



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA
BAHIA**



**DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE O CUIDADO NO
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS
PREMATURAS**

ANANDA SODRÉ SILVA

JEQUIÉ – BA

2021

ANANDA SODRÉ SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE O CUIDADO NO
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS
PREMATURAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Benemérita Alves Vilela.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Costa Machado.

JEQUIÉ – BA

2021

S586r Silva, Ananda Sodré.

Representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras / Ananda Sodré Silva.- Jequié, 2021.

82f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela e coorientação da Profa. Dra. Juliana Costa Machado)

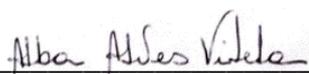
1.Crescimento e desenvolvimento 2.Mães 3.Nascimento prematuro 4.Políticas públicas 5.Recém-nascido prematuro
I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, Ananda Sodré. **Representações Sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras.** Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Alba Benemérita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
(Orientadora e Presidente da Banca Examinadora)



Prof^ª. Dr^ª. Michelle Araújo Moreira
Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC
Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem



Prof^ª. Dr^ª. Vanda Palmarella Rodrigues
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Jequié-BA, 15 de Dezembro de 2021

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço **ao meu Senhor e Deus**, a fonte de toda vida, o guarda de Israel, o autor e consumidor da minha fé, a quem ninguém pode vencer: eu não estaria aqui sem o teu cuidado Senhor, obrigada por me proporcionar muito mais que mereço!

Agradeço aos meus pais, **Cloves e Rita**, que me acompanham desde o início de minha existência e a quem Deus confiou a minha vida, eu amo vocês! Tudo que sou e tudo que vier a ser passou pelas mãos e amor de vocês. Mainha, sonhaste esse sonho antes mesmo que eu me achasse capaz, sempre depositou amor, esforços e muita fé em mim, essa vitória também é sua! Painho, pelo seu cuidado e amor estou hoje aqui, por meio de suas batalhas minha vida foi amparada e nutrida, essa vitória também é sua!

Aos meus irmãos, **Estevão, Lara, Láisa e Denise**, que estão comigo sempre, sendo um forte alicerce nessa vida. Desejo que a nossa união e amor reverberem por todos os cantos, obrigada por serem meus companheiros de vida, amo vocês! **Tiago, Ricardo e Rose**, serve também para vocês, obrigada pelo cuidado e companheirismo.

Aos meus sobrinhos que entendem a titia estudando, aos meus tios e tias, primos e primas, à **toda família** pelas orações, incentivo, amor e compreensão, meu muito obrigada! Eu não me sustento por mim mesma, tenho a Deus e vocês, minha base.

Às minhas amigas por me ouvirem, me ajudarem e estarem comigo em diversos momentos de alegria e felicidade, mas também nas horas difíceis, vocês são dadas de Deus na minha vida.

À minha querida e maravilhosa orientadora **Prof^a. Dr^a. Alba Benemérita Alves Vilela**, a quem Deus direcionou para a minha orientação (sim, eu sei que foi Ele!), agradeço de coração por estar ao meu lado, me direcionar e ser o ponto de calma em meio aos meus medos e angústias acadêmicas. Por me receber de braços abertos, por acreditar em mim, obrigada por tudo isso! Você é admirável!

À **Prof^a. Dr^a. Juliana Costa Machado**, minha coorientadora querida, agradeço demais pelos ensinamentos, pelo amparo, por sempre estar disposta a me ouvir e responder, você é um exemplo de pessoa e profissional, foi um prazer caminhar ao seu lado.

Aos **colegas e amigos da turma do mestrado**, com quem compartilhei esse momento tão fascinante, mas também de muito suor e esforço, obrigada pela cumplicidade! Das nossas brincadeiras, conversas e resenhas eu não esquecerei, afinal somos “a melhor turma do mestrado!”.

Às professoras **Vanda Palmarella Rodrigues, Michelle Araújo Moreira, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery e Dejeane Oliveira Silva Barros** por terem aceitado o convite em participar da banca examinadora, pelas contribuições e ensinamentos, muito obrigada!

Ao **Grupo de Estudos Filosóficos em Representações Sociais** que me proporcionou momentos de aprendizados e crescimento acadêmico, pelas reuniões e sugestões de grande valia.

Ao **Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz** pelos ensinamentos e grande crescimento pessoal e acadêmico.

Aos professores e direção do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**, sou grata pelo comprometimento, humanidade e profissionalismo na condução dos trabalhos.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** pela concessão de bolsa, incentivo que foi de suma importância para o desenvolver do meu estudo.

À equipe da **Apae e Clínica Escola de Fisioterapia da UESB** por me receberem e atenderem, a pesquisa não obteria êxito sem o auxílio de vocês.

A todas as **mães** que participaram, obrigada por terem cedido o tempo e voz de vocês, em meio às dificuldades da coleta de dados vocês foram compreensivas e confiaram à mim suas experiências tão íntimas, gratidão!

A todos que diretamente ou indiretamente estiveram comigo, torceram e acreditaram em mim, o sentimento é de gratidão e superação, SOU GRATA POR TUDO!

SILVA, Ananda Sodré. **Representações Sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras**. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia. 2021. 82p.

RESUMO

O estudo apresentou como objetivo geral analisar as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras e como objetivos específicos apreender as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras e compreender os conteúdos representacionais de mães sobre o cuidado à saúde no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais em sua abordagem processual. O estudo foi desenvolvido entre os meses de dezembro de 2020 e agosto de 2021, tendo como local de pesquisa duas instituições que assistem crianças que necessitam de estimulação precoce, localizadas em um município do interior da Bahia. Participaram 19 mães de crianças prematuras com faixa etária até cinco anos e que realizaram acompanhamento em um dos serviços. Como técnica de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, os dados foram processados pelo *software* IRAMUTEQ, versão 0.7 alpha2, e analisados pelo método de Classificação Hierárquica Descendente. A análise processual originou dois eixos, o primeiro eixo com quatro classes trouxe as representações sociais das mães ancoradas em suas experiências desde a gestação até o processo de crescimento e desenvolvimento, constituindo-se por uma dimensão imagética, afetiva e conceitual. O segundo eixo originou duas classes e evidenciou os conteúdos representacionais relacionados à busca pelo atendimento em saúde e os enfrentamentos advindos da fragilidade da rede de atenção à saúde. Esse estudo contribui para o fomento de reflexões e discussões entre profissionais e gestores acerca das ações e serviços de saúde direcionados a esse grupo, visando possibilitar uma assistência em saúde integral e resolutiva, articulando os diferentes níveis de atenção à saúde e promovendo o adequado seguimento da criança prematura.

Descritores: Crescimento e Desenvolvimento; Mães; Nascimento prematuro; Políticas públicas; Recém-nascido prematuro.

SILVA, Ananda Sodré. **Social Representations of mothers about care in the growth and development of premature children.** Dissertation [Master]. Post Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié, Bahia. 2021. 82p.

ABSTRACT

The study presented as a general objective to analyze the social representations of mothers about the care in the growth and development of premature children and as specific objectives to apprehend the social representations of mothers about the care in the growth and development of premature children and to understand the representational contents of mothers about health care in the growth and development of premature children. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, having as theoretical support the Theory of Social Representations in its procedural approach. The study was carried out between December 2020 and August 2021, having as a research site two institutions that assist children who need early stimulation, located in a municipality in the interior of Bahia. Participants were 19 mothers of premature children aged up to five years who were followed up in one of the services. As a data collection technique, the semi-structured interview was used, the data were processed by the IRAMUTEQ software, version 0.7 alpha2, and analyzed by the Descending Hierarchical Classification method. The procedural analysis originated two axes, the first axis with four classes brought the social representations of mothers anchored in their experiences from pregnancy to the process of growth and development, constituting an imagery, affective and conceptual dimension. The second axis originated two classes and evidenced the representational contents related to the search for health care and the confrontations arising from the fragility of the health care network. This study contributes to the promotion of reflections and discussions between professionals and managers about the actions and health services aimed at this group, aiming to enable comprehensive and resolute health care, articulating the different levels of health care and promoting adequate follow-up of the premature child.

Descriptors: Growth and Development; Mothers; Premature birth; Public policy; Premature newborn.

LISTA DE SIGLAS

AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEF/UESB	Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares
IG	Idade Gestacional
MS	Ministério da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PRMI	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RS	Representação Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 CONTEXTUALIZANDO A PREMATURIDADE.....	12
2.2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	15
2.3 CUIDADO NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS PREMATURAS.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	21
3.2 ABORDAGEM PROCESSUAL.....	25
4 MATERIAL E MÉTODO.....	28
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2 LOCAL DE PESQUISA.....	28
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	29
4.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	30
4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5.1 MANUSCRITO 1: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES SOBRE O CUIDADO NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS PREMATURAS	34
5.2 MANUSCRITO 2: ASSISTÊNCIA DE SAÚDE NO CUIDADO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS PREMATURAS....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICES	73
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	73
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	75
ANEXOS.....	77
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB.....	77
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO APAE PARA COLETA DE DADOS	81
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO CEF/UESB PARA COLETA DE DADOS	82

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Gestar um bebê representa um momento especial para muitas mulheres e as fazem idealizar uma maternidade perfeita em todas as suas nuances. Todavia, as mães se veem frustradas diante de eventos inesperados e arriscados como um parto antecipado (RODRIGUES; MACEDO; VAZ, 2018). Dessa forma, elas têm de vivenciar mudanças repentinas ante as situações como essa, afinal, ao nascer um bebê prematuro, nasce também uma mãe prematura que por muitas vezes apresenta dificuldades para cuidar desse bebê (HENRICH; SCHAEFER; DONELLI, 2017).

Considera-se como prematuro, ou pré-termo, todo bebê que nasce antes das 37 semanas completas de gestação (OMS, 2018), sendo estimado que 15 milhões de bebês nasçam prematuros todos os anos no mundo inteiro, ou seja, mais de um em cada 10 nascimentos, sendo essa a causa principal de mortalidade em crianças com menos de cinco anos (OMS, 2018). Tais fatos, juntamente com as inúmeras consequências de curto e longo prazo, contribuem para que a prematuridade seja considerada um significativo problema de saúde pública (FRANÇA *et al.*, 2017).

O Brasil ocupa a 10ª posição no ranking de países com maior número de nascimentos prematuros (OMS, 2018) e, desde os anos 1990, a prematuridade representa a primeira causa de morte em menores de um ano, apresentando uma taxa que chega a cerca de 12% (entre 10% e 14%), em torno de 360 mil crianças ao ano (BRASIL, 2018; SBP, 2019).

Embora ainda não estejam totalmente esclarecidos, diversos fatores contribuem para a ocorrência de um parto prematuro, tais como questões de ordem materna e fetal, e também questões econômicas e sociais. Estudos indicam ainda que a antecipação do parto pode também estar relacionada a uma predisposição genética (ANTUNES; FUERTES; MOREIRA, 2021).

Sabe-se que grande parte das mortes relacionadas ao parto prematuro pode ser evitada a partir de medidas de melhoria da atenção à gestação, parto e puerpério, visando intervenções que contemplem o binômio mãe-bebê, bem como todo o sistema familiar (OMS, 2018). Dessa forma, fazem-se necessárias intervenções que visem à diminuição das taxas de mortalidade infantil e neonatal, com a realização de estudos acerca das causas e condições envolvendo a

prematuridade, bem como a prevenção e gerenciamento de suas consequências (CHAWANPAIBOON, 2019).

Os avanços na assistência perinatal e neonatal possibilitaram o aumento na taxa de sobrevivência, mesmo entre os nascidos muito prematuros, propiciando dessa forma um aumento na expectativa de vida e ofertando condições para a vivência de uma boa qualidade de vida. Contudo, ainda assim crianças prematuras se mantêm expostas às diversas complicações, com risco aumentado para o desenvolvimento de distúrbios motores, cognitivos e de comportamento na infância, além de maior possibilidade de apresentar transtornos psiquiátricos na fase adulta (BATALLÉ *et al.*, 2017).

Outros fatores como deficiência visual e auditiva, paralisia cerebral, risco maior para doenças crônicas, além de déficits em longo prazo no crescimento e desenvolvimento que podem persistir até a idade adulta, revelam a necessidade desse público de maiores cuidados e acompanhamento contínuo (FUENTEFRÍA; SILVEIRA; PROCIANOY, 2017; KANG; CHO, 2021).

Sendo assim, a prevenção e o manejo da prematuridade são aspectos de extrema relevância em atenção à saúde perinatal e neonatal, a fim de que se promova uma resolutiva e qualificada atenção e manejo do recém-nascido (RN) prematuro e de risco. Para além do manejo neonatal, investe-se também numa atenção integral desde o nascimento e durante toda infância, através de políticas públicas que visem à melhoria dos indicadores de saúde e redução dos índices de morbimortalidade, garantindo uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2018).

Adiciona-se a esses fatores a necessidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento dessas crianças que nasceram prematuras (KANG; CHO, 2021), através do estabelecimento de protocolos padronizados, em especial aos de muito ou baixo peso ao nascer, os quais podem apresentar taxas de crescimento ainda mais abaixo do esperado (VARGAS; BENEDETTI; WEINMANN, 2017).

O interesse pela temática em questão surgiu ainda durante a graduação em Enfermagem, na qual pude experienciar o contexto de cuidado à saúde da criança, tanto no ambiente da atenção primária à saúde (APS) como também em ambiente hospitalar, suscitando o interesse pela neonatologia e pediatria. Posteriormente, optei por realizar o curso de Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, objetivando ampliar e solidificar todo o conhecimento no contexto de cuidado à criança, com ênfase na neonatologia.

Diante dessa oportunidade, vivenciei uma experiência maravilhosa, despertando ainda mais o desejo de construir uma linha profissional dentro desse campo, a fim de que se alinhe o fazer, com o amar o que se faz. Mais tarde, ao ingressar no curso de mestrado, tive a possibilidade de pesquisar no campo da neonatologia, especificamente com a prematuridade, mais uma etapa alcançada dentro dos objetivos e planos na carreira.

Então, refletindo e lendo sobre a temática, foi possível perceber que o cuidado na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e até mesmo o cuidado domiciliar imediato do prematuro eram temáticas mais exploradas, no entanto a busca em proporcionar qualidade de vida no pós-alta ainda é ineficiente (MARQUES *et al.*, 2017). Diante desses fatos, fui instigada a investigar o cuidado no crescimento e desenvolvimento dessas crianças, se consolidando então o tema da presente pesquisa.

Sabe-se que, o nascimento de um filho prematuro representa um momento desafiador na vida das mães, gerando angústias, medos e inseguranças. Em consequência disso, se faz necessária uma adequada orientação e acompanhamento desde a internação do bebê até a alta e no pós-alta, preparando-as para o cuidado e promovendo a autonomia (VERONEZ *et al.*, 2017).

Considera-se o cuidado como parte integrante da essência humana e de tudo que existe e vive (BOFF, 2020), representando zelo e bom trato e predispondo a dedicação, a doação e participação nos sofrimentos e conquistas (BOFF, 2005), assim como as mães de crianças prematuras vivenciam no processo de cuidado de seus filhos.

Dessa forma, para realizar a investigação proposta, foi utilizado o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici, tendo em vista que as representações sociais (RS) representam um conjunto de conceitos, proposições e explicações, que nascem no cotidiano e se apresentam como uma forma de interpretar o mundo ao redor, podendo ser compreendidas como uma forma de interpretar algo que já sabemos (MOSCOVICI, 2010).

Nesse interim, sabendo das especificidades da prematuridade que requerem a necessidade de cuidados diversos, os quais não se encerram na alta hospitalar e fazem parte do cotidiano das mães, o presente estudo tem como questão norteadora: quais as representações sociais de mães de crianças prematuras sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de seus filhos?

Posto isso, estabeleceu-se como objetivo geral do estudo: analisar as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras. E como objetivos específicos: apreender as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras e compreender os conteúdos representacionais de mães sobre o cuidado à saúde no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras.

Diante disso, a relevância desse estudo consiste na necessidade de compreender como as mães de crianças prematuras concebem o cuidado no crescimento e desenvolvimento destes, pretendendo fomentar e contribuir para discussões acerca das políticas públicas e ações de saúde instituídas a esse grupo, a partir da voz/visibilidade da principal cuidadora: a mãe, possibilitando assim uma assistência em saúde de qualidade e direcionada para além do ambiente da UTIN.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZANDO A PREMATURIDADE

O nascimento prematuro representa uma síndrome clínica complexa e multifatorial, desdobrando-se em um amplo espectro de condições clínicas, as quais determinam a sobrevivência e o padrão de crescimento e desenvolvimento da criança prematura. Sendo um processo que se inicia na gestação e ainda no período pré-gestacional, a prematuridade recebe a influência de fatores socioeconômicos, biológicos, estilos de vida e trabalho, entre outros (SBP, 2017, 2019).

Considera-se prematuro todo bebê que nasce antes das 37 semanas completas de gestação, podendo ainda ser classificado por subgrupos de risco, sendo eles: pré-termo extremo: menor que 28 semanas e zero dias; muito pré-termo: 28 semanas e zero dias a 31 semanas e seis dias; pré-termo moderado (ou moderadamente pré-termo): 32 semanas e zero dias e 33 semanas e seis dias; pré-termo tardio: entre 34 semanas e zero dias e 36 semanas e seis dias; pré-termo: menor que 37 semanas completas (SBP, 2017).

Cerca de 40% dos partos prematuros não têm causa elucidada (DIEPPA, 2021) e a fisiopatologia envolvida é amplamente desconhecida, mas sabe-se da influência de fatores maternos, fetais e placentários, sendo o mais comum: hemorragia pré-parto ou descolamento de placenta; fatores mecânicos, como distensão uterina e incompetência cervical; mudanças hormonais; infecção bacteriana e inflamação (QUINN *et al.*, 2016).

Globalmente, a prematuridade representa a principal causa de morte em menores de cinco anos e a maior responsável pela morbimortalidade neonatal, representando 70% dos óbitos nessa população. Essas taxas continuam a crescer em diversos países, tendo ainda como fator agravante as condições sociais e econômicas as quais as crianças estão expostas no local de nascimento. Dessa forma, em países de baixa renda, aproximadamente metade dos nascidos antes de 32 semanas de idade gestacional (IG) morrem pela falta de acesso a cuidados básicos de saúde como fornecimento de calor, apoio à amamentação, medidas contra infecções e adequado manejo de problemas respiratórios (DIEPPA, 2021; SEN, 2017).

Considerando esse contexto, um estudo transversal que analisou nascimentos entre os anos de 2008 e 2011 em um município de Minas Gerais,

evidenciou associação do parto prematuro a fatores como: parto cesáreo, realização de menos de seis consultas no pré-natal e idade da mãe inferior a 15 anos (GUIMARÃES *et al.*, 2017). Um outro estudo desenvolvido com puérperas em hospital de referência materno-infantil no estado da Bahia evidenciou que fatores como ser negra, número de consultas pré-natal insuficiente, hipertensão e uso de álcool e outras drogas estavam associados à ocorrência de baixo peso ao nascer (<2.500g) e prematuridade, se assemelhando aos achados em outros estudos (CARVALHO; OLIVEIRA, 2019).

Dessa forma, sabe-se que o nascimento prematuro figura como um problema importante de saúde pública e suscita inquietações em nível mundial, mesmo com toda a evolução tecnológica e de assistência à saúde (PECHEPIURA, 2021), sendo que a IG ao parto representa o indicador isolado mais importante da sobrevida e de eventos crônicos futuros (SBP, 2017).

Embora o avanço tecnológico tenha ofertado a possibilidade de uma maior taxa de sobrevivência, crianças prematuras requerem maiores cuidados de saúde e podem vivenciar períodos prolongados de hospitalização com maior risco para o desenvolvimento de sequelas, entre as quais se pode citar: atrasos no neurodesenvolvimento, paralisia cerebral, deficiências intelectuais, refluxo gastroesofágico, convulsões, dificuldades na alimentação, déficits visuais e auditivos, hemorragia intraventricular, problemas respiratórios, risco de morte aumentado no período neonatal até os cinco anos de idade (FRANTZ; SCHAEFER; DONELLI, 2021; GLOVER; MANUCK, 2018; SOLANO *et al.*, 2019; ZHOU *et al.*, 2021).

Vale ressaltar também a maior prevalência de transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, problemas psiquiátricos, abuso de álcool ou outras substâncias e maior comprometimento neurossensorial. Diante desses fatos, sabe-se que as necessidades dos prematuros são extensas e perduram ao longo da vida, afetando não só a família, mas toda a sociedade (FRANTZ; SCHAEFER; DONELLI, 2021; GLOVER; MANUCK, 2018).

Considerando o contexto brasileiro, conforme estudo de França *et al.* (2017), por meio do qual se avaliou as taxas de mortalidade na infância no período entre 1990 e 2015 nos estados do país, a prematuridade representou a principal causa de óbito em ambos os anos, apesar do decréscimo de 72% entre um ano e outro.

Pesquisas estimam ainda a prevalência da prematuridade em torno de 11,5% no país, cerca de 50% a mais do que em países como a Inglaterra (BRASIL, 2018). Estudo transversal realizado em uma maternidade pública brasileira evidenciou maior percentual de sofrimento grave entre os recém-nascidos pré-termos, quando comparados aos demais (SALVO *et al.*, 2021).

No Brasil, desde a década de 1990 as enfermidades perinatais figuram como as principais responsáveis pelas mortes em menores de um ano, ocupando a prematuridade lugar de destaque em comparação às outras causas (BRASIL, 2018). É sabido que atributos maternos e obstétricos influenciam no perfil neonatal e na vitalidade do RN no pós-parto (SALVO *et al.*), tendo em vista que dos 70% de óbitos infantis que são de prematuros e bebês com baixo peso ao nascer, 30% são evitáveis por ações de proteção e promoção da saúde materno infantil (BRASIL, 2018).

Dessa forma, levando em conta as intercorrências clínicas secundárias ao nascimento prematuro e todo o impacto envolvido, faz-se necessário intervir rapidamente e oferecer cuidados de saúde imediatos a esses bebês, com vistas a aumentar a chance de sobrevivência e prevenir danos (PECHEPIURA, 2021), sendo por isso a prevenção e o manejo da prematuridade um dos focos em atenção à saúde perinatal no Brasil (BRASIL, 2018).

Entretanto, as consequências da prematuridade não estão apenas relacionadas à saúde física dessa mãe e bebê, mas também afetam o estado psicológico das mesmas, inclusive de toda família. Para as mães, parir antes do tempo adequado representa uma realidade que foge daquela que se era esperada e podem surgir a incerteza, a sensação de impotência e a frustração diante dessa situação. Um parto prematuro pode levá-las a um estado de choque, desestruturar a conjuntura familiar e despertar sentimentos como infelicidade e culpa (VERONEZ *et al.*, 2017).

Considerando o contexto familiar, sabe-se que o processo de hospitalização e consequente separação entre pais-bebê provoca intenso sofrimento e estresse, fazendo emergir diversos problemas emocionais e psicológicos, prejudicando o pleno desenvolvimento da parentalidade. Soma-se a isso às condições clínicas do bebê que, conforme aponta a literatura, quanto mais complexas e graves, mais impactam a família. Ou seja, menores idades gestacionais, maior tempo de

internação e uso de ventilação mecânica ou oxigenoterapia, entre outros aspectos, foram associados com impactos mais intensos ao sistema familiar (SOBEP, 2021).

Por conseguinte, levando em conta a magnitude do problema e seus desdobramentos para a criança, sua família e o sistema de saúde como um todo, definiu-se no Sistema Único de Saúde (SUS) as diretrizes e os objetivos que organizam a atenção integral e humanizada em saúde ao RN grave ou potencialmente grave, conformando-se em uma linha de cuidado perinatal que prevê a disponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) e de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa), garantindo o livre acesso e permanência dos pais junto ao bebê. Compõe também a linha de cuidados a alta responsável e o seguimento do acompanhamento na rede básica de saúde, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2018).

2.2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Considerando o contexto histórico das políticas públicas de saúde brasileiras, sabe-se que a atenção à saúde da criança representa componente prioritário há várias décadas, justificando-se pelo fato de ser o público infantil considerado como vulnerável e de risco. Contudo, inicialmente as ações e serviços em saúde da criança eram limitados e verticalizados e não produziam mudanças significativas nos indicadores de saúde, sendo necessário um longo percurso de evolução para que as propostas de cuidado a esse grupo se apresentem tal qual existem hoje (BRASIL, 2018).

Os primeiros passos nessa caminhada remontam ao ano de 1937, quando criou-se o primeiro programa nesse sentido, com ações voltadas à proteção da maternidade, infância e adolescência (MACÊDO, 2016), sendo a partir do final dos anos 1960 que começaram a ser empreendidas políticas públicas mais sistematizadas e direcionadas à criança (BRASIL, 2018).

Em 1973, foi instituído o Programa Nacional de Imunizações (PNI), por meio do qual foi possível ampliar a cobertura vacinal média da população, destacando-se nesse quesito o público infantil. Em 1975, criou-se o Programa de Saúde Materno-

Infantil (PSMI), por meio do qual se pretendia reduzir a morbimortalidade nesse grupo populacional (BRASIL, 2018).

Posteriormente, no ano de 1983, surge o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), sendo esse o responsável por endossar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde, com diminuição da mortalidade infantil (BRASIL, 2018).

Em 1984, instituiu-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), o qual resultou de um desmembramento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Criança (PAISMC), criado em 1980. O PAISC manteve as linhas de ação voltadas às crianças do antigo programa e incluiu ações relacionadas à prevenção e manejo do baixo peso ao nascer, de acidentes e intoxicações, assistência ao RN e criação do cartão da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

Em meio a esse contexto, foi promulgada a Constituição Federal (1988) e logo após em 1990, criou-se o SUS, por meio dos quais se garantiu o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo a assistência ser prestada de forma igualitária, universal e equitativa (OLIVEIRA; KRUGER, 2018). O SUS representou naquele momento uma mudança de paradigma, remodelando o modo de se pensar a saúde, concebendo-a a partir de então por meio de ações de promoção, proteção e prevenção à saúde. Por consequência desse novo modo de pensar, houve uma expansão considerável da APS, no entanto, ainda de maneira limitada, situação que começou a ser superada a partir de 1994, quando foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual contribuiu para endossar os cuidados em saúde da criança (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

Por meio da ESF houve expressiva redução da mortalidade infantil, passando a mesma a ser considerada como principal instrumento de vigilância à saúde desse grupo, principalmente pela adoção de instrumentos para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRANQUINHO; LANZA, 2018). Mais tarde, em 1995, em meios às altas taxas de mortalidade infantil, o Ministério da Saúde lança o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) que visava intensificar os diversos programas governamentais e promover a articulação intersetorial com instituições nacionais, internacionais e sociedade civil (BRASIL, 2018).

Outra estratégia também adotada na década de 1990, especificamente no ano de 1995, foi a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem como proposta realizar o seguimento da criança no contexto da APS (BRANQUINHO; LANZA, 2018), abordando de maneira simultânea e integrada as doenças mais prevalentes da infância, numa tentativa de reduzir a mortalidade por doenças como desnutrição e diarreia (BRASIL, 2018).

Em 1996, conforme evidências científicas oriundas de pesquisas no mundo inteiro, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns no parto normal, com vistas a reduzir a realização de intervenções desnecessárias, buscando qualificar a assistência obstétrica e neonatal e fornecer um cuidado seguro e de qualidade para as mães e seus bebês (SILVA *et al.*, 2017).

Tais práticas, denominadas como boas práticas de atenção ao parto e nascimento, foram endossadas pelo MS e, em 2000, diante da continuada necessidade de qualificar a assistência obstétrica e neonatal, concebe-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que instituiu a organização de forma regionalizada e integral da atenção à saúde da gestante e RN, prevendo ações nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, com o referenciamento e integração para continuidade do cuidado (BRASIL, 2018).

Ainda em 2000, foi instituído como política pública no Brasil o Método Canguru, uma das estratégias adotadas para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2018a), representando modelo de assistência perinatal que visa o cuidado humanizado e singular ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e de baixo peso e sua família (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

Então, a partir da Declaração do Milênio das Nações Unidas que adotou como quarto objetivo do milênio a redução da mortalidade infantil, as ações em saúde da criança foram intensificadas e, em 2004, foi lançado o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, sendo no próximo ano publicada pelo MS a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, a qual visava fornecer apoio para a organização de uma rede única integrada de assistência à saúde infantil (BRASIL, 2018).

Em 2006, a redução da mortalidade infantil passou a constar como uma das prioridades operacionais no Pacto pela Vida e em 2009 criou-se a estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional, objetivando o desenvolvimento integral da criança, tendo foco na primeira

infância (BRASIL, 2018). Mais à frente foi implementada a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, conhecida como Rede Cegonha (2011), visando estabelecer uma rede de cuidados que assegure às mulheres a atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento adequados (BRASIL, 2021).

Então, seguindo na perspectiva de fortalecer e qualificar o cuidado integral à população infantil, foi instituída em 2015 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), sendo um marco significativo no cuidado em saúde infantil, promovendo uma articulação entre os níveis de atenção, com vistas a orientar e qualificar as ações e serviços em saúde direcionados a esse grupo. Por meio da PNAISC, entre outros aspectos, prevê-se a humanização e qualificação do parto e nascimento, vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento integral e a atenção à saúde das crianças com doenças crônicas e deficiências (MACÊDO, 2016).

2.3 CUIDADO NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS PREMATURAS

O período da primeira infância (zero a seis anos) representa um momento decisivo e de suma importância para que se garanta um crescimento e desenvolvimento adequados. Conforme evidências disponíveis, as experiências sociais e familiares nessa fase reverberam ao longo de toda a vida, tendo em vista suas influências sobre as bases de aprendizagem, comportamento e saúde (BRASIL, 2018).

A vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil na primeira infância compreende atividades que visam desde à promoção do crescimento e desenvolvimento adequados, até à detecção de alterações do padrão da normalidade (MACÊDO, 2016). Se faz importante considerar que diversos serviços e ações em saúde de incentivo ao processo de crescimento e desenvolvimento saudável são empreendidos no Brasil, sendo previstos na PNAISC (MACÊDO, 2016).

Estruturada em sete eixos estratégicos, a PNAISC tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e também o aleitamento materno, impulsionando o oferecimento de cuidados integrais e integrados desde a gestação

até os nove anos de idade, com maior atenção na primeira infância e populações em situações de maior vulnerabilidade. Visa-se a partir dela, reduzir a morbimortalidade e ofertar condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).

O primeiro eixo estratégico da PNAISC aborda questões relacionadas à melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações desenvolvidas na APS e nas maternidades, oportunizando dessa forma uma rede articulada de atenção. Já o terceiro eixo consiste na promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral da criança pela APS, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2018).

Conforme a PNAISC, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras e de baixo peso requer prioridade e maior dedicação levando em conta as singularidades desses indivíduos, necessitando de materiais próprios de acompanhamento ou a realização da correção da idade cronológica até os dois anos de idade. Caso a criança esteja realizando o Cuidado Canguru na maternidade, após a alta deve ser acompanhada pela unidade básica de saúde (UBS), fazendo a continuidade no domicílio, e o cuidado deve ser compartilhado com a maternidade até o bebê atingir 2.500 gramas (BRASIL, 2018).

Sabe-se que os primeiros anos de vida dessas crianças suscitam grande preocupação por parte dos pais e profissionais de saúde (LEMOS; VERÍSSIMO, 2020), visto que apresentam alto risco para um neurodesenvolvimento atrasado (SILVEIRA *et al.*, 2018), além de todas as outras repercussões de um nascimento prematuro.

Programas de estimulação precoce iniciados ainda no período de internamento, com continuidade no pós-alta e ambiente comunitário, podem influenciar positivamente a morbidade em longo prazo, ainda mais se considerarmos uma perspectiva multidisciplinar, contribuindo para a melhora do desempenho e qualidade de vida dessas crianças (SILVEIRA *et al.*, 2018). Composto a rede de atenção à saúde, prevê-se o acompanhamento da criança prematura por meio dos ambulatórios especializados, conhecidos como ambulatórios de seguimento, dessa forma, todos os RNPT, principalmente os nascidos com IG menor ou igual a 34 semanas, devem ser acompanhados nesses ambulatórios (BRASIL, 2015).

O cuidado do prematuro é tarefa que exige conhecimento e direcionamento diante de suas especificidades, e é no processo de cuidar de seus filhos que as

mães se sentem úteis e confiantes, restabelecendo seu papel materno, o qual foi interrompido diante dos acontecimentos do parto pré-termo. Sendo essa uma atividade que deve ser estimulada desde a hospitalização, as mães devem ser instrumentalizadas e direcionadas para o estabelecimento desse vínculo e sua continuidade no domicílio (VERONEZ *et al.*, 2017), tendo-se em vista que rotinas hospitalares bem estabelecidas de planejamento da alta, com adequado preparo para o cuidado domiciliar, fornecem mais segurança e autonomia para o seguimento adequado desse prematuro (SILVA *et al.*, 2020).

Conforme aponta a literatura, o crescimento é compreendido como o aumento do tamanho do corpo, por meio do ganho de peso e altura (ALVES; ALVES, 2019) e o desenvolvimento diz respeito a uma transformação complexa, dinâmica e contínua que abrange os aspectos físico (crescimento), cognitivo (intelectual), neuropsicomotor (sensorial e motor) e emocional (afetivo e interações com ambiente) (BRASIL, 2018).

Por vezes, a família associa o crescimento ao desenvolvimento, como se fossem a mesma coisa, considerando esses processos adequados quando ocorre aumento de estatura ou ganho de peso, o que por sua vez revela a necessidade de uma adequada orientação e capacitação dos pais no acompanhamento desse processo (LEMOS; VERÍSSIMO, 2020).

Em estudo qualitativo realizado com 18 mães de crianças prematuras, relatou-se por algumas delas a ausência de orientações ou da possibilidade de dialogar sobre a saúde de seus filhos, sendo que algumas referiram não terem tido a possibilidade de praticar o cuidado no ambiente hospitalar. Observou-se também diferenças no cuidado prestado, conseqüentes à percepção das mães de fragilidade e delicadeza dos seus filhos, evidenciando um maior zelo, vigilância e atenção nas atividades do dia-a-dia. Outro aspecto que surgiu, refere-se às preocupações e temores quanto ao desenvolvimento futuro dessas crianças, mas ainda assim foi identificado que algumas delas não consideravam ser necessário realizar estímulos ou até mesmo não sabiam como fazer (SILVA *et al.*, 2020), trazendo à tona a necessidade de orientações nesse sentido.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O estudo foi desenvolvido baseado no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Serge Moscovici, orientando-se a partir de sua abordagem processual por Denise Jodelet.

Serge Moscovici inaugura o conceito de representações sociais em 1961 através da publicação de sua tese de doutorado intitulada: *La psychanalyse, son image et son public*, através da qual investigou as representações sociais da psicanálise elaboradas pela população de Paris no final dos anos 1950 (SÁ, 2002).

Em sua obra inicial, Moscovici aborda a representação social da psicanálise a partir de variadas fontes, consolidando o conceito de representação social e o legitimando no meio científico por meio da descrição de mecanismos psicológicos e de como eles são produzidos e modelados a partir do material representacional. Com esse estudo, Moscovici demonstrou como a representação se apresenta na prática (LAHLOU, 2019).

Utilizando os estudos do sociólogo francês Emile Durkheim para compor a base do desenvolvimento de sua teoria, Moscovici realiza uma releitura sobre o conceito de representações coletivas (CASTRO, 2019), o qual, segundo ele, não conseguia abarcar a realidade das sociedades atuais com pluralidade de ideias e modos de viver (VALA; CASTRO, 2013).

Propõe-se agora uma articulação entre o psicológico e o social, sendo inseparáveis sujeito, objeto e sociedade, diferente do pensamento que predominava na época, no qual se concebia o sujeito separado do seu contexto social. A TRS representa, portanto, um campo de estudos que origina-se de uma postura crítica assumida por Moscovici afirmando não existir separação entre o universo interno e externo do indivíduo (PATRIOTA, 2007), sendo um marco significativo na área da Psicologia Social, tornando a representação social um objeto por excelência da mesma (CASTRO, 2019).

O termo RS compreende tanto um conjunto de fenômenos, quanto a teoria que busca explicá-los, propiciando assim a formação de um extenso campo de estudos psicossociológicos. A TRS representou um esforço no sentido de propor e executar uma renovação temática, teórica e metodológica da psicologia social (SÁ, 2002). Dessa forma, segundo Moscovici (1981, p.181):

Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

Se, de acordo com o pensamento durkheimiano, as representações coletivas por si só se explicariam, com Moscovici, as representações sociais são consideradas como fenômenos que devem ser explicados, cabendo a teoria penetrar e descobrir suas estruturas (SÁ, 2002). O saber social se remodela agora e se constitui como um saber prático, possibilitando as pessoas formarem e conviverem com a realidade (CASTRO, 2019).

O entendimento da noção de representação social apresentada por Moscovici em 1961, em sua obra seminal sobre esse campo de estudos, é reformulado em 1976 por meio de uma nova publicação, tornando-se como referência para os pesquisadores da teoria. Nessa nova edição, o autor traz em evidência a questão que corresponde ao problema central da representação: tornar o não familiar em familiar (JESUINO, 2019).

Seguindo nessa linha, posteriormente Moscovici aponta três condições que estão relacionadas ao conceito de representação: a de que toda representação é a representação de qualquer coisa; qualquer coisa é representação de qualquer coisa e toda representação é a representação de alguém (JESUINO, 2019). É por meio das representações sociais que os indivíduos representam objetos do seu mundo (LAHLOU, 2019), dessa forma é possível dizer que a teoria baseia-se no funcionamento do pensamento cotidiano (BERTONI; GALINKIN, 2017).

As RS que fazem parte do senso comum são passíveis de serem analisadas como ciência, correspondendo às modalidades de conhecimento circulantes no meio. Integrando o universo consensual, elas correspondem à formas de compreender e comunicar conhecimentos que já se possui, ou mesmo maneiras de lidar com a memória (MOSCOVICI, 2015).

Nesse contexto, Moscovici (2015) traz que as RS são uma forma de compreender um objeto e também como uma maneira em que o sujeito, seja ele indivíduo ou grupo, conquista uma função de identidade. Elas adentram o nosso mundo e cotidiano, integrando a nossa vida e se fazendo presente nos nossos discursos e meios de comunicação, tornando-se assim senso comum.

A partir dessa perspectiva, as representações sociais podem desempenhar duas funções. Primeiramente, elas convencionalizam objetos, pessoas ou acontecimentos, dando-lhes uma forma definitiva, categorizando-os e classificando-os como modelo de determinado grupo de pessoas. Tais acontecimentos fazem com que até mesmo elementos novos pertençam a algo e tenham fronteiras definidas.

Em segundo lugar, as representações são prescritivas, se impondo de maneira irresistível mesmo antes que se adquira uma opinião, visão ou entendimento sobre algo. Ela se coloca diante de nós como uma estrutura formada e uma tradição que norteia nossos pensamentos e impõe o que deve ser pensado.

Sendo assim, para Moscovici (2015, p. 213):

representar significa, a uma vez e ao mesmo tempo, trazer presentes as coisas ausentes e apresentar coisas de tal modo que satisfaçam as condições de uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e da integridade normativa do grupo.

Para a formação de uma representação social dois processos importantes estão envolvidos, sendo eles: objetivação e ancoragem. Pelo primeiro processo, os conceitos são direcionados da dimensão abstrata para a concreta, trazendo para o mundo físico o que se encontra na mente e dessa forma une a ideia de não-familiaridade com a de realidade. Objetivar, então, transforma um conceito em imagem (MOSCOVICI, 2015). É na objetivação que um novo saber perpassa de seu contexto original para o contexto do conhecimento imagético, transpondo a complexidade para uma imagem concreta e significativa (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2019).

Por conseguinte, a ancoragem tenta tornar comum ideias ainda desconhecidas, colocando-as em um contexto familiar. Por meio da ancoragem é possível classificar e dar nome a algo, trazendo esse algo para um campo de familiaridade, sendo esse processo necessário tendo em vista que o que não se pode classificar e nomear constitui-se como algo estranho e ameaçador, gerando afastamento (MOSCOVICI, 2015).

Dessa forma, ao classificar e nomear um objeto, o sujeito consegue imaginá-lo e representá-lo, sendo portanto a representação um sistema de classificação e de denotação, categorizando e nomeando algo, sendo a neutralidade proibida. Conforme o processo de ancoragem acontece, paradigmas presentes na mente são resgatados para serem relacionados com determinado objeto, estabelecendo uma relação positiva ou negativa com ele (MOSCOVICI, 2015).

Como arquitetura básica da representação social, Moscovici propõe a existência de três dimensões, sendo elas: informação (conceito), campo de representação (imagem) e atitude. Por informação, têm-se a organização do conhecimento de um grupo acerca de um objeto, que pode ser modificada dependendo da quantidade e da qualidade do conhecimento. O campo de representação está relacionado à organização dos elementos já estruturados na representação. Já a atitude diz respeito à orientação de comportamento relacionado ao objeto de representação (MOSCOVICI, 1978).

Considerando que as RS empreendem papel fundamental nas práticas e nas dinâmicas de uma sociedade, elencam-se quatro funções essenciais. Primeiramente, função de saber: as representações sociais possibilitam entender e explicar a realidade, permitindo adquirir o conhecimento e processá-lo de maneira que se faça compreensível (ABRIC, 2001).

Têm-se também a função identitária: as representações sociais permitem delimitar e diferenciar grupos sociais, protegendo suas características conforme sistema de normas e valores, social e historicamente construídos, propiciando assim a formação de uma identidade pessoal e social. Em terceiro, função de orientação: considerando que a representação social precede a tomada de atitude e propicia se antecipar a ela, apresentando-se dessa forma como um guia de condutas, orientando comportamentos e práticas (ABRIC, 2001).

E por último, a função justificadora: a representação permite justificar uma determinada ação, postura e comportamento a partir da representação elaborada diante de uma dada realidade. Possibilita então a continuidade da diferenciação entre grupos, sendo um produto das relações estabelecidas ao longo do tempo (ABRIC, 2001).

Assim, o contexto das experiências cotidianas, das culturas e das ideologias formalizadas encontra-se intimamente ligado a formação de uma representação social, e essa por sua vez associa-se a um fenômeno comum presente nas sociedades: a produção de sentido (VALA, 1993).

Sabe-se que as representações sociais podem ser tanto conservadoras quanto inovadoras, se estruturando de modo a possibilitar determinado grupo social conceber o mundo que o rodeia e solucionar os problemas que se apresentam, “é, pois, um saber que organiza um modo de vida e que, por isso mesmo, adquire

dimensão de realidade” (CASTRO, 2019, p. 8), tidas como fenômenos psicossociais histórica e culturalmente condicionados (SÁ, 2002).

Os estudos em representações sociais começaram a ser introduzidos no Brasil a partir da década de 1980 e, desde então vem se disseminando sobremaneira no campo da saúde, consolidando-se como orientador de pesquisas nessa área. O desenvolvimento dos primeiros trabalhos baseados na TRS evoluiu juntamente com dois processos: o próprio desenvolver da teoria no Brasil e, a consolidação de novos paradigmas teóricos e metodológicos na condução de pesquisas em campos da saúde, a exemplo do campo de saber da Enfermagem (OLIVEIRA, 2019).

Com o remodelar do processo de pesquisa na saúde, se demonstrou que o processo saúde-doença envolve também aspectos históricos e sociais, permitindo dessa forma uma aproximação da área das humanidades, afastando-se da anterior preponderância do modelo biomédico. Sendo assim, os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, sejam eles profissionais ou usuários, são tidos como atores na construção de arranjos sociais e o fazem por meio das vivências e representações que consolidam no seu dia a dia (OLIVEIRA, 2019).

3.2 ABORDAGEM PROCESSUAL

Os estudos em representações sociais perpassam três correntes teóricas: uma liderada por Denise Jodelet, em Paris; outra com perspectiva mais sociológica, por Willem Doise, em Genebra e ainda outra que aborda a dimensão cognitivo estrutural das representações, por Jean Claude Abric, em Aix-em-Provence. Essas três abordagens não visam substituir a teoria maior, mas complementá-la (SÁ, 1998). Considerando esse contexto, o presente estudo utilizou como base a abordagem processual da TRS, proposta por Denise Jodelet.

Jodelet contribuiu significativamente para a sistematização da TRS, trazendo objetividade na elucidação das proposições básicas (SÁ, 1998). Segundo ela, a partir da necessidade que os sujeitos possuem de identificar-se com o mundo, ajustar-se e localizar-se nele é que são construídas representações sociais, as quais estão presentes em nosso dia-a-dia por meio dos discursos, das comunicações, das condutas, entre outros (JODELET, 2001).

Por meio da abordagem processual as representações sociais são compreendidas como o estudo dos processos e dos produtos, através dos quais os indivíduos constroem e interpretam seu mundo e sua vida, possibilitando a integração da subjetividade com as dimensões social, cultural e histórica (JODELET, 2018) e para seu estudo requer-se a articulação de elementos afetivos, mentais e sociais (JODELET, 2001).

Como fenômenos complexos que estão sempre em atividade e agindo na vida social, as RS são consideradas como um saber ingênuo, natural ou saber do senso comum, diferente daquele saber científico das academias e dos especialistas (JODELET, 2001).

Contudo, essa diferença não as torna menos importantes ou irrelevantes, pelo contrário, as RS carregam suma importância pelos esclarecimentos que trazem acerca dos processos cognitivos e interações sociais. O estudo da RS contribui na aproximação da vida individual mental e coletiva, sendo elas geralmente “como sistemas de interpretação, que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais” (JODELET, 2001, p. 5).

Dessa forma, as representações estão presentes também na difusão e assimilação dos conhecimentos, na definição de identidades pessoais e sociais, no desenvolvimento individual e coletivo, na expressão dos grupos e nas transformações sociais, sendo tanto o produto, quanto o processo de tomada da realidade exterior e de elaboração psicossocial da realidade (JODELET, 2001).

Sob esse aspecto, as RS são uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto e toda representação é sempre a representação de algo (objeto) e de alguém (sujeito), sendo que as características de ambos influenciam em sua conformação. Ela estabelece com seu objeto uma relação de simbolização, tomando o seu lugar, e de interpretação, atribuindo-lhe significações (JODELET, 2001).

Tendo em vista que em todas as interações humanas existem RS sendo elaboradas (MOSCOVICI, 2015), infere-se que pelo fato de vivenciarem cotidianamente a realidade da prematuridade e através do contato com as informações transmitidas pelos profissionais de saúde, pelas mídias e por outros sujeitos que participam da mesma situação, as mães de crianças prematuras representem o cuidado no crescimento e desenvolvimento e a partir dessas

representações seja fornecido subsídios para o direcionamento e melhora de ações e serviços de saúde a esse público.

Diante disso, o presente estudo se ocupa de apreender as representações de mães de crianças prematuras sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras e se faz relevante considerando que a representação de cada pessoa ou grupo social, traduz a sua realidade e “permite compreender a identidade, personalidade, concepção dos indivíduos, assim como aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais, na qual estão inseridos” (DOS SANTOS; DIAS, 2015, p. 185).

E conforme traz Lahlou (2019), para que uma representação seja analisada, necessário é conduzir o estudo em uma pessoa viva, considerando que a representação existe necessariamente no campo prático, visto que é um mecanismo funcional. Por conseguinte, como trazem Bertoni e Galinkin (2017), um estudo de RS busca investigar o que pensam, por que pensam e como pensam os indivíduos.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, cujo aporte teórico fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici (2010).

Considera-se a abordagem qualitativa adequada ao estudo, pois a mesma busca compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, tratando de aspectos que não podem ser quantificados e conduz de maneira subjetiva e relacional a realidade social por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (MINAYO, 2013).

Pesquisas do tipo exploratórias objetivam investigar determinado problema, tornando-o mais familiar, levando em consideração os mais variados aspectos em relação ao fato ou fenômeno pesquisado. Diante disso, envolvem um planejamento mais flexível e admitem diversas formas para coleta de dados, mas principalmente levantamento bibliográfico, entrevistas e análise de exemplos (GIL, 2017).

Os estudos descritivos se ocupam fundamentalmente da descrição das características de determinada população ou fenômeno, e visam também o estabelecimento de relações entre variáveis e o estudo das características de grupos, tais como: distribuição por sexo, idade, escolaridade e etc. Incluem-se também nesse estudo pesquisas sobre o atendimento público, levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma dada população (GIL, 2017).

Considerando que as RS tornam o não-familiar em familiar, logo, conduzir um estudo sob o enfoque da TRS se ocupará de trazer essa familiaridade ao que se busca assimilar, possibilitando dessa forma compreendê-lo como fenômeno e o descrever por meio de técnicas metodológicas (MOSCOVICI, 2015).

Desvelar o cuidado por meio da TRS permite perceber melhor o outro e a sua maneira de conhecer e agir frente ao mundo, possibilitando compreender suas ações no âmbito da saúde e os sentidos que ele atribui a elas de acordo com o contexto em que são produzidas (FERREIRA, 2016).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Jequié, situado na região Sudoeste do estado da Bahia, localizado a 365 quilômetros da capital, Salvador. Situado na zona

limítrofe entre a caatinga e zona da mata, o município ocupa uma área de aproximadamente 2.969.039 km² e apresenta uma população estimada de cerca 156.277 habitantes para o ano de 2021 (IBGE, 2017).

O município possui 85 estabelecimentos de saúde do SUS, os quais estão compreendidos entre a baixa, média e alta complexidade. Entre eles, o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), um dos principais hospitais públicos de referência estadual, definido como Hospital Estratégico da Rede de Atenção às Urgências, por ser referência regional para 26 municípios da região de Jequié (IBGE, 2017; SESAB, 2021).

Para o estudo foram utilizadas como base duas instituições: a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e a Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEF/UESB), campus de Jequié. Tais instituições foram escolhidas tendo em vista que ambas atendem a população infantil e estão envolvidas na rotina de crianças prematuras.

A APAE é uma organização social de caráter filantrópico que tem como objetivo principal promover à atenção integral a pessoa com deficiência intelectual e múltipla, prestando serviços de saúde, educação e assistência social. Presente atualmente em mais de 2.000 municípios brasileiros, a instituição atua numa perspectiva multiprofissional e atende cerca de 250.000 pessoas diariamente (APAE, 2021).

A CEF/UESB é uma instituição que presta atendimento fisioterapêutico exclusivamente pelo SUS à população jequeense e de municípios da região, atendendo diversas especialidades como traumatologia-ortopedia, neurogeriatria, gineco-obstetrícia, cardiopulmonar e pediatria.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 19 mães de crianças prematuras que acompanharam seus filhos nas instituições utilizadas como base: APAE e CEF/UESB.

Inicialmente foi realizado contato com as respectivas coordenações, apresentando a proposta do estudo e solicitando a autorização para coleta de dados. Conforme autorizado pela instituição e com posterior aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), foi iniciada a seleção das participantes a partir das fichas de cadastro por meio de contato telefônico.

Considerando que não constava entre os dados a IG ao nascimento, foi averiguada a ocorrência de nascimento prematuro junto às mães, sendo apresentado o estudo e, em caso de prematuridade, feito o convite para participação. Conforme aceite, agendou-se a entrevista de acordo a disponibilidade das mesmas.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ser mãe de criança prematura com idade de até cinco anos e ter realizado em algum momento atendimento em um desses dois serviços. Como critérios de exclusão adotaram-se: condições de saúde que impedissem a participação e, considerando que a coleta ocorreu por meio remoto, a impossibilidade de acesso à tecnologia que mediasse o contato para entrevista.

4.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Conforme traz Gil (2017), entre diversas técnicas de interrogação, a entrevista é a que permite maior flexibilidade na coleta dos dados, adequando-se conforme o fenômeno investigado, interesse do investigador, participantes, entre outros. Diferente de uma conformação única e fixa, as entrevistas semiestruturadas são conduzidas a partir de um roteiro, mas permite dinamicidade por parte do entrevistador e do entrevistado.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2020 e agosto de 2021 e foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a qual foi dividida em dois blocos: o primeiro continha questões sobre os aspectos sociodemográficos e obstétricos das participantes. E o segundo bloco com cinco questões que versavam sobre a temática do estudo: prematuridade, cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras e o atendimento nos serviços de saúde (APÊNDICE B).

Considerando o contexto de pandemia pela COVID-19, as entrevistas foram realizadas de forma remota por meio de chamada telefônica, as quais, mediante autorização das participantes foram gravadas por meio do aplicativo gravador de voz do *Windows*, visando garantir a veracidade e completude das informações, sendo transcritas posteriormente de maneira literal, tal quais as mães relataram.

. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora e tiveram duração média de 50 minutos, sendo todas as normas éticas e de sigilo respeitadas.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram transcritas no *software Microsoft Word* e posteriormente colocadas em arquivo único, em formato *open office*, para análise no *software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*, versão 0.7 alpha2. O IRAMUTEQ é um *software* gratuito e com fonte aberta, desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud e que ancora-se no *software estatístico R* e na linguagem Phyton (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* permite a realização de variados tipos de análise de dados textuais, desde análises simples até análises multivariadas. Entre elas, optou-se no presente estudo pelo Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), proposto por Reinert e que possibilita a classificação dos segmentos de textos conforme o seu vocabulário, formando classes de segmentos de texto que apresentam vocábulos semelhantes entre si e diferente dos vocábulos das outras classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A partir dessas análises, o *software* fornece um dendograma da CHD, no qual as relações entre as classes são ilustradas e é possível descrevê-las a partir dos seus segmentos de texto, por meio do vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* IRAMUTEQ representa um importante instrumento no processamento de dados na pesquisa qualitativa em saúde, requerendo conhecimento e habilidade na sua utilização e possibilitando a interpretação dos dados com rigor científico, atuando como artifício que valoriza o papel do pesquisador na condução de sua pesquisa (SOUZA *et al.*, 2018).

Nesse interim, a partir dos conteúdos representacionais das mães de crianças prematuras, foram realizadas interpretações e análises qualitativas com base na TRS na perspectiva da abordagem processual, bem como em referenciais sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) e a coleta de dados foi iniciada somente após sua aprovação, sob CAAE 30956820.8.0000.0055 e parecer nº4.046.212 de 28 de maio de 2020 (ANEXO A). O estudo obedeceu a todos os

termos e condições das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016, que dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos e pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Os dados foram coletados após leitura e concordância das mães em participar do estudo através de preenchimento de formulário contendo o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), compartilhado por meio do *Google Forms*, com envio de cópia para e-mail informado pelas participantes. Respeitou-se a livre escolha pela participação ou não do estudo e a desistência em qualquer momento, sendo preservadas a dignidade e autonomia. Pretendendo resguardar a identidade das participantes, as entrevistas foram identificadas pela palavra Participante seguida de números arábicos, conforme a ordem de realização.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão do presente estudo serão apresentados por meio de dois manuscritos, os quais foram elaborados conforme as normas das revistas escolhidas para submissão.

Manuscrito 1 - Representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras

Revista Saúde e Sociedade

Normas: <https://www.scielo.br/journal/sausoc/about/#instructions>

Manuscrito 2 - Assistência de saúde no cuidado do crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras

Revista Gaúcha de Enfermagem

Normas: <https://www.scielo.br/journal/rgenf/about/#instructions>

5.1 MANUSCRITO 1

Representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras

Social Representations of mothers about care in the growth and development of premature children

Ananda Sodré Silva. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde. Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié, BA, Brasil. CEP: 45205-490. E-mail: sodrenanda@outlook.com. ORCID: 0000-0002-1213-9689. Autor correspondente.

Juliana Costa Machado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde. E-mail: juliana.costa@uesb.edu.br. ORCID: 0000-0002-2258-0718.

Alba Benemerita Alves Vilela. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde. E-mail: abavilela@uesb.edu.br. ORCID: 0000-0003-2110-1751.

Resumo

O objetivo do presente estudo foi apreender as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o enfoque teórico da Teoria das Representações Sociais, realizada com 19 mães de crianças prematuras com até cinco anos idade e que foram atendidas em duas instituições especializadas de um município baiano. A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2020 e agosto de 2021, através de entrevista semiestruturada. Os dados foram processados através do *software* IRAMUTEQ e analisados pelo método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Os resultados apontaram que as mães representam socialmente a prematuridade a partir de conceitos, vivências e experiências que vão desde a gestação até o processo de crescimento e desenvolvimento, sendo constituídas por uma dimensão imagética, uma dimensão afetiva e uma dimensão conceitual.

Palavras chave: Mães; Nascimento Prematuro; Recém-nascido Prematuro; Crescimento e Desenvolvimento.

Abstract

The objective of the present study was to apprehend the social representations of mothers about the care in the growth and development of premature children. This is a qualitative research with the theoretical focus of the Theory of Social Representations, carried out with

19 mothers of premature children up to five years old who were assisted in two specialized institutions in a municipality in Bahia. Data collection took place between December 2020 and August 2021, through a semi-structured interview. Data were processed using the IRAMUTEQ software and analyzed using the Descending Hierarchical Classification (CHD) method. The results showed that mothers socially represent prematurity based on concepts, experiences and experiences that range from pregnancy to the process of growth and development, consisting of an imagery dimension, an affective dimension and a conceptual dimension.

Keywords: Mothers; Premature Birth; Premature Newborn; Growth and Development.

Introdução

Considera-se prematuro (ou pré-termo) todo bebê que nasce antes das 37 semanas completas de gestação. Dados indicam que mundialmente, cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuramente todos os anos, sendo esse fenômeno considerado um importante problema de saúde pública (OMS, 2018).

Considerando o contexto brasileiro, conforme estimativas do Ministério da Saúde (MS), o número de nascimentos prematuros chega a 320 mil a cada ano, sendo o equivalente a seis prematuros nascendo a cada dez minutos. Dados dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) dão conta de que no ano de 2021 a taxa de nascimentos prematuros foi de 12,19%. Dessa forma, o país ocupa a 10^o posição entre os países com maiores registros de prematuridade (BRASIL, 2020, 2021).

Sabe-se que o fenômeno da prematuridade provoca impactos significativos em todo o sistema familiar gerando ansiedade e insegurança, afetando inclusive as primeiras vivências entre mãe e bebê devido à necessidade de afastamento pela internação em grande parte dos casos (BASEGGIO *et al.*, 2017).

No entanto, os desafios não se encerram com a alta hospitalar, que apesar de significar um momento de alívio, também traz medos e inseguranças diante da possibilidade de cuidar do bebê sem a presença da equipe de saúde (MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020). Dessa forma, evidencia-se a importância da orientação e acompanhamento desde a internação, na alta e no seguimento pós-alta visando preparar essa mãe para o cuidado (VERONEZ *et al.*, 2017), sendo essa tarefa imprescindível para a busca de suporte e auxílio visando um melhor desenvolvimento (HORTA; SOARES, 2020).

O bebê prematuro requer acompanhamento profissional multidisciplinar, tendo em vista as diversas complicações de saúde relacionadas à imaturidade gestacional, a exemplo

das alterações motoras e cognitivas secundárias à interrupção do desenvolvimento cerebral saudável (HORTA; SOARES, 2020).

Diante desse contexto, utilizou-se o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS), a qual possibilita investigar como os indivíduos estabelecem a ordem e a estabilidade diante da diversidade dos fenômenos a que estão expostos, ou seja, como interpretam dada realidade e a integram em suas mentes, tornando familiar o não-familiar (MOSCOVICI, 2015). Considera-se adequado o uso da TRS no presente estudo tendo em vista que por meio da mesma é possível adentrar o universo interior dos sujeitos e compreender o objeto na perspectiva de quem o representa e o interpreta no cotidiano: as mães.

Nesse interim, considerando as especificidades do crescimento e desenvolvimento da criança prematura e tendo em vista o envolvimento materno nesse processo, acredita-se que o conhecimento sobre as representações sociais de mães do cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras pode contribuir para maiores discussões entre gestores e profissionais de saúde, visando fornecer uma melhor abordagem às mães e famílias que vivenciam esse fenômeno, possibilitando uma assistência em saúde integral e resolutive, para além dos aspectos clínicos, considerando também as subjetividades desse processo.

Dessa maneira, consolidou-se como questão norteadora do estudo: quais as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras? Neste sentido, o estudo objetivou apreender as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na TRS, em sua abordagem processual. Como fenômenos complexos, as RS se apresentam como um saber que manifesta a realidade e se constituem como um conhecimento elaborado e compartilhado socialmente, orientando a relação com o mundo e com os outros (JODELET, 2001).

O estudo contou com a participação de 19 mães de crianças prematuras que foram atendidas em duas instituições que assistem crianças que necessitam de estimulação precoce, localizadas em um município do interior baiano. A escolha das participantes foi realizada por conveniência, sendo feito contato inicial com a instituição, a qual forneceu as fichas dos usuários cadastrados, sendo contatado via telefone uma a uma para averiguar o nascimento prematuro. Dessa forma, a partir da identificação de crianças prematuras, as mães foram convidadas a participar da pesquisa, adotando-se como critérios de inclusão: ser mãe de

criança prematura com até cinco anos de idade e ter sido atendida em uma dessas instituições. E como critérios de exclusão possuir condição de saúde que impossibilitasse a participação no estudo e, considerando que a coleta ocorreu de forma remota, não possuir acesso a recurso tecnológico que mediasse a entrevista.

Conforme as mães aceitavam participar, foi marcado dia e horário de acordo a disponibilidade das mesmas. Ressalta-se que devido à pandemia de COVID-19, as entrevistas foram realizadas de forma remota por meio de ligações telefônicas, as quais foram gravadas por meio do aplicativo gravador de voz do *Windows*, para assegurar a veracidade dos relatos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2020 e agosto de 2021, por entrevista semiestruturada, guiada a partir de um formulário contendo aspectos sociodemográficos e obstétricos, a fim de caracterizar as participantes, e um roteiro com cinco questões sobre a temática (prematuridade, o crescimento e desenvolvimento e o atendimento em saúde de crianças prematuras). As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos e os aspectos éticos e de sigilo foram respeitados.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e preparadas para processamento no IRAMUTEQ (acrônimo de *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire*), 0.7 alpha2, software gratuito e com fonte aberta, a partir do qual é possível fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e tabelas, indivíduos e palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013). Para análise, optou-se pelo método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que possibilita a classificação dos segmentos de texto baseados em seu vocabulário, dividindo-os em classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *corpus* utilizado para análise foi composto por 19 textos, os quais foram processados e analisados pelo *software* em um tempo de 22 segundos.

O estudo foi realizado seguindo as normas das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016 que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob CAAE: 30956820.8.0000.0055 e parecer nº 4.046.212. As participantes assinalaram o formulário contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado através do *Google Forms* e, para que se assegurasse o anonimato, foram identificadas com a palavra Participante seguido de números arábicos, conforme a ordem de realização das entrevistas.

Resultados

Participaram das entrevistas 19 mães com idades entre 23 e 44 anos, com maioria (52,63%) autodeclarada parda. Quanto à escolaridade, 52,63% referiram possuir ensino médio completo. Em relação à renda familiar, 63,16% declararam possuir renda entre 1 e 3 salários mínimos e 52,63% são casadas.

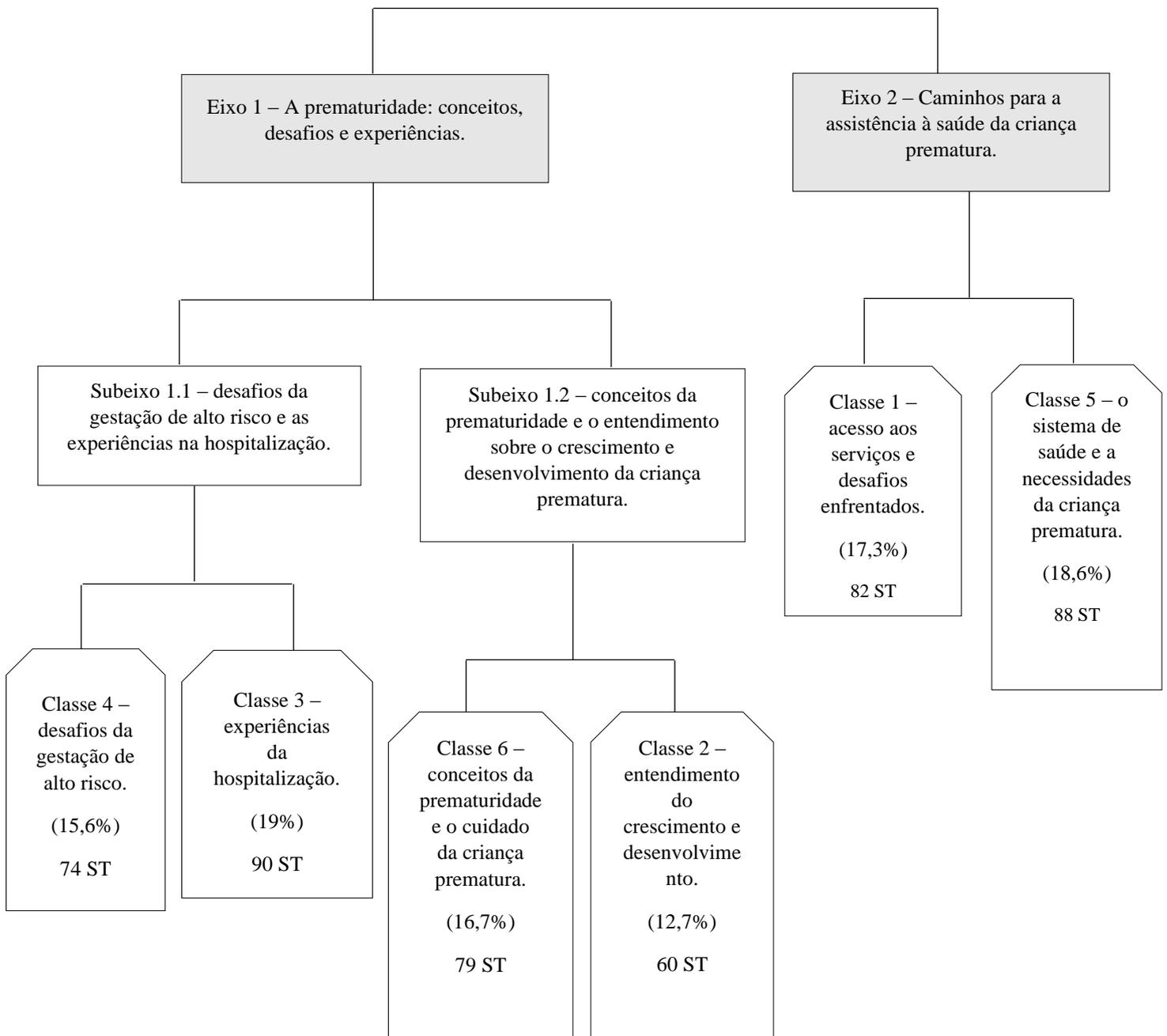
Quanto aos dados obstétricos, 89,47% possuem de 1 a 3 filhos e 10,53% de 4 a 6 filhos. Considerando a prematuridade, apenas 10,53% relataram ocorrência anterior de parto prematuro. Sobre a idade gestacional no parto, 89,47% estava entre 32 a <37 semanas de gestação e 10,53% de 28 a <32 semanas de gestação.

O *corpus* foi submetido à análise lexical por meio do *software* IRAMUTEQ, sendo obtidos 548 segmentos de texto (ST), dos quais 473 foram analisados, evidenciando assim um aproveitamento de 86,31%. O *corpus* apresentou 2069 formas, com 19232 ocorrências, a lematização de palavras obteve um total de 1300, com 1180 formas ativas de palavras e 11 formas suplementares. A partir da CHD, dividiu-se o *corpus* em dois eixos, os quais deram origem a cinco classes.

O eixo 1 se subdividiu em subeixo 1.1, formando as classes 3 e 4 e subeixo 1.2, formando as classes 6 e 2. O eixo 2 foi formado pelas classes 1 e 5. Cada classe foi nomeada conforme o seu conteúdo, como ilustra a figura 1.

O presente estudo se deterá na abordagem do eixo 1, intitulado: “A prematuridade: conceitos, desafios e experiências”. O eixo 1 é composto pelo subeixo 1.1 “Desafios da gestação de alto risco e as experiências na hospitalização” com suas classes 4 e 3, e subeixo 1.2 “Conceitos da prematuridade e o entendimento sobre o crescimento e desenvolvimento da criança prematura”, o qual originou as classes 6 e 2.

Figura 1 – Distribuição das classes temáticas conforme CHD



Fonte: elaboração pelas autoras (2021).

Subeixo 1.1 – Desafios da gestação de alto risco e as experiências na hospitalização

Classe 4: Desafios da gestação de alto risco

Esta classe representou 15,64% do *corpus* com 74 STs e apresentou os seguintes vocábulos como elementos de maior relevância: pressão ($x^2=49,47$); gestação ($x^2=42,75$); causa ($x^2=39,06$); alto ($x^2=30,56$); risco ($x^2=26,43$), entre outros. Nesta classe, as mães

relataram suas vivências na gestação, marcadas pelo enfrentamento de desafios como a busca pelos serviços e atendimento na rede de saúde. Foram relatados também os enfrentamentos inerentes à própria gestação de alto risco, a exemplo de condições clínicas como hipertensão arterial, como ilustram as falas abaixo:

Aí fora isso, uma confusão, nessa confusão toda até que eu consegui, porém, não deu tempo eu fazer acompanhamento do pré-natal de alto risco porque (o filho) nasceu antes do tempo. (P03; score: 183.27)

A ficar muito inchada assim, eu fui ver pressão lá em cima, foi quando eu procurei um médico, passei mal, transferiu pra Santa Casa, eles mandaram eu procurar o posto pra fazer um pré-natal de alto risco porque eu tava com princípio de pré-eclâmpsia. (P03; score: 170.62)

Eu tive complicações mesmo antes de ter pressão alta, eu já tive complicação porque o útero começou a abrir, antes de eu ficar com a pressão alta o médico já tinha me mandado ficar em repouso, ficar de repouso em casa, e aí a pressão começou a subir. (P04; score: 133.58)

Classe 3: experiências da hospitalização

A classe 3 foi responsável pelo maior número de STs, representando 19,03% do *corpus* total e as palavras mais representativas desta classe foram: casa ($x^2=45,97$); santa ($x^2=33,48$); UTI ($x^2=30,43$); dormir ($x^2=29,06$); manhã ($x^2=25,86$); noite ($x^2=24,76$), entre outras. Os conteúdos representacionais dessa classe evidenciaram as experiências das mães durante o processo de hospitalização, seja ainda durante o parto e principalmente durante a internação do bebê. As mães descreveram através de suas falas os difíceis enfrentamentos da hospitalização de um bebê prematuro, com longas jornadas diárias dentro de um hospital.

Foram relatadas também as deficiências no atendimento, os aprendizados e as orientações recebidas pela equipe de saúde para o cuidado de seus filhos. Outro aspecto presente refere-se ao apoio familiar recebido no hospital e na adaptação no domicílio no pós-alta.

Então eu vinha cá, amamentava (filho 1), subia para Santa Casa, passava 3 horas com (filho 2) na UTI enquanto amamentava, eu

ficava 3 horas com (filho 2), voltava para casa, amamentava (filho 1), comia alguma coisa e subia de novo para Santa Casa. (P16, score: 209.57)

Sabe por quê? Porque ninguém acreditou em mim quando eu falei que meu filho ia sair do leito de morte, disseram que eu estava ficando doida. Eu chegava sete horas da manhã e saía oito da noite do hospital. (P13, score: 138.35)

Eu ficava imaginando que poderia estar em casa curtindo mais aquele momento, como se eu tivesse perdendo aquela parte dela com ela em casa, perdendo esses momentos com ela em casa, e estar no hospital com uma criança é muito diferente do que você sempre imaginou. (P07, score: 107.97)

Subeixo 1.2 – conceitos da prematuridade e o entendimento sobre o crescimento e desenvolvimento da criança prematura.

Classe 6: Conceitos da prematuridade

Esta classe concentrou 16,7% dos ST analisados, tendo como principais palavras: prematuro ($x^2=70,47$); nascer ($x^2=55,69$); bebê ($x^2=54,63$); cuidar ($x^2=48,56$); antes ($x^2=34,64$); prematuridade ($x^2=32,73$); prejudicar ($x^2=32,73$), entre outras. Verificou-se que nessa classe as mães representam através de conceitos, pensamentos e opiniões sobre o que é a prematuridade e os fatores que envolvem esse fenômeno, como o cuidado à criança prematura e as consequências de um nascimento pré-termo, como é possível observar nas falas abaixo:

Para mim prematuridade são os bebês que nascem antes do tempo ou que nascem com baixo peso. Acho que influencia na saúde da criança, é algo ruim. Acho que o prematuro tem um desenvolvimento diferente, acho que sim. (P10; score: 316.41)

Prematuro é uma coisa que vem antes do tempo, pode ser um bebê que nasce antes do tempo ou uma coisa que acontece antes do tempo, algo que vem antes do tempo. (P14; score: 267.39)

As mães relataram também suas opiniões sobre o cuidado direcionado ao prematuro, podendo ser visualizado como um cuidado diferenciado para umas, enquanto que para outras, mantém-se dentro do que é considerado normal:

O prematuro você trabalha com a prevenção, então tudo dela eu tenho que ver antes de um bebê normal, um exame de sangue, uma transfontanela, tudo nela eu tenho que ver antes porque caso haja alguma coisa por conta da prematuridade eu já estou ciente e já posso correr atrás. (P19, score: 255.45)

Não acho que a saúde dela foi prejudicada por nascer prematura. Logo no início foi bastante difícil, mas hoje já não tenho mais aquela dificuldade como tinha antes logo no início, hoje eu cuido dela como se, como se num fosse uma criança prematura. (P18, score: 217.24)

Classe 2: entendimento do crescimento e desenvolvimento

Esta classe foi constituída por 12,68% dos ST analisados e apresentou como palavras mais significativas: desenvolvimento ($x^2=69,37$); lento ($x^2=55,14$); andar ($x^2=36,53$); aprender ($x^2=34,21$); crescimento ($x^2=31,78$); falar ($x^2=29,54$); vencer ($x^2=27,77$); engatinhar ($x^2=27,77$); diferente ($x^2=24,19$), entre outras.

O conteúdo dessa classe expressa as opiniões e experiências das mães sobre o crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Algumas mães relataram perceber diferenças nesse processo, sendo este considerado mais lento; outras relataram que seus filhos tiveram um crescimento e desenvolvimento adequado. Outro elemento que surgiu foi a ideia de que mesmo não sendo como as crianças à termo, o crescimento e desenvolvimento ocorre conforme as possibilidades deles, trazendo uma ideia de conformidade diante das peculiaridades da criança prematura.

O crescimento e desenvolvimento não foi tão lento como eu pensei que seria, pelo que eu já ouvia falar, a médica também já tinha conversado comigo que o desenvolvimento dela ia ser diferente e eles no caso só acompanham realmente a criança que não é prematura a partir dos 2 anos. (P04; score: 286.96)

O desenvolvimento é lento, a aprendizagem principalmente. Os meninos eles nasceram no tempo certo, então eles aprenderam tudo rápido, começaram a engatinhar logo, começaram a andar, começaram a falar, eles têm uma independência, eles são independentes. (P15, score: 262.80)

Outra questão refere-se ao sentimento de alegria diante da superação de desafios ao ver a criança evoluindo no crescimento e desenvolvimento, como observado na fala:

Ganhou movimentos, isso para mim é muito bom, é muito bom ver o desenvolvimento dele. Ele tem uma vontade de viver tão grande, de aprender, é muito bom. (P13, score: 130.73).

Discussão

Conforme traz Moscovici (2012), as representações sociais circulam na sociedade e estão presentes em todas as interações humanas, quer sejam entre duas pessoas ou dois grupos, sendo um produto das nossas ações e comunicações. Sendo assim, a partir das entrevistas realizadas foi possível apreender as representações sociais elaboradas pelas mães em meio a suas experiências, as quais perpassam desde a gestação até as percepções do crescimento e desenvolvimento da criança prematura.

Tendo em vista o conteúdo da classe 4, demonstrou-se que as RS das mães estão ancoradas em suas experiências durante a gestação, atravessando uma jornada complexa de consultas, exames e internações, num contexto de enfrentamento de doenças. Estudo retrospectivo realizado em uma maternidade pública do Piauí apontou que 99,4% das gestantes que cursaram com parto prematuro apresentaram intercorrências durante a gestação, possivelmente relacionadas a alguma patologia (GOMES *et al.*, 2020). Em outra pesquisa foi evidenciado que todas as mães apresentavam algum risco biológico ou social, seja relacionado a doenças, intercorrências clínicas ou até mesmo a características individuais ou condições sociodemográficas (NAZARETH *et al.*, 2019), dados esses que corroboram com o presente estudo.

Nesse sentido, percebe-se que o período gestacional que antecede um parto prematuro fica marcado na vida dessas mães e se torna difícil pensar sobre a prematuridade, sem também pensar sobre o caminho trilhado até a evolução para um parto pré-termo. Esses conteúdos expressam uma dimensão imagética da representação de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento das crianças prematuras, visto que elas abarcam as suas histórias e

experiências gestacionais, pois mesmo que não tenha nenhuma pergunta específica no estudo sobre o período da gestação, esses conteúdos foram expressos de forma representativa pelas participantes.

Conforme estudos indicam, a realidade de uma gravidez de alto risco pode ocasionar repercussões de ordem psicológica e emocional nas mães, fazendo emergir sentimentos como medo, culpa, choque e frustração. O turbilhão de emoções experienciado exibe a sobrecarga sentida diante do diagnóstico de risco, da hospitalização e das consequências que podem redundar dessa gestação (ISAACS; ANDIPATIN, 2020). Dado isso, pode-se explicar a relevância representada pelas mães acerca do período gestacional.

A Classe 3 aborda o contexto das rotinas e experiências principalmente no pós-parto prematuro, muitas vezes associado à hospitalização. Como apontado por estudo de Nazareth *et al.* (2019), a maternagem de filhos prematuros é processo difícil desde o momento do parto. Um filho prematuro rompe com as expectativas criadas pelas mães de terem um bebê perfeito, gerando medos e incertezas (ZANI; ALVIM, 2017).

Assim, durante a internação de seus filhos, as mães vivenciam diversos medos e preocupações diante dos desafios enfrentados, tendo muitas vezes que deixá-los no hospital e irem para casa sem eles. Inicia-se então uma saga de dias inteiros no hospital, na tentativa de aproveitar todos os momentos possíveis exercitando o cuidado de seus filhos. Em meio ao cansaço e esgotamento, as mães precisavam se adaptar a uma situação inesperada e totalmente contrária às suas idealizações.

Acrescenta-se nos relatos o reconhecimento do auxílio da equipe de saúde nas orientações para o cuidado à criança prematura, o que corrobora com estudo que evidenciou o reconhecimento por parte dos pais do apoio recebido da equipe multiprofissional, demonstrando satisfação e gratidão (MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020).

Na classe 6, as entrevistadas trazem suas representações ancoradas na dimensão conceitual, apontando em seus relatos que a criança prematura não estava pronta para nascer. Como trouxe Moscovici (2015), é a partir de um acontecimento incomum e inesperado, para o qual ainda não se têm uma explicação lógica, que são elaboradas as representações sociais. Dessa forma, a partir de um parto prematuro, as mães elaboraram representações buscando compreender esse fenômeno, trazendo para um campo de familiaridade um saber que era ainda inexplorado.

De acordo com Medeiros, Franzoi e Silveira (2020), o cuidado que uma criança prematura necessita desconstrói o que até então era concebido como cuidado, suscitando ainda comparações com outros filhos. Nos conteúdos expressos pelas mães aparece o fator

cuidado em saúde como um componente que pode ou não ser diferente dentro das suas experiências da prematuridade. Tal fato pode ser justificado levando em conta a idade gestacional ao nascer, o tempo de hospitalização, o adoecimento da criança, entre outros.

Em relação ao crescimento e desenvolvimento, presente na classe 2, foi possível perceber o conhecimento das mães acerca da possibilidade de um crescimento e desenvolvimento diferenciado e algumas relataram vivenciar isso, ao passo que outras relataram não notar diferença em seus filhos nesse aspecto.

Sabe-se que a prematuridade implica muitas vezes em falhas no desenvolvimento (MARCIANO, 2017) e, conforme trazem Vargas, Benedetti e Weinmann (2017), na maioria das vezes o prematuro vivencia um período de restrição do crescimento que tende a ser recuperado nos primeiros dois anos de vida. Entretanto, alguns deles podem seguir até a adolescência e vida adulta sem recuperar totalmente o peso e a altura, apresentando diferenças quando comparados às crianças nascidas à termo. Atrasos no desenvolvimento motor, cognitivo e de linguagem, por exemplo, são outros fatores que podem ser observados em crianças prematuras (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Por fim, considera-se que essas mães se constituem como um grupo cultural que vive e compartilha experiências únicas (NAZARETH *et al.*, 2019) e conhecer suas representações se faz importante diante da possibilidade dessas informações balizarem práticas profissionais e políticas públicas de atendimento a esse público.

Desta forma, as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento da criança prematura são constituídas por uma dimensão imagética (experiências e vivências gestacionais), uma dimensão afetiva (os sentimentos, superações e preocupações que envolvem o cuidado a criança prematura) e uma dimensão conceitual (saberes e conceitos). Essas dimensões implicam a forma de pensar sobre o objeto social, a compreensão e as relações que envolvem o processo de cuidado entre mãe-criança e o papel prático fundamental dos profissionais de saúde nesse processo.

Considerações finais

Por meio do estudo apreenderam-se as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras, as quais ancoram-se nas experiências vivenciadas desde o período gestacional até o decorrer do crescimento e desenvolvimento da criança. Constatou-se, a partir dos conteúdos representacionais, a necessidade de suporte e orientações dessas mães, bem como a imperativa melhoria do acesso

aos serviços e atendimentos em saúde visando fornecer uma atenção em saúde integral e resolutive.

Considera-se, que a partir desse estudo, foi possível desvelar o fenômeno do cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras a partir da perspectiva de quem o vivencia cotidianamente, explorando os aspectos subjetivos envolvidos e fazendo emergir as pormenoridades da busca pela assistência em saúde.

Dessa forma, este estudo contribui para o fomento de reflexões e discussões acerca das práticas e cuidado em saúde ofertados a esse público, objetivando o fortalecimento e organização da rede de atenção à saúde da criança prematura.

Referências

BASEGGIO, D. B. *et al.* Las experiencias de las madres y los bebés prematuros durante la hospitalización neonatal. *Temas em Psicologia*, v. 25, n. 1, p. 153-167, 2017. DOI: 10.9788/TP2017.1-10

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. *Mês da prematuridade: Ministério da Saúde defende separação zero entre pais e recém-nascidos*. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/novembro/mes-da-prematuridade-ministerio-da-saude-defende-separacao-zero-entre-pais-e-recem-nascidos>>. Acesso em: 6 fev. 2021

BRASIL. *Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa*. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/11/data-marca-importancia-do-cuidado-com-o-prematuro>>. Acesso em: 18 out. 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. DOI: 10.1590/S1980-220X2017015003353

GOMES, T. M. V.; SOARES C. B.; SILVA A. R.; FERREIRA D. S.; SILVA N. R.; SALES M. C et al. Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina – PI: estudo retrospectivo. *Rev Pesq Fisioterapia*. 2020; 10(1):69-76. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v10i1.2653

HORTA, K. C.; SOARES, A. M. O desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo ou prematuras. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 58467-58475, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n8-30

ISAACS, N.Z., ANDIPATIN, M.G. A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC Psychol*, 8, 45, 2020. DOI: 10.1186/s40359-020-00410-8

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *As representações sociais*, v. 17, p. 44, 2001.

MARCIANO, R. P. Representações maternas acerca do nascimento prematuro. *Rev da SBPH*, v. 20, n. 1, p. 143-164, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100009>. Acesso em: 10 de nov. 2021.

MEDEIROS, C. C.; FRANZOI, M. A. H.; SILVEIRA, A. O. Cuidado parental e promoção do desenvolvimento infantil no contexto da prematuridade. *Rev Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 33, 2020. DOI: 10.5020/18061230.2020.11656

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

NAZARETH, I. V. *et al.* Riscos gestacionais e o nascimento prematuro: enfrentamento para a maternagem. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, v. 13, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a237885p1030-1039-2019>

RIBEIRO, C. da C. *et al.* Habilidades do desenvolvimento de crianças prematuras de baixo peso e muito baixo peso. *CoDAS*, v. 29, n. 1, e20160058, 2017. DOI: 10.1590/2317-1782/20162016058

VARGAS, C. L.; BENEDETTI, F. J.; WEINMANN, A. R. M. Crescimento de prematuros até os dois anos de vida: revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Development*, v. 3, n. 1, p. 72-84, 2017. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18/17>. Acesso em: 5 nov. 2021.

VERONEZ M. *et al.* Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 38, n. 2, p. :e60911, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qcc5DQtFFpSHjwdggWntS6j/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 5 out. 2021.

ZANI, A. V.; ALVIM, H. C. O filho prematuro de baixo peso: a maternagem hospitalizada. *Rev enferm UFPE on line*. Recife, v. 11, n. 4, p. 1724-30, 2017. DOI: 10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201715

5.2 MANUSCRITO 2

**ASSISTÊNCIA DE SAÚDE NO CUIDADO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS PREMATURAS
HEALTH CARE IN THE CARE OF THE GROWTH AND DEVELOPMENT
OF PREMATURE CHILDREN
LA SALUD EN LA ATENCIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
NIÑO PREMATURO**

Ananda Sodré Silva. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié, BA, Brasil. CEP: 45205-490. E-mail: sodrenanda@outlook.com. ORCID: 0000-0002-1213-9689.

Juliana Costa Machado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié, BA, Brasil. CEP: 45205-490. E-mail: juliana.costa@uesb.edu.br. ORCID: 0000-0002-2258-0718.

Alba Benemérita Alves Vilela. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié, BA, Brasil. CEP: 45205-490. E-mail: abavilela@uesb.edu.br. ORCID: 0000-0003-2110-1751.

RESUMO

Objetivo: Compreender os conteúdos representacionais de mães sobre o cuidado à saúde no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras.

Método: Estudo qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado com 19 mães de crianças prematuras em município do interior da Bahia. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2020 e agosto de 2021 por meio de entrevista semiestruturada e os dados foram processados no *software* IRAMUTEQ, optando-se pela análise pelo método de Classificação Hierárquica Descendente.

Resultados: Os resultados demonstraram a busca das mães pelos serviços de saúde e os enfrentamentos advindos das dificuldades de acesso e seguimento do cuidado à criança prematura, evidenciando assim a fragilidade e fragmentação da rede de atenção à saúde.

Conclusão: Os conteúdos representacionais apontaram as dificuldades de acesso e ineficiência do sistema público de saúde para o seguimento da criança prematura, fazendo emergir a necessidade de discussões e reflexões acerca da temática.

Palavras chave: Mães. Nascimento Prematuro. Recém-nascido Prematuro. Crescimento e Desenvolvimento.

ABSTRACT

Objective: To understand the representational contents of mothers about health care in the growth and development of premature children.

Method: Qualitative study based on the Theory of Social Representations, carried out with 19 mothers of premature children in a city in the interior of Bahia. Data collection took place between december 2020 and august 2021 through semi-structured interviews and the data were processed in the IRAMUTEQ software, opting for analysis using the Descending Hierarchical Classification method.

Results: The results showed the mothers search for health services and the struggles arising from the difficulties in accessing and following up care for the premature child, thus evidencing the fragility and fragmentation of the health care network.

Conclusion: The representational contents pointed out the difficulties of access and inefficiency of the public health system for the follow-up of premature children, bringing out the need for discussions and reflections on the subject.

Keywords: Mothers. Premature Birth. Premature Newborn. Growth and Development.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el contenido representacional de las madres sobre el cuidado de la salud en el crecimiento y desarrollo de los niños prematuros.

Método: Estudio cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales, realizado con 19 madres de niños prematuros en una ciudad del interior de Bahía. La recolección de datos se realizó entre diciembre de 2020 y agosto de 2021 a través de entrevistas semiestructuradas y los datos fueron procesados en el software IRAMUTEQ, optando por el análisis mediante el método de Clasificación Jerárquica Descendente.

Resultados: Los resultados evidenciaron la búsqueda de las madres por servicios de salud y las luchas derivadas de las dificultades para acceder y dar seguimiento a la atención del niño prematuro, evidenciando así la fragilidad y fragmentación de la red de atención de salud.

Conclusión: Los contenidos representativos señalaron las dificultades de acceso e ineficiencia del sistema público de salud para el seguimiento de los niños prematuros, resaltando la necesidad de discusiones y reflexiones sobre el tema.

Palabras clave: Madres. Nacimiento prematuro. Recién nacido prematuro. Crecimiento y desarrollo.

INTRODUÇÃO

O fenômeno da prematuridade caracteriza-se pelo nascimento antes de 37 semanas de gestação completas, estando associado a diversos fatores, tais como fatores genéticos, sociodemográficos e ambientais^(1,2). Além disso, pode estar relacionado ao aumento da morbidade neonatal e ao comprometimento do desenvolvimento infantil com evidente redução da qualidade de vida⁽³⁾.

Em 2014, uma pesquisa constatou que no mundo, aproximadamente 14,8 milhões de crianças nasceram prematuras, representando 10,6% do total de nascimentos⁽⁴⁾. No Brasil, dados de um estudo realizado entre os anos de 2012 a 2019 evidenciaram decréscimo na proporção de prematuridade variando de 10,87% a 9,95%⁽⁵⁾.

Ainda assim, os dados brasileiros relacionados à prematuridade no Brasil, quando comparada aos países europeus apresentam-se elevados. Dessa forma, os serviços de saúde destinados à atenção materno-infantil precisam qualificar o atendimento no tocante à atenção integral e humanizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁾.

O nascimento de uma criança prematura e a necessidade de atendimento de saúde mais resolutivo e complexo gera na família sentimentos de medo, angústia e tristeza, principalmente pela incerteza sobre o prognóstico durante o período de hospitalização^(6,7). A vivência desse momento pelos pais pode acarretar em dificuldades de responder ativamente e de desenvolver habilidades essenciais para o cuidado que a criança necessita nesses primeiros anos de vida⁽⁷⁾.

Nesse sentido, intervenções precoces, que consistem em ações efetivas após o nascimento e até os três anos com suporte de serviços clínico-terapêuticos multidisciplinares ofertados às crianças e suas famílias, são essenciais para a promoção da saúde infantil bem como do estímulo do seu desenvolvimento cognitivo e motor, e estruturação do vínculo do binômio mãe-filho e do acolhimento e adaptabilidade pela família^(8,9).

Diante desse contexto, é imperativo que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) esteja preparada para esse atendimento, com profissionais motivados e cientes de sua responsabilidade para que haja o respeito às singularidades de cada condição clínica^(10,11).

Contudo, assevera-se que a integralidade da atenção às doenças e condições crônicas infantis ainda não são contempladas em sua totalidade pelas políticas públicas de saúde. Evidencia-se então, a existência de uma fragilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no que concerne ao atendimento das demandas de saúde do prematuro, uma vez que atua de maneira fragmentada e muitas vezes, centrada apenas na criança. Tal condição ocasiona o que

se chama de “peregrinação” da criança e sua família pela RAS em busca de atenção que seja resolutiva e integral⁽¹²⁾.

Tendo em vista essa discussão, dar voz às mães de crianças prematuras que vivenciam o processo de cuidado compartilhado na rede SUS e buscam por melhores condições no acesso aos serviços de saúde, é tarefa primordial para o alcance da construção de autonomia e empoderamento da família no cuidado ao prematuro e efetiva articulação da RAS e proatividade dos serviços.

Sendo assim, optou-se por desvelar esse universo por meio das representações sociais (RS), sabendo que em todas as interações humanas presume-se a presença de RS, sendo elas como um produto das ações e comunicações. As RS influenciam o comportamento adotado pelos grupos e indivíduos e possuem como propósito maior tornar familiar e trazer para um campo de assimilação algo ainda desconhecido⁽¹³⁾.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi compreender os conteúdos representacionais de mães sobre o cuidado à saúde no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, utilizando o enfoque teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici. O termo RS designa tanto um conjunto de fenômenos, quanto o conceito e a teoria que busca explicá-las. As RS são tidas como entidades quase tangíveis, que circulam entre os indivíduos e se consolidam por meio de palavras, gestos, comunicações e presumem a existência de um objeto, considerando que as RS são sempre de algo ou de alguém⁽¹³⁾.

Participaram do estudo 19 mães de crianças prematuras que foram atendidas em duas instituições que abordam a estimulação precoce em um município do interior da Bahia. Os critérios de inclusão foram: ser mãe de criança prematura com até cinco anos de idade e ter sido atendida em um desses dois serviços. Os critérios de exclusão foram apresentar condições de saúde que impossibilitem a participação e não ter acesso a recurso tecnológico adequado, considerando que a entrevista ocorreu de forma remota devido à pandemia da COVID-19.

Para a coleta de dados foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, composta por formulário para caracterização das participantes abordando aspectos sociodemográficos e obstétricos e um roteiro de perguntas acerca da prematuridade, atendimento em saúde e o crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras. Com

duração média de 50 minutos, as entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2020 e agosto de 2021, de forma remota por meio de ligação telefônica e gravadas com o auxílio do aplicativo gravador de voz do *Windows*, visando garantir a fidedignidade dos relatos em posterior transcrição.

Por sua vez, para o processamento dos dados, foi utilizado o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha2, programa informático de acesso livre e gratuito, que possibilita a realização de diversos tipos de análise textual. Desenvolvido pelo pesquisador Pierre Ratinaud, inicialmente na língua francesa, o IRAMUTEQ utiliza a linguagem *python* e ancora-se no ambiente estatístico do *software* R para realizar suas análises. Dentre as possíveis formas de análise no *software*, escolheu-se para o presente estudo a análise por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), método que classifica os segmentos de texto de acordo com seu vocabulário⁽¹⁴⁾.

Sendo transcritas na íntegra, as entrevistas deram origem a um *corpus* composto por 19 textos, os quais foram processados pelo *software* em um tempo de 22 segundos.

Cabe ressaltar que o estudo foi realizado mediante submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob CAAE: 30956820.8.0000.0055 e parecer nº 4.046.212/2020, prezando pelas normas dispostas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016 que dispõem sobre a realização de pesquisa com seres humanos. Todas as participantes concordaram em participar da pesquisa assinalando o formulário com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compartilhado através do *Google Forms*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

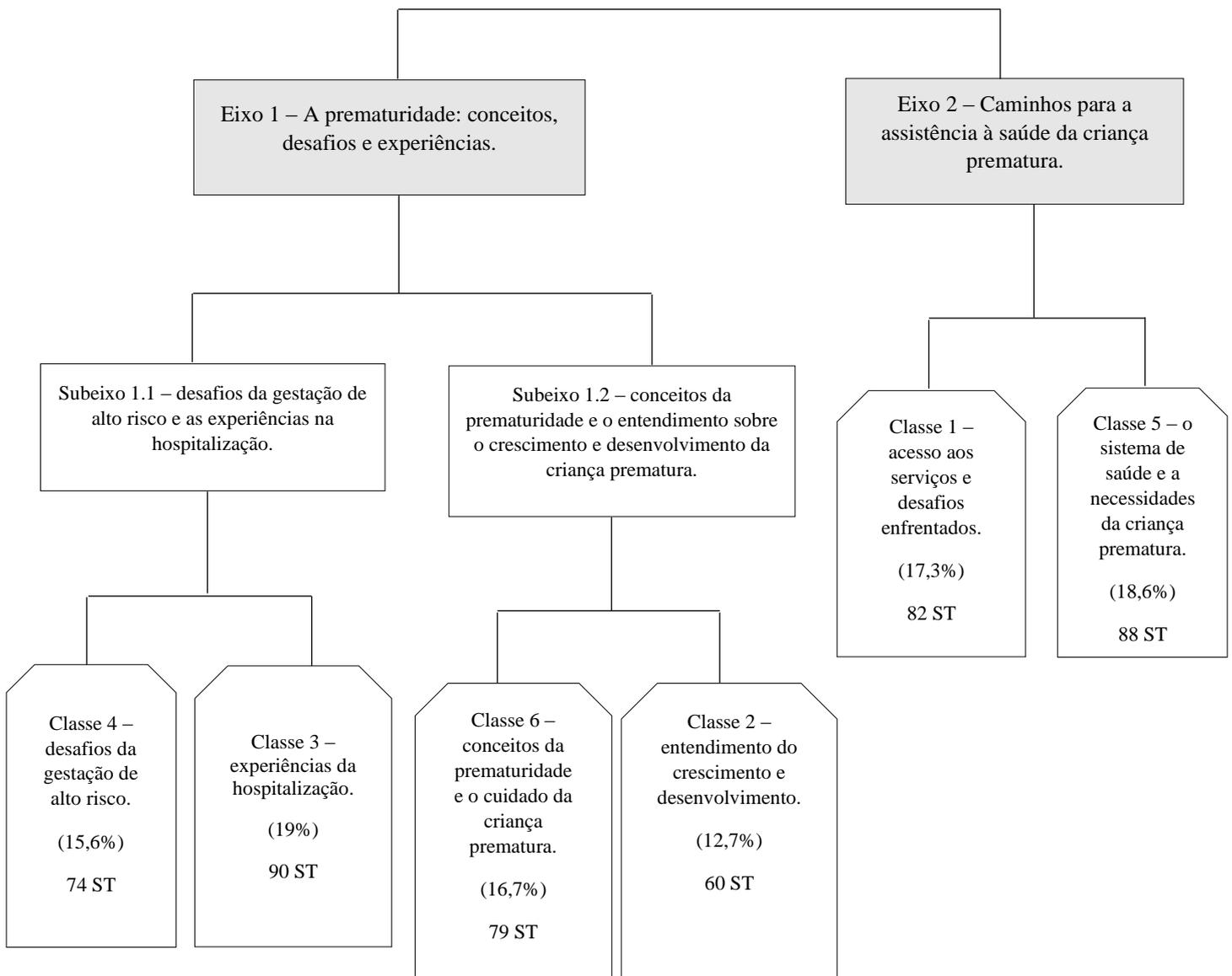
O estudo foi realizado com 19 mães, com idades entre 23 e 44 anos, maioria autodeclaradas pardas, com ensino médio completo, casadas e donas de casa. Considerando a renda familiar, 12 referiram possuir renda de 1 a 3 salários mínimos. Quanto aos dados obstétricos, 16 relataram ter entre 1 e 3 filhos e apenas 2 referiram histórico anterior de prematuridade. Entre as mães, 17 tinham no momento do parto entre 32 à 37 semanas de idade gestacional e duas tinham 28 à 32 semanas de idade gestacional.

O *corpus* de análise foi dividido em 548 segmentos de texto (ST) após a análise lexical do IRAMUTEQ, sendo 473 analisados, ou seja, houve aproveitamento de 86,31%. O *corpus* apresentou 2069 formas, com 19232 ocorrências, a lematização de palavras obteve um total

de 1300, com 1180 formas ativas de palavras e 11 formas suplementares. Posteriormente à CHD, o *corpus* foi dividido em dois eixos e seis classes (figura 1).

Esse estudo abordará o eixo 2, intitulado “Caminhos para a assistência à saúde da criança prematura”. O eixo 2 é composto pelas classes 1, denominada “acesso aos serviços e desafios enfrentados” e classe 5 “o sistema de saúde e a necessidades da criança prematura”.

Figura 1 – Distribuição das classes temáticas conforme CHD. Jequié, BA, Brasil, 2021



Fonte: elaboração pelas autoras (2021).

Conforme conteúdo da classe 1 foi possível denominá-la de “acesso aos serviços e desafios enfrentados”, sendo responsável por 17,34% dos segmentos de texto (ST) analisados no *corpus*. Como palavras mais significativas da classe estão: levar ($x^2= 86,01$), marcar ($x^2=$

84,08), conseguir ($x^2=39,54$), exame ($x^2=36,27$), passar ($x^2=28,51$), neuropediatra ($x^2=24,11$), procurar ($x^2=24,11$), consulta ($x^2= 21,18$), pagar ($x^2= 19,24$), entre outras.

Os conteúdos representacionais dessa classe demonstraram a busca das mães pelos serviços de saúde, tendo que lidar na maioria das vezes com realidades desfavoráveis, como a dificuldade de acesso aos especialistas e à realização de consultas e exames, circunstâncias que as faziam por vezes recorrerem à rede privada de saúde, como fica evidente nas seguintes falas:

E tinha muita febre, do nada era uma febrezinha que vinha, eu não conseguia levar no posto, marcar no posto pediatra, aí teve que pagar, o pai dele teve que pagar pediatra (P10, score: 333.57).

E aí tudo que ela era prematura, o médico falou que ela teria que fazer a fisioterapia, ele passou logo essas 10 sessões, de primeiro, de início, e eu consegui marcar pelo posto as sessões, porque as clínicas aqui não faziam para criança (P04, score: 281.08).

Desse modo, para algumas mães o uso dos serviços público e privado se dava de forma complementar, como ilustram algumas falas:

Como eu consegui a fonoaudióloga e a fisioterapeuta, eu estava pagando só a pediatra. Aí agora diz que deu uma aliviada, mandou eu ir lá com a requisição para ver se eu consigo marcar a pediatra, que é a mesma de lá também, para atender lá (P19, score: 242.70).

Pelo plano eu não consegui fazer, aí, eu levei pro posto, conversei com a médica e aí ela passou para eu passar na UESB (P04, score: 242.26).

Outros problemas, como a falta de acessibilidade aos serviços, dificuldades em conciliar jornada de trabalho e cuidado com a criança, além da ausência de orientações dos profissionais também são aspectos que apareceram nos relatos:

Na maternidade ninguém me falou nada não, só passaram uns exames de sangue para ele, eu fiz o exame, depois eu marquei um pediatra, levei no pediatra e não passaram mais nada, o pediatra não passou nada (P10, score: 258.33).

Levei poucas vezes, eu não levei em todas as consultas que ela estava marcada porque quando ela completou quatro meses eu voltei a trabalhar, aí quem tomava conta dela era minha sogra, aí nem sempre eu podia estar levando ela, aí eu saí do trabalho por conta dela mesmo (P09, score: 234.42).

Eu levava ele para neuropediatra lá em (a cidade), até o dia que a neuropediatra falou que eu não podia mais viajar com ele por conta das crises, que não estava conseguindo controlar, ela tinha medo dele ter crise nesse carro de saúde (P10, score: 219.12).

Corroborando com tais dados, um estudo realizado com profissionais da área de saúde apontou uma fragmentação do cuidado ao prematuro e suas famílias, levando a um atendimento ineficaz e centrado no modelo biomédico, permeado pela realização de procedimentos e técnicas. Outro aspecto abordado que pode exemplificar o preparo do

profissional de saúde para lidar com o manejo e acompanhamento desse público foi o desconhecimento dos profissionais da população pesquisada acerca do método Canguru, uma política pública específica de atendimento à saúde infantil, com foco na prematuridade⁽¹⁵⁾.

Pode-se citar também outro estudo cujo objetivo foi compreender como acontece a continuidade do cuidado ao prematuro, o qual apontou o desordenamento do fluxo de atenção, com sistemas de referência e contrarreferência desorganizados e desestruturados. Outro fator demonstrado foi a ausência da atuação da atenção básica junto ao cuidado do prematuro, exceto para imunização, evidenciando a ausência de articulação da rede de atenção à saúde e comprometendo a formação do vínculo da criança, família e atenção básica⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, se faz importante refletir sobre essas limitações e redirecionar esforços nesse sentido, considerando que a APS representa serviço de referência para a assistência ao prematuro, seja no acompanhamento através dos serviços de puericultura, bem como no manejo das demandas agudas e crônicas, exigindo responsabilização dos sujeitos envolvidos, intersetorialidade, conhecimento técnico-científico dos profissionais e políticas públicas adequadas⁽¹⁷⁾.

A classe 5 concentrou 18,6% do corpus e a partir de seu conteúdo foi denominada “o sistema de saúde e a necessidades da criança prematura”. Os termos mais significativos dessa classe são: profissional ($x^2=61,79$), particular ($x^2=52,53$), acompanhamento ($x^2=46,18$), fisioterapia ($x^2=35,13$), sistema único de saúde ($x^2=34,78$), orientar ($x^2=32,17$), serviço ($x^2=29,93$), entre outras.

Nessa classe, os conteúdos representacionais evidenciaram as experiências das mães com o sistema de saúde, principalmente público, variando entre experiências de cunho positivo e negativo. Relatou-se pelas mães questões como dificuldades para o seguimento do acompanhamento das crianças, déficit de profissionais, ausência de orientações e falta de humanização por parte dos profissionais. Quanto aos aspectos positivos, pode-se citar: acesso as terapias de fonoaudiologia e fisioterapia e a realização de consultas e exames.

O ideal seria ter acompanhamento certo, uma pediatra que avaliasse, mas o negócio está feio. Os exames dele que eu fiz foram todos particulares, pelo SUS demora muito. Deveria ter mais exames. Faltou e falta ainda assistência de saúde (P08, score: 203.19).

Quando eu precisei da neuropediatra, como das psicólogas, a fonoaudióloga que ela passa, eu sempre tive retorno delas, do SUS. O cuidado prestado pelo serviço de saúde é bom. O serviço privado também é muito bom (P05, score: 182.66).

Os governantes de (a cidade) precisam acordar para vida, porque (a cidade) é uma cidade muito boa, mas não tem profissionais. Medicamentos eu tenho que comprar, ele toma dois. Eu só recebo pelo SUS o espessante de (o filho) (P13, score: 192.52).

Outro aspecto de grande importância diz respeito às opiniões das mães sobre o que consideram ser necessário no sistema de saúde para um melhor e adequado atendimento da criança prematura:

Precisa de medicações na rede de saúde, tratamento e ter mais acompanhamento. O principal desafio foi o acesso aos especialistas. Porque quando eu levava ele no pediatra, tem que passar por tal médico, eu ia atrás desse médico, dessa especialidade de oftalmologia infantil, não achei aqui (P10, score: 181.28).

É necessário uma maior orientação mesmo, um profissional ou um deles se capacitar nessa área para estar esclarecendo a respeito das peculiaridades que os prematuros têm. Precisa de mais orientações específicas (P11, score: 146.41).

O estudo demonstrou que por meio de suas vivências, as mães conseguiram captar as necessidades em saúde de seus filhos, trazendo para as entrevistas questões como a demanda de consultas com especialistas, exames, cirurgias, medicamentos e a importância de profissionais que conheçam a realidade e aspectos característicos e específicos da prematuridade, possibilitando um atendimento adequado e voltado às necessidades desse grupo.

Como fenômenos complexos, as representações sociais agem continuamente em meio a sociedade e constituem-se como um conhecimento que manifesta a realidade. Sendo como sistemas de interpretação e guias da nossa relação com o mundo e com os outros, as RS orientam e organizam as condutas e comunicações sociais, atuando em processos como a assimilação e difusão dos conhecimentos⁽¹⁸⁾.

Desta maneira, entende-se que por meio da elaboração de representações sociais as mães concebem a realidade da prematuridade e do cuidado de uma criança prematura em desenvolvimento. Ao representar, elas rerepresentam os conceitos, os cuidados, os saberes e toda a singularidade que envolve seus contextos, de maneira que seja inteligível para elas.

Outro fato sobre as RS é que elas respondem a alguma necessidade, bem como a um estado de desequilíbrio, tal qual um parto inesperado e o cuidado de uma criança “não ideal” e fora do padrão de saudabilidade. Corroborando com isso a concepção de que por meio da elaboração de representações sociais um problema é dominado e integrado no mundo mental e físico, trazendo o que antes estava distante, para perto e tornando o desconhecido, conhecido⁽¹³⁾.

Surgiu em meio aos relatos também a necessidade de acompanhamento mais frequente, com consultas médicas e de enfermagem em menor espaço de tempo. Esse fato encontra respaldo na literatura científica tendo em vista que as crianças prematuras

apresentam maiores riscos de morbimortalidade, evidenciando a necessidade de avaliações de saúde mais frequentes e seguimento adequado por profissionais de saúde, além de uma rede social que forneça suporte no período que se inicia após a alta hospitalar⁽¹⁹⁾.

É possível apreender também dessa classe o uso do serviço de saúde privado, como uma saída diante das dificuldades de acesso ao serviço de saúde público, revelando a necessidade de fortalecimento da rede de atendimento em saúde, visando oferecer atendimento integral, fazendo-se cumprir as proposições das políticas públicas de saúde vigentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, por meio do presente estudo foi possível identificar os conteúdos representacionais de mães sobre a assistência de saúde no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras, as quais ancoraram-se em suas experiências na busca por atendimento em saúde, trazendo à luz as dificuldade de acesso e a ineficiência do sistema público de saúde para o seguimento da criança prematura.

Posto isso, os resultados apresentados reafirmam a fragmentação da rede de atenção e a fragilidade das ações e serviços existentes para o cuidado da criança prematura, demonstrando a necessidade de reflexões e discussões entre os profissionais e gestores acerca das demandas desse grupo a partir da visão de quem o vivencia no cotidiano. Considerando esses fatos, urge a necessidade do estabelecimento de fluxos de atendimento bem claros e articulados entre os diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo a integralidade do atendimento e promoção do crescimento e desenvolvimento saudável.

REFERÊNCIAS

- 1 Razeq NMA, Khader YS, Batieha AM. The incidence, risk factors, and mortality of preterm neonates: a prospective study from Jordan (2012-2013). *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*. 2017;14:28-36. doi: <https://doi.org/10.4274/tjod.62582>
- 2 Huang H. et al. Investigation of association between environmental and socioeconomic factors and preterm birth in California. *Environment International*. 2018;121:1066-78. doi: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.07.027>
- 3 Broring T, Oostrom KJ, Van Dijk-Lokkart EM, Lafeber HN, Brugman A, Oosterlaan J. Attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder symptoms in school-age born very preterm. *Res Dev Disabil*. 2018;74:103-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.01.001>
- 4 Chawanpaiboon S. et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health*. 2019;7(1):e37-e46. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30451-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0)

- 5 Martinelli KG, Dias B, Leal ML, Belotti L, Garcia EM, Neto ETDS. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Rev Brasileira de Estudos de População*. 2021;38:1-15. doi: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0173>
- 6 Lelis BDB, Sousa MI de, Mello DF de et al. Acolhimento materno no contexto da prematuridade. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(6):1563-9. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230763p1563-1569-2018>
- 7 Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. *Rev gaúcha enferm*. 2015;36(esp):119-26. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Plano Nacional de Enfrentamento a Microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2021 nov 10]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf
- 9 Ferreira RC, Alves CR, Guimarães MA, Menezes KK, Magalhães LC. Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. *J Pediatr*. 2020;96:20-38. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.05.002>
- 10 Fernandes LTB, Nóbrega VM, Silva MEA, Machado AN, Collet N. Supported self-care for children and adolescents with chronic disease and their families. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1318-29. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0553>
- 11 Pastura PSVC, Paiva CG. Transition to adult health care for adolescents with chronic conditions: practices of a tertiary care hospital in Brazil. *Rev Ped SOPERJ*. 2018;18(2):3-10. doi: <https://doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v18i2p3-10>
- 12 Solano LC, Lacerda VS, Miranda FAN, Ferreira JKA, Oliveira KKD, Leite AR. Coordination of care for premature newborns: challenges for primary health care. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1168. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190016>
- 13 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
- 14 Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013 [citado 2021 nov 10]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- 15 Klossowski DG, Godói VCD, Xavier CR, Fujinaga CI. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Revista Cefac*. 2016;18:137-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161814515>
- 16 Berres R, Baggio MA. (Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180827. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0827>

17 Jantsch LB, Alves TF, Arrué AM, Toso BRG, Neves ET. Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(5):e20200524. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0524>

18 Jodelet, D. As representações sociais: um domínio em expansão. *As Representações Sociais*. Tradução Lílian Ulup. p. 17-44. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2001.

19 Moraes AC, Silva ACOC, Almeida CR, Lima KDF. Itinerário terapêutico de mães de crianças egressas do Método Canguru. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 2017;16(2). doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.35994>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o nascimento prematuro representa um grande desafio para a saúde pública mundial e mesmo com a evolução do cuidado perinatal, reduzindo a mortalidade infantil e aumentando a sobrevivência das crianças pré-termo, tal fenômeno ainda suscita inquietações e demanda esforços conjuntos de usuários, profissionais e gestores do sistema de saúde.

Por meio do estudo foi possível analisar as representações sociais de mães sobre o cuidado no crescimento e desenvolvimento de prematuros, descortinando assim as experiências no contexto do cuidado e da busca pela assistência em saúde. Demonstrou-se que as RS das mães ancoram-se em suas vivências, desde o período gestacional, se estendendo ao momento do parto, período de hospitalização e prosseguindo no decorrer do processo de crescimento e desenvolvimento de seus filhos, consolidando-se em suas percepções da prematuridade e do crescimento e desenvolvimento.

O aporte teórico da TRS foi considerado adequado a essa investigação tendo em vista que, para além da atenção hospitalar e dos aspectos clínicos envolvidos, buscou-se conhecer os processos internos de processamento e assimilação da realidade, revelando o fenômeno na perspectiva da mãe, na maioria das vezes a principal cuidadora das crianças prematuras, e trazendo à luz a maneira como ela interpreta tais acontecimentos para que lhes seja tangível e entendível.

Por meio da abordagem processual foi possível desvelar o processo de significação e construção social da realidade dessas mães, emergindo conteúdos representacionais carregados pelas experiências, opiniões e sentimentos diversos. Deste modo, demonstrou-se a integração das dimensões imagética, afetiva e conceitual na conformação das representações sociais de mães do cuidado no crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras.

Tais aspectos trazem à tona o papel e a importância do universo mental e sua influência no concebimento da realidade material, sendo essencial articular elementos afetivos, mentais e sociais para entender esses processos.

Outro aspecto primordial que emergiu dos resultados dessa pesquisa foi a busca e as “andanças” dessas mães pelos serviços de saúde, se propondo como uma participante ativa do cuidado de seus filhos e tendo de lidar por diversas vezes com os entraves e impedimentos de uma rede de atenção que se mostrou fragilizada e

fragmentada. Os relatos evidenciaram os desencontros de orientações e informações, as inseguranças, os medos e as angústias de quem mesmo que muitas vezes distante do conhecimento científico e das academias, elaborou as representações de suas realidades e processou os saberes necessários para manejar as adversidades que se apresentam.

Considerando as contribuições para o entendimento da prática da assistência à saúde, por meio dos relatos foi possível captar o uso do sistema de saúde privado como complementar ao público, diante da não oferta de alguns profissionais e serviços. Entretanto, o acesso à rede privada não coube em todas as realidades e resultou em alguns casos na desassistência das crianças, o que por sua vez tem o potencial de agravar as vulnerabilidades e predispor ainda mais aos atrasos, enfermidades e conseqüente diminuição da qualidade de vida.

Então, considerando as RS elaboradas por essas mães, constatou-se a necessidade de maiores orientações e direcionamentos, ainda no período gestacional, a fim de se garantir o preparo para o enfrentamento da nova realidade que se apresenta. Os achados evidenciaram a necessidade de integração do sistema de saúde, criança, família e profissionais de saúde para que se compartilhe o cuidado e garanta-se um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Mediante o presente estudo pretende-se contribuir e instigar os espaços de diálogo e reflexão entre usuários, profissionais e gestores, a fim de que se repense o cuidado ofertado e se busque a concretização dos ideais do SUS de uma assistência em saúde universal, equânime e em toda sua integralidade.

Se faz necessário também, rediscutir os fluxos de atenção e fortalecer, ou mesmo traçar, as rotas de atendimento com vistas a promover uma atenção à saúde de qualidade, em todos os ciclos da vida e sem qualquer distinção.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. *In*: JODELET, D. (ed.). **As representações sociais** (p. 155-171). Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

ALVES, J. G. B.; ALVES, G. V. Efeitos da atividade física sobre o crescimento de crianças. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 95, p. S72-S78, 2019. Disponível: <https://www.scielo.br/j/jped/a/wJXB3374FfPsCZGjdvRNV9Q/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

ANTUNES, S.; FUERTES, M.; MOREIRA, J. Um olhar sobre a grande prematuridade: a investigação com bebês nascidos com menos de 32 semanas de gestação. **Teoria, práticas e investigação em intervenção precoce**, Lisboa, p. 25-48, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/13046>. Acesso em: 01 out. 2021.

APAE. **Federação Nacional das Apaes**. Disponível em: <https://www.apae.com.br/>. Acesso em: 15 out. 2021.

BASEGGIO, D. B. *et al.* Las experiencias de las madres y los bebés prematuros durante la hospitalización neonatal. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 153-167, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2017000100010&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 01 out. 2021.

BATALLE, D. *et al.* Early development of structural networks and the impact of prematurity on brain connectivity. **Neuroimage**, v. 149, p. 379-392, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053811917300885>. Acesso em: 01 out. 2021.

BERRES, R.; BAGGIO, M. A. (Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, e20180827, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MS799NsJTM79MxDYbV8XKZR/?format=html&lang=en>. Acesso em: 01 out. 2021.

BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. *In*: MORORÓ, L. P.; COUTO, M. E. S.; ASSIS, R. A. M. (orgs.). **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias**. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017, p. 101-22.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BOFF, L. O cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 392, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.31002019>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRANQUINHO, I. D.; LANZA, F. M. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do**

Centro-Oeste Mineiro, Minas Gerais, v. 8, 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2753>. Acesso em: 5 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

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). Diário Oficial da União, 6 ago. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Plano Nacional de Enfrentamento a Microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Rede Cegonha**. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha>. Acesso em: 5 nov. 2021.

BRASIL. **Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e->

vigilancia-sanitaria/2020/11/data-marca-importancia-do-cuidado-com-o-prematuro. Acesso em: 18 out. 2021.

BRORING, T. *et al.* Attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder symptoms in school-age born very preterm. **Research in Developmental Disabilities**, v. 74, p. 103-22, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422218300015?via%3Dih>. Acesso em: 5 nov. 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - LACCOS. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 17 nov. 2019.

CARVALHO, S. S.; OLIVEIRA, B. R. Fatores preditivos para a ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade: um estudo caso-controle. **Revista Educação em Saúde**, Goiás, v. 7, n. 1, p. 100-8, 2019. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ad15/642cbfa1e5fe38b6c3e2290ef4e36e0a9e80.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.

CASTRO, R. V. Prefácio. ALMEIDA, A. M.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 2. ed. revista. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2019.

CHAWANPAIBOON, S. *et al.* Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 1, p. e37-e46, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18304510>. Acesso em: 5 out. 2021.

DIEPPA, F. D. La prematuridad: un problema pendiente de solución. **Revista Cubana de Pediatría**, La Habana, Cuba, p. e1435-e1435, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/biblio-1251741>. Acesso em: 5 out. 2021.

DOS SANTOS, G. T.; DIAS, J. M. B. Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, v. 8, n. 1, p. 173-87, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/1416>. Acesso em: 20 mai. 2021.

FERNANDES, L. T. B. *et al.* Autocuidado apoiado a crianças e adolescentes com doenças crônicas e suas famílias. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1318-29, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XKcV6sB5bfMpqY4qhD4hg5h/?lang=en>. Acesso em: 20 set. 2021.

FERREIRA, R. C. *et al.* Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. **Jornal**

de Pediatria, v. 96, p. 20-38, 2020. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755718311616?via%3Dihub>.
 Acesso em: 20 set. 2021.

FERREIRA, M. A. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 214-219, 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/wdyxP7y3X3QZLLcZJWqX6mq/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2021.

FJS (Fundação José Silveira). **Santa Casa de Jequié**. Disponível em:
<http://www.fjs.org.br/santa-casa-de-jequeie/santa-casa-hospital-sao-judas-tadeu/>.
 Acesso em: 17 out. 2021.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/rbepid/2017.v20suppl1/46-60>. Acesso em: 20 de set. 2021.

FRANTZ, M. F.; SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Follow-Up de nascidos prematuros: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 37, e37316, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ptp/a/qvrdDvB9CyMC8H4HS6qZtpJ/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

FUENTEFRIA R. N.; SILVEIRA R. C.; PROCIANOY, R. S. Motor development of preterm infants assessed by the Alberta Infant Motor Scale: systematic review article. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 4, p. 328-42, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jped/a/9xFzSzWd5wz37KxP6bMYR6x/?lang=en>. Acesso em: 01 out. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GLOVER, A. V.; MANUCK, T. A. Screening for spontaneous preterm birth and resultant therapies to reduce neonatal morbidity and mortality: A review. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 23, n. 2, p. 126-32, 2018. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744165X17301385>. Acesso em: 10 set. 2021.

GOMES, T. M. V. *et al.* Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina – PI: estudo retrospectivo. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 69-76, 2020. Disponível em:
<https://200.128.7.132/index.php/fisioterapia/article/view/2653>. Acesso em: 15 out. 2021.

GUIMARÃES, E. A. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, p. 91-8, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2017.v26n1/91-98/>. Acesso em:

10 nov. 21.

HENRICH, S. M.; SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. Vivências da maternidade e da relação mãe-bebê no primeiro ano de vida do bebê prematuro. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 49, p. 71-93, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/7376>. Acesso em: 15 out. 2021.

HORTA, K. C.; SOARES, A. M. O desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo ou prematuras. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 58467-75, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/1504>. Acesso em 5 ago. 2021.

HUANG, H. *et al.* Investigation of association between environmental and socioeconomic factors and preterm birth in California. **Environment International**, v. 121, p. 1066-78, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412018306135?via%3Dihub>. Acesso em 5 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Jequié - BA. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>. Acesso em: 19 de jul. 2021.

ISAACS, N. Z., ANDIPATIN, M.G. A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. **BMC Psychology**, v. 8, n. 45, 2020. Disponível em: <https://bmcpsoychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-020-00410-8>. Acesso em 10 out. 2021.

JANTSCH, L. B. *et al.* Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, e20200524, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D9GcYSqjCjQSBQxjQycDQw/?lang=en>. Acesso em 10 out. 2021.

JESUINO, J. C. Um conceito reencontrado. *In*: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 2. ed. revista. Brasília: Technopolitik, 2019.

JODELET, D. As representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Tradução Lílian Ulup. p. 17-44. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JODELET, D. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 33, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/BzhBBK7NjwBZ7PgxSYH5tvR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2021.

KANG, S. R.; CHO, H. Research Trends of Follow-Up Care after Neonatal Intensive Care Unit Graduation for Children Born Preterm: A Scoping Review. **International**

Journal of Environmental Research and Public Health, v. 18, n. 6, p. 3268, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi-nlm-nih.ez21.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC8004188/>. Acesso em: 10 out. 2021.

KLOSSOSWSKI, D. G *et al.* Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 137-50, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/LkYmzcBfHM8zxWZVvxXC7Qf/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 10 out. 2021.

LAHLOU, S. Difusão das Representações e Inteligência Coletiva Distribuída. *In*: ALMEIDA, A. M.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 2. ed. revista. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2019.

LELIS, B. D. B. *et al.* Acolhimento materno no contexto da prematuridade. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1563-9, 2018. doi: Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230763>. Acesso em: 20 set. 2021.

LEMOS, R. A.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Estratégias metodológicas para elaboração de material educativo: em foco a promoção do desenvolvimento de prematuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 505-518, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n2/505-518/pt/>. Acesso em: 20 set. 2021.

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. 43 p.

MARCIANO, R. P. Representações maternas acerca do nascimento prematuro. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-164, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100009. Acesso em: 10 de nov. 2021.

MARQUES L. F. *et al.* Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamento Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 927-31, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110005.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2021.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/1878>. Acesso em: 5 nov. 2021.

MEDEIROS, C. C.; FRANZOI, M. A. H.; SILVEIRA, A. O. Cuidado parental e promoção do desenvolvimento infantil no contexto da prematuridade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11656>. Acesso em: 5 nov. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAIS, A. C. *et al.* Itinerário terapêutico de mães de crianças egressas do Método Canguru. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n.2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v16i2.35994>. Acesso em: 10 nov. 2021.

MOSCOVICI, S. On social representations. *In*: J. P. F. **Social cognition: perspectives on everyday understanding**. London, Academic Press, 1981, 181-209.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 404 p.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NASCIMENTO, R. R. P. *et al.* Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 36, n. esp., p. 119-26, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>. Acesso em: 15 nov. 2021.

NAZARETH, I. V. *et al.* Riscos gestacionais e o nascimento prematuro: enfrentamento para a maternagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 13, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a237885p1030-1039-2019>. Acesso em: 10 jul. 2021.

OLIVEIRA, D. C. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. *In*: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 2. ed. revista. Brasília: Technopolitik, 2019.

OLIVEIRA, A.; KRUGER, T. R. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 57-71, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18621/13181>. Acesso em 25 de jan. 2022.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Nascimento Prematuro**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 5 out. 2021.

PASTURA, P. S. V. C.; PAIVA, C. G. Transition to adult health care for adolescents with chronic conditions: practices of a tertiary care hospital in Brazil. **Revista de Pediatria SOPERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 3-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v18i2p3-10>. Acesso em 12 de out. 2021.

PATRIOTA, L. M. Teoria das Representações Sociais: Contribuições para a apreensão da realidade. **Serviço Social em Revista**, v. 10, n. 1, 2007. Disponível em: https://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v10n1_lucia.htm. Acesso em: 15 mai. 2021.

PECHEPIURA, E. P. *et al.* Caracterização ao nascimento e nutricional dos prematuros em unidade intensiva de um hospital público. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Paraná, v. 4, n. 1, p. 48-64, 2021. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/479/196>. Acesso em: 10 nov. 2021.

QUINN *et al.* Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. **Vaccine**, v. 34, n. 49, p. 6047–56. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5139808/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

RAZEQ, N. M. A.; KHADER, Y. S.; BATIEHA, A. M. The incidence, risk factors, and mortality of preterm neonates: a prospective study from Jordan (2012-2013). **Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology**, v. 14, p. 28-36, 2017. Disponível em: <https://europepmc.org/article/MED/28913132>. Acesso em: 10 nov. 2021.

RIBEIRO, C. da C. *et al.* Habilidades do desenvolvimento de crianças prematuras de baixo peso e muito baixo peso. **CoDAS**, v. 29, n. 1, e20160058, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/QYdQVQtxVNg5w9kbjb3L79F/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021

RODRIGUES, A.; MACEDO, S.; VAZ, A. I. A. A construção da maternidade a partir da experiência na UTI neonatal: problematizações de um levantamento bibliográfico. **TCC-Psicologia**, 2018. Disponível em: <http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/74/73>. Acesso em: 15 out. 2021.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SALVO, G. M. *et al.* A influência das características maternas e obstétricas no perfil neonatal. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1283669>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria). **Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade**. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria). **Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência**. Documento Científico, Departamento Científico de Neonatologia, n. 2, nov. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399b-DocCient_-_Prevencao_da_prematuridade.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

SEN, C. Preterm labor and preterm birth. **Journal of Perinatal Medicine**, v. 45, n. 8, p. 911-13, 2017. Disponível em:

<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2017-0298/html>. Acesso em: 10 set. 2021.

SESAB. **Hospital Geral Prado Valadares**. 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-geral-prado-valadares/>. Acesso em: 10 out. 2021.

SILVA, R. M. M. *et al.* Vulnerabilidades para a criança prematura: contextos domiciliar e institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9YNQtK5d3ccTLyMqmx4KFKG/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 12 nov. 2021.

SILVA, T. C. *et al.* Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 7, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SILVEIRA, R. C. *et al.* Early intervention program for very low birth weight preterm infants and their parents: a study protocol. **BMC Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1240-6>. Acesso em: 15 out. 2021.

SOBEP (Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras). **Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família**. Livro Eletrônico. São Paulo, SP: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 2021.

SOLANO, L. C. *et al.* Coordination of care for premature newborns: challenges for primary health care. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 23, e-1168, 2019. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_1168.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 52:e03353, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCGsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?lang=en&format=html>. Acesso em: 10 set. 2021.

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. *In*: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 2. ed. revista. Brasília: Technopolitik, 2019.

VALA, J. Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. *In*: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (coord.). **Psicologia social**. (pp. 353-84). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

VALA, J.; CASTRO, P. Pensamento social e representações sociais. *In*: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (coord.). **Psicologia social**. 9. ed., revista e atualizada. (pp. 569-602). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.

VARGAS, C. L.; BENEDETTI, F. J.; WEINMANN, A. R. M. Crescimento de prematuros até os dois anos de vida: revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 72-84, 2017. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18>. Acesso em 5 nov. 2021.

VERONEZ M. *et al.* Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 38, n. 2, p. :e60911, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qcc5DQtFFpSHjwdggWntS6j/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 5 out. 2021.

ZANI, A. V.; ALVIM, H. C. O filho prematuro de baixo peso: a maternagem hospitalizada. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1724-30, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31314>. Acesso em: 12 out. 2021.

ZHOU, J. *et al.* General movement assessment is correlated with neonatal behavior neurological assessment/cerebral magnetic resonance imaging in preterm infants. **Medicine**, v.100, n. 37, p. e27262, 2021. Disponível em: <https://doi:10.1097/MD.00000000000027262>. Acesso em: 10 set. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa que tem como título “Representações Sociais de mães acerca do cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras”. Trata-se de um estudo desenvolvido pela pesquisadora Ananda Sodré Silva, mestranda do Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. O objetivo geral deste estudo  : analisar as representa es sociais das mães de crianças prematuras sobre o cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

O motivo que nos leva a estudar esse tema   conhecer quais os pensamentos de mães de crianças prematuras acerca do cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: realiza o de uma técnica na qual eu lhe pedirei para dizer 5 palavras ou expressões que vier a sua mente imediatamente após eu dizer algumas palavras. Será realizada também uma entrevista na qual você responderá alguns questionamentos sobre o que   prematuridade para você, o cuidado com seu filho prematuro entre outras perguntas. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar a participa o. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participa o a qualquer momento. A sua participa o   voluntária e a recusa em participar não causar  qualquer puni o ou modifica o na forma em que   atendida pela pesquisadora que irá tratar a sua identidade de maneira profissional e sigilosa (manter em segredo) e o seu nome não aparecerá em nenhuma publica o sobre os resultados desse estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, podendo lhe causar alguns desconfortos, como o de reservar algum tempo para responder algumas perguntas; receber a pesquisadora no local de sua escolha e cansaço para responder as perguntas caso a entrevista demore mais que o esperado. Dessa forma, caso em algum momento se sinta desconfortável, a entrevista poderá ser interrompida conforme sua vontade. Se eventualmente ocorrer algum tipo de prejuízo físico ou moral por causa dessa pesquisa, a pesquisadora será responsabilizada e deverá tomar as devidas providências para corrigir ou ressarcir os prejudicados. Será assegurado o direito a compensa o ou indeniza o no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Além disso, você poderá escutar a grava o da entrevista e acrescentar ou retirar qualquer informa o ou mesmo a entrevista completa sem por isso ser penalizada. Os

benefícios deste estudo são o aumento da discussão acerca das políticas públicas e ações de saúde instituídas às crianças prematuras, possibilitando dessa forma uma assistência em saúde de qualidade e direcionada para além do ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____ fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jequié, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante da pesquisa

Impressão digital



Assinatura da pesquisadora responsável

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisadora Responsável: Ananda Sodré Silva

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, s/n, bairro Jequezinho, Jequié, Bahia

Fone: (73) 99122-3709 / E-mail: sodrenanda@outlook.com.

CEP/UESB - Comitê de Ética em Pesquisa

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Campus de Jequié



QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO

Nº entrevista:

Data:

Responsável:

INSTRUÇÕES AO PESQUISADOR:

- Agradecer ao participante sua disponibilidade em receber o (s) pesquisador (es).
- Apresentar, de forma breve, os objetivos da pesquisa.
- Explicar as informações contidas no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).
- Solicitar a assinatura do TCLE por meio de formulário do *Google Forms*.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nome:

Telefone para contato:

Idade:

Raça/etnia: branca () amarela () parda () origem Indígena () preta ()

Grau de instrução/escolaridade:

Estado civil: () solteira () casada () divorciada () viúva () união estável

Profissão/ocupação:

Com quem reside

Renda familiar aproximada: R\$ _____

DADOS OBSTÉTRICOS:

Número de gestações:

Número de filhos:

Intervalo entre as gestações:

Houve ocorrência anterior de prematuridade?

Gestação gemelar?

Idade durante a gestação:

Nº de consultas pré-natais:

Idade gestacional do parto:

Tipo de hospital de parto: () público () privado

Tipo de parto:

Município em que o parto ocorreu:

Houve intercorrência durante o parto? Qual?

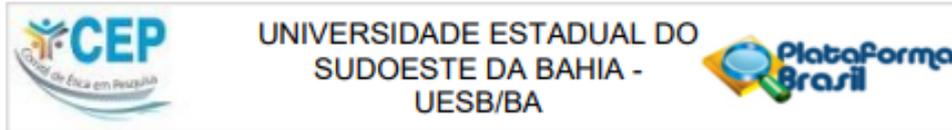
Tempo de hospitalização do bebê:

QUESTÕES DISPARADORAS

- 1) Fale-me sobre o que você entende por prematuridade.**
- 2) Fale-me como é pra você o ato de cuidar de um filho prematuro.**
- 3) Como você descreve o crescimento e o desenvolvimento do seu filho?**
- 4) Você recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre como acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do seu filho? Quais?**
- 5) O que você pensa sobre o cuidado que é oferecido pelos serviços de saúde considerando que o seu filho nasceu prematuro?**
- 6) O que você considera necessário ou importante nos serviços de saúde para melhor atendimento do prematuro?**

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais de mães acerca do cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de prematuros

Pesquisador: Ananda Sodré Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30956820.8.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.046.212

Apresentação do Projeto:

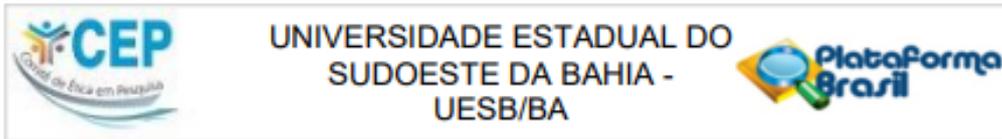
Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa que será desenvolvido em três instituições que atuam com a reabilitação do município de Jequié: a Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEF/UESB), o Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física de Jequié (NUPREJ) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Partici-parão do estudo mães de prematuros com faixa etária até 3 anos e que realizaram acompanhamento em um desses três serviços no ano de 2019, podendo ser maiores ou menores de 18 anos. Propõe-se a utilização de duas técnicas pa-ra a coleta de dados, a primeira corresponde a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e entrevista semiestruturada, a qual consta de questões disparadoras acerca da a prematuridade, do ato de cuidar de um filho prematuro, o crescimento e desenvolvimentos dos mesmos e questões rel-acionadas aos serviços de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais das mães de bebês prematuros sobre o cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos mesmos.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.046.212

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo apresenta risco mínimo, podendo lhe causar alguns desconfortos, como o de reservar algum tempo para responder algumas perguntas; receber a pesquisadora no local de sua escolha e cansaço para responder as perguntas caso a entrevista demore mais que o esperado. Dessa forma, caso em algum momento se sinta desconfortável, a entrevista poderá ser interrompida conforme sua vontade. Se eventualmente ocorrer algum tipo de prejuízo físico ou moral por causa dessa pesquisa, a pesquisadora será responsabilizada e deverá tomar as devidas providências para corrigir ou ressarcir os prejudicados.

Benefícios:

Compreender o processo de crescimento e desenvolvimento de prematuros é de suma importância para o delineamento das ações e serviços de saúde destinados aos seus cuidados, possibilitando uma maior e melhor adequação às suas necessidades específicas (PESSOA et al., 2015). Faz-se importante compreender como as mães de bebês prematuros concebem o cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

destes, pretendendo fomentar a discussão acerca das políticas públicas e ações de saúde instituídas a esse grupo, possibilitando dessa forma uma assistência em saúde de qualidade e direcionada para além do ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem E Saúde em nível de mestrado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Autorização para Coleta de dados OK

Cronograma- OK

Delecação de Compromissos OK

Instrumento de Coleta de dados OK

Folha de Rosto OK

Orçamento - OK

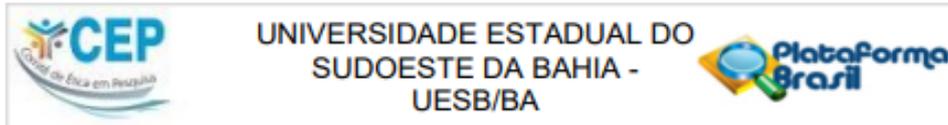
Projeto Detalhado OK

TALE- OK

TCLE- OK

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais ou responsáveis por menores de

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
 Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.046.212

idade- OK

Recomendações:

Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto não apresenta pendências Éticas.

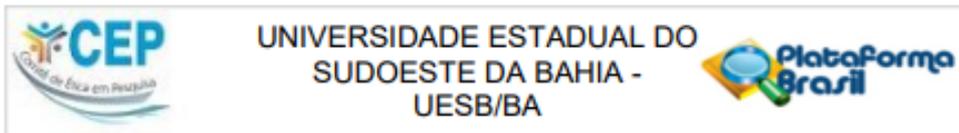
Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião dia 22/05/2020, por videoconferência autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1484609.pdf	18/04/2020 12:42:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ASS1.docx	18/04/2020 12:38:58	Ananda Sodré Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA1.docx	18/04/2020 12:34:00	Ananda Sodré Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_ASS.docx	18/03/2020 22:56:07	Ananda Sodré Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECOMPROMISSOS_A_BAV.pdf	30/01/2020 21:58:41	Ananda Sodré Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECOMPROMISSOS_A_SS.pdf	30/01/2020 21:57:58	Ananda Sodré Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SMS.pdf	30/01/2020 21:51:07	Ananda Sodré Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_APAE.pdf	30/01/2020 21:50:16	Ananda Sodré Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_ASS.pdf	24/01/2020 23:00:59	Ananda Sodré Silva	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
 Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.046.212

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 28 de Maio de 2020

Assinado por:

Douglas Leonardo Gomes Filho
(Coordenador(a))

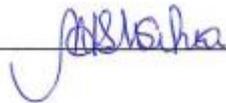
Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepj@uesb.edu.br

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO APAE PARA COLETA DE DADOS**AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**

Eu, Moana dos Santos Meira Silva ocupante do cargo de Presidente da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, município de Jequié, estado da Bahia, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto **Representações Sociais de mães acerca do cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de prematuros** da pesquisadora **Ananda Sodré Silva** após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié, 27 de Janeiro de 2020

ASSINATURA: _____



CARIMBO:

Moana dos Santos Meira Silva
Diretora Geral
APAE - Jequié-BA

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO CEF/UESB PARA COLETA DE DADOS**AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**

Eu, Jamine Barros Oliveira Araújo, ocupante do cargo de Coordenadora da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - campus de Jequié, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto **Representações Sociais de mães acerca do cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de prematuros** da pesquisadora **Ananda Sodré Silva** após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié, ____ de _____ de _____.


Dra. Jamine Barros Oliveira Araújo
Docente UESB/Coordenadora
da Clínica de Fisioterapia
CREFITO 51611F

ASSINATURA: _____

CARIMBO: