) 7357-1129. Escola de Enfermagem – UFMG.

Apêndice F - Termo de assentimento livre e esclarecido - Crianças até 12 anos de idade

Belo Horizonte, _____, de _____ de 2015.

Prezado(a) _____,

Eu, Andreza Miranda de Abreu, sou enfermeira e aluna do programa de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: *“Reconhecimento das Necessidades de Saúde por profissionais: potencialidade para a continuidade no seguimento ambulatorial”*, esta pesquisa tem a orientação da professora Dr.^a Elysângela Dittz Duarte e gostaria de convidar você para este estudo. As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) são crianças que tem ou estão em risco aumentado para desenvolverem uma condição crônica, de desenvolvimento, condição comportamental ou emocional e que também possuem a necessidade de utilização de serviços de saúde além do que outras crianças. O conceito de CRIANES envolve a família, os serviços de saúde, as relações do profissional com a família e o contexto sociocultural e econômico dessa criança. Este estudo tem por objetivo analisar, sob a perspectiva dos profissionais, o reconhecimento ou não das Necessidades de Saúde de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde atendidas em um serviço de atendimento ambulatorial.

Sua colaboração é muito importante para a realização desse estudo e, por isso, você e seu responsável estão sendo convidados a participar. Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. A sua colaboração é voluntária, consiste em aceitar que observemos o cotidiano de você e seu responsável nos espaços e serviços do município. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou não. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo para você e seu responsável. Você não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nessa pesquisa. Os riscos envolvidos na pesquisa estão relacionados à obtenção de dados por meio de observação e entrevista, sabendo destes riscos, os pesquisadores procurarão evitar a possibilidade de constrangimento dos participantes. Você e seu responsável não serão identificados na divulgação dos resultados, que estarão a disposição de vocês quando finalizada a pesquisa. Os pesquisadores utilizarão as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

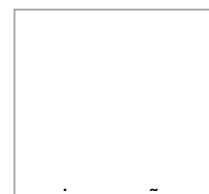
Assinatura da criança/ familiar/cuidador principal:

Andreza Miranda de Abreu

Pesquisadora

Tel.: (31) 7357-1129

E-mail: andrezaufvjm@gmail.com



Profa. Dra. Elysângela Dittz Duarte

Pesquisadora responsável

Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia

Escola de Enfermagem, sala 416

Belo Horizonte, MG, CEP 30130-100

Tel.: (31) 3409-9864

E-mail: elysangeladittz@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627,
Pampulha

Unidade Administrativa II, sala 2005

Belo Horizonte, MG, CEP 31270-901

Tel.: (31) 3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Apêndice H - Carta convite para validação externa- Profissionais

Belo Horizonte, ____ de fevereiro de 2016.

Prezada _____,

Venho mais uma vez agradecer pela sua contribuição na pesquisa “Reconhecimento das Necessidades de Saúde por profissionais: potencialidade para a continuidade no seguimento ambulatorial”. Gostaria que você lesse a sua entrevista para certificar a fidelidade da transcrição realizada e compartilhar com você os resultados do estudo.

Na expectativa de contar com a sua colaboração, disponibilizo junto a esta carta uma cópia da transcrição de sua entrevista, e solicito o agendamento de um dia e horário dentro de 10 dias para recebe-la de volta com os seus comentários. Na ocasião deste encontro apresentarei os resultados preliminares da análise dos dados coletados e você terá a oportunidade de expressar a sua concordância ou não, bem como outras perspectivas acerca da situação analisada.

Certa de contar com a sua colaboração, agradeço e solicito que o documento apresentado seja mantido em sigilo.

Atenciosamente,

Andreza Miranda de Abreu
(Mestranda)

Apêndice I - Termo de responsabilidade com material da pesquisa para validação externa

Eu _____, recebi a transcrição de minha entrevista na pesquisa “Reconhecimento das Necessidades de Saúde por profissionais: potencialidade para a continuidade no seguimento ambulatorial”, garanto guardar sigilo desde material e retornar com o mesmo para discussão com a pesquisadora Andreza Miranda de Abreu no dia ___/___/_____ às ___:___ horas.

Belo Horizonte, _____ de fevereiro de 2016.

Assinatura do participante

Apêndice J - Roteiro para validação externa

Apêndice Roteiro para validação externa:

-Observação referente a transcrição.

Qual: _____

OBS: Neste dia estarei com os áudios caso o participante queira ouvir novamente algum trecho para esclarecimento.

Discussão dos resultados (colocar de acordo com a apresentação) das 04 categorias empíricas: notar pontos de dúvidas, sugestões, questionamentos:

Apêndice K- Apresentação dos resultados para a validação externa com os profissionais

Pesquisa: Reconhecimento das necessidades de saúde por profissionais:
potencialidade para a continuidade no seguimento ambulatorial

Validação externa com os profissionais

Belo Horizonte, fevereiro de 2016

Objetivo da pesquisa:

- Analisar, sob a perspectiva dos profissionais, o reconhecimento ou não das necessidades de saúde de CRIANES atendidas em um ambulatório de seguimento.

Síntese dos resultados

- **As diferentes dimensões das necessidades de saúde sob as perspectivas dos profissionais no serviço de seguimento**
- Em primeiro momento houve a correlação das N.S. ao conceito de saúde, destacando características individuais das pessoas e considerando seu contexto social;
- O atendimento das N.S. é possível através de um conjunto que envolve o contexto social das pessoas e não somente questões que envolvem a saúde e doença;

Síntese dos resultados

- A relação do cuidar e os sentimentos dos familiares e/ou cuidadores das CRIANES é uma questão que os profissionais destacam em seus atendimentos;
- Isto possibilitou caminhos para a criação do vínculo na relação do profissional com o familiar, fortalecendo assim estratégias para apreensão das N.S.

Síntese dos resultados

- **Necessidades de saúde e o contexto social das CRIANES**
- Nos relatos sobre as N.S. houve a relação desta com: o sócio econômico, com a rede social e o apoio social e com a rede de atenção à saúde;
- Para o reconhecimento das N.S., os participantes relataram também que questões relacionadas as redes e ao apoio social fazem parte da vida das CRIANES e que interferem diretamente no atendimento de suas N.S.

Síntese dos resultados

- Os profissionais também destacaram os desafios dos serviços de seguimento para essas crianças, relataram que várias famílias do interior vão ao seguimento na capital, apontando assim a necessidade de estruturação e ampliação dessa rede em todos os níveis de assistência;
- Existe uma necessidade de estratégias de fortalecimento da atenção primária para atendimento das CRIANES, pois ela é o nível de atenção que está mais perto dessas famílias que precisam desse apoio devido as condições das CRIANES.

Síntese dos resultados

- **Interações entre profissionais, familiares e CRIANES no contexto do ambulatório**
- Através dos discursos pode-se perceber que os profissionais se articulam entre si, configurando assim as relações de trabalho que existem no ambulatório;
- Os meios utilizados para a comunicação foram verbais, por escrito ou por grupos de discussão criados em aplicativos instantâneos para smartphones, sendo que através de todos os meios, conseguiram uma boa articulação entre eles;

Síntese dos resultados

- A equipe ainda não conseguiu uma maneira de sistematizar as discussões dos casos no ambulatório, o que pode gerar uma perda de informações referentes ao acompanhamento da criança;
- As relações são de respeito entre os profissionais, o que acaba gerando uma forma de produzir o trabalho sem gerar tensões que prejudiquem a articulação da equipe para o reconhecimento das N.S.

Síntese dos resultados


- **O momento do encontro entre familiar e/ou cuidador das CRIANES e profissionais**
- Os participantes referem a importância do ouvir, saber da história pregressa da criança, configurando assim o início de um caminho que eles vão construindo no decorrer do atendimento para a apreensão das N.S. que os cuidadores levam consigo.
- Profissionais referem situações dos seus atendimentos que as N.S. são apreendidas e que são passíveis de serem atendidas no contexto do seguimento e outras que, embora tenham sido identificadas não foram passíveis de atendimento.

Síntese dos resultados

- Em relação a comunicação entre familiares e/ou cuidadores, ela apresentou-se como forma de atender as necessidades de saúde;
- Em alguns casos, profissionais relataram dificuldade de compreensão das orientações direcionadas aos familiares e/ou cuidadores;
- A integralidade do cuidado apresentou-se como uma aliada dos profissionais para a apreensão das N.S., pois em seus atendimentos eles estavam sempre preocupados em ouvir o familiar, saber o que acontece no seu cotidiano e considerando a subjetividade das famílias, fortalecendo o vínculo e possibilitando autonomia em relação ao cuidado dessas pessoas.

◦ Obrigada pela sua contribuição!

Anexo A - Parecer do Departamento da Escola de Enfermagem da UFMG

 **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPTO ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 3409-9860 FAX.: 3409-9859 E-mail: emi@enf.ufmg.br

PARECER


ASSUNTO: PROJETO DE PESQUISA
O RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROFISSIONAIS:
POTENCIALIDADES PARA A CONTINUIDADE DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL
INTERESSADO: PROFA. ELYSÂNGELA DITZ DUARTE
RELATOR: PROF. FRANCISCO CARLOS FÉLIX LANA

HISTÓRICO:
 Recebi da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, para emissão de parecer, o Projeto de Pesquisa O RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROFISSIONAIS: POTENCIALIDADES PARA A CONTINUIDADE DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL de autoria Profa. Elisângela Ditz Duarte.

MÉRITO:
 Trata-se de projeto de pesquisa que tem como objeto de estudo crianças com necessidades especiais de saúde - CRIANES, as possibilidades aumentadas de desenvolverem condição crônica e a conseqüente maior utilização de serviços de saúde em comparação com as demais crianças. O objetivo estabelecido é o de analisar a compreensão dos profissionais acerca das necessidades de saúde de CRIANES atendidas em um serviço de atendimento ambulatorial.

O projeto apresenta delimitação do problema, relevância e justificativa muito bem estruturadas e parte do princípio que o conceito de CRIANES tem sua gênese bastante ampliada uma vez que envolve a família, os serviços de saúde, as relações do profissional com a família e o contexto sociocultural e econômico da criança. O referencial é consistente e permite abordar o problema em sua totalidade. Está dividido em 3 categorias: "Necessidades de saúde", "O trabalho na saúde e seguimento ambulatorial: encontros e desencontros no cotidiano dos serviços e das CRIANES e "O espaço que também é da continuidade do cuidado das CRIANES".

Aprovado em reunião da Câmara
 Departamental do ENI 09/02/15

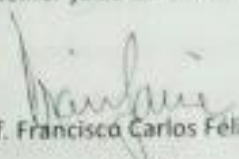

 Prof. Cláudia M. de Mello Pinna
 Chefe Depto. Enfermagem
 Materno-Infantil e Saúde Pública
 Escola de Enfermagem UFMG

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória e que se baseia no referencial teórico da dialética. Tem como cenário do estudo o Ambulatório de Saúde da Criança do Hospital Sofia Feldman, instituição referência do Ministério da Saúde. Serão participantes do estudo: pediatra, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, neurologista pediátrico, psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeiros, assistente social e nutricionistas. A amostra será por conveniência. Como pergunta orientadora o projeto estabeleceu a seguinte: A compreensão que profissionais tem acerca das necessidades de saúde das CRIANES pode ser determinante para a continuidade do cuidado? Para a coleta de dados o estudo prevê 3 fases: reunião com o coordenador do Ambulatório, elaboração de ferramentas analisadoras com a equipe e realização de entrevista com o profissionais. Como instrumento de coleta de dados, além do processo coletivo de discussão da equipe para construção do "fluxograma descritor", será utilizado um roteiro para entrevista semi-estruturada – anexo ao projeto. A análise de dados será feita baseando-se na análise de conteúdo de Bardin.

Do ponto de vista ético, o projeto em análise refere o respeito à Resolução 466/2012, aos princípios básicos da bioética em relação aos participantes da pesquisa (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros). Prevê o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os custos de execução serão apoiados com recursos próprios da pesquisadora e terá o apoio do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Ensino e Prática de Enfermagem – NUPEPE.


CONCLUSÃO

Considerando o escopo e relevância, a consistência teórica, o atendimento aos preceitos éticos e a exequibilidade técnica, somos de parecer favorável à aprovação do Projeto de Pesquisa "O reconhecimento das necessidades de saúde por profissionais: potencialidades para a continuidade do seguimento ambulatorial de autoria da Profa. Elisângela Dittz Duarte, salvo melhor juízo da Câmara Departamental do EMI.


Prof. Francisco Carlos Felix Lana

Relator

Belo Horizonte, 12/02/2015

Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

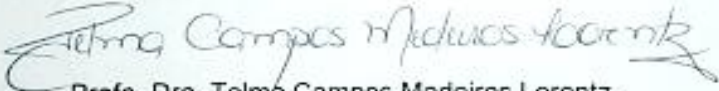
Projeto: CAAE – 42772815.9.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Elysangela Dittz Duarte
Departamento de Enfermagem Materno Infantil
e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de abril de 2015, o projeto de pesquisa intitulado **"Reconhecimento das necessidades de saúde por profissionais: potencialidade para a continuidade no seguimento ambulatorial"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.



**Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG**

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep. 31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@ufmg.br

Anexo C - Resumo explicativo das normas compiladas e dos exemplos apresentados por Marcuschi (1986, p.10-13).

Categorias	Sinais	Descrição das categorias	Exemplos
1. Falas simultâneas	[[Usam-se colchetes para dois falantes iniciam ao mesmo tempo um turno.	... B: mas eu não tive num remorso né' A: [mas o que foi que houve'' J: [meu irmão também fez uma dessas' B: depois ele voltou e tudo bem,
2. Sobreposição de vozes	[Dois falantes iniciam ao mesmo tempo um turno.	... E: o desequilíbrio ecológico pode a qualquer momento: acabar com a civilização [natural J: [mas não pode ser/ o mundo tá se preocupando com isso E./ (+) o mundo ta evitando/.../
3. Sobreposições localizadas	[]	Ocorre num dado ponto do turno e não forma novo turno. Usa-se um colchete abrindo e outro fechando.	... M: A. é o segu [inte' eu queria era:: A: [im] M: eh: dizer que ficou pronta [a cópia A: [ah sim] M: ela fez essa noite (+)/.../
4. Pausas e silêncios	(+) ou (2.5)	Para pausas pequenas sugere-se um sinal + para cada 0.5 segundo. Pausas em mais de 1.5 segundo, cronometradas, indica-se o tempo .	Ver exemplos no item 5.

Categorias	Sinais	Descrição das categorias	Exemplos
5. Dúvidas ou sobreposições	()	Quando não se entender parte da fala, marca-se o local com parênteses e usa-se a expressão <i>inaudível</i> ou escreve-se o que se supõe ter ouvido.	... A: /.../ por exemplo (+) a gente tava falando em desajuste, (+) EU particularmente acho tudo na vida relativo, (1.8) TUDO TUDO TUDO (++) tem um que sã::o (+)/ tem pessoas problemáticas porque tiveram muito amor (é o caso) (incompreensível) (+) outras porque/.../
6. Truncamentos bruscos	/	Quando o falante corta a unidade pôde-se maçar o fato com uma barra. Esse sinal pode ser utilizado quando alguém é bruscamente cortado pelo interlocutor.	... L: vai tê que investi né” C: / (+) agora tem uma possibilidade boa que é quando ela sentiu que ia morá lá (+) e:le o dono/ ((rápido)) ela teve conversan comi/ agora ele já disse o seguinte (+) ...
7. Ênfase ou acento forte	MAIÚSCULA	Sílaba ou palavras pronunciada com ênfase ou acento mais forte que o habitual.	Ver exemplos
8. Alongamento de vogal	::	Dependendo da duração os dois pontos podem ser repetidos.	... A: co::mo” (+) e:::u
9. Comentários do analista	(())	Usa-se essa marcação no local da ocorrência ou imediatamente antes do segmento a que se refere.	((ri)), ((baixa o tom de voz)), ((tossindo)), ((fala nervosamente)), ((apresenta-se para falar)), ((gesticula pedindo a palavra))
10. Silabação	-----	Quando uma palavra é pronunciada sílaba por sílaba, usam-se hífen indicando a ocorrência.	
11. Sinais de entonação	” ’ ,	<i>Aspas duplas</i> para subida rápida. <i>Aspas simples</i> para subida leve (algo como um vírgula ou ponto e vírgula). <i>Aspas simples abaixo da linha</i> para descida leve ou simples.	Ver itens 1, 6 e 8.

12. Repetições	Própria letra	Reduplicação de letra ou sílaba.	e e e ele; ca ca cada um.
13. Pausa preenchida, hesitação ou sinais de atenção		Usam-se reproduções de sons cuja grafia é muito discutida, mas alguns estão mais ou menos claros.	eh, ah, oh. ih:::, mhm, ahã, dentre outros
14. Indicação de transição parcial ou de eliminação	... ou /.../	O uso de reticências <i>no início e no final</i> de uma transcrição indica que se está transcrevendo apenas um trecho. <i>Reticências entre duas barras</i> indicam um corte na produção de alguém.	Ver item 5.