



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

MARIA LYDIA AROZ D'ALMEIDA SANTANA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO
PROGRAMA REDE CEGONHA**

JEQUIÉ/BA

2017

MARIA LYDIA AROZ D'ALMEIDA SANTANA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO
PROGRAMA REDE CEGONHA**

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 Benemerita Alves Vilela.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Ribeiro Santos Lopes.

JEQUIÉ/BA

2017

Santana, Maria Lydia Aroz D'Almeida.
S223 Representações sociais de equipes de saúde acerca do programa Rede Cegonha/Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana.- Jequié, UESB, 2017.
107 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2017.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Benemérita Alves Vilela.

1. Saúde materna e infantil no Brasil – Representações sociais das equipes 2. Rede Cegonha – Atendimento da mulher e do recém-nascido/criança 3. Atendimento da mulher e do recém-nascido/criança (hospital especializado – Representações sociais das equipes de saúde) 4. Rede Cegonha – Humanização da assistência à gestante 5. Rede Cegonha (atenção ao parto e nascimento) – Prática profissional I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 618.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTANA, Maria Lydia Aroz D'Almeida. **Representações sociais de equipes de saúde acerca do programa Rede Cegonha.** 2017. 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 Benemerita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Orientadora e Presidente da Banca

Prof^a. Dr^a. Mariza Silva Almeida
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes
Doutor em Enfermagem
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Jequié/BA, _____ de _____ de 2017.

AGRADECIMENTOS

À mamãe (Sandra) e papai (Wilson), por sempre me estimularem a seguir meus sonhos, por me darem todo apoio necessário durante esse percurso, por me fortalecerem a não desistir quando a luta parece difícil e por me amarem tanto.

Aos meus queridos irmãos, bênçãos dos céus em minha vida, obrigada por serem meus amigos e por torcerem tanto por mim, Saulo, Sandro e Pâmela, amo vocês.

Ao meu noivo Vanildo, que pôde mais uma vez me auxiliar de forma imensurável, revelando ser um grande amigo, parceiro em tudo na minha vida.

Ao Sr. Vanildo e D. Miralva, por me acolherem e me auxiliarem em momentos difíceis.

Às incríveis amigas que surgiram nesse tempo, não tenho palavras para descrever o quanto vocês foram importantes para mim e como serei eternamente grata por todo o auxílio e companheirismo. Muito obrigada Bárbara, Carine, Eliane, Érica, Patrícia, Talita, Tuany e Saulo, vocês são pessoas preciosas.

À amiga-irmã Thayanne, pelo companheirismo e auxílio de sempre, por estar ao meu lado quando mais necessito, sempre disposta a me ajudar.

Aos amigos de longe, que sempre torceram por mim.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Representações Sociais e Saúde, por colaborarem no meu processo de aprendizado no campo das representações sociais.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a Alba Benemérita Alves Vilela, pelos ensinamentos, pelo apoio e pela compreensão de sempre.

À minha co-orientadora, Prof^a. Dr^a Cláudia Ribeiro Santos Lopes, pela grande parceria firmada, agradeço a todos os ensinamentos.

À Prof^ª. Dr^ª. Mariza Silva Almeida e ao Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes, pelas contribuições na banca de qualificação e por aceitarem participar da minha defesa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, em especial às professoras Rita e Adriana, por sempre me apoiarem e estimularem.

Aos funcionários do programa, pela paciência, disponibilidade e alegria de sempre.

À bolsista de Iniciação Científica Raquel, pela disponibilidade e auxílio.

Aos profissionais de saúde que aceitaram participar desta pesquisa, obrigada pela confiança.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, pela concessão de bolsa.

E à Deus, por ter me amparado durante todo o tempo, me erguido e me fortalecido quando mais necessitei.

*Faz de conta que ela não estava chorando por dentro,
pois agora, mansamente, embora de olhos secos,
o coração estava molhado;
ela saía agora da voracidade de viver.*

(Clarice Lispector)

SANTANA, Maria Lydia Aroz D’Almeida. **Representações sociais de equipes de saúde acerca do programa Rede Cegonha**. 2017. 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.

RESUMO

O programa Rede Cegonha foi criado no ano de 2011 intencionando mudanças nos altos índices de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Propõe um conjunto articulado de assistência à saúde das gestantes, pautado em suma na humanização da assistência e na adoção de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, visando melhorias nas práticas deste setor. O presente estudo tem como objetivo geral: Analisar as representações sociais das equipes de saúde de um hospital especializado no atendimento da mulher e do recém-nascido/criança acerca do Programa Rede Cegonha e objetivos específicos: Identificar a estrutura das Representações Sociais das equipes de saúde de uma maternidade acerca do Programa Rede Cegonha; avaliar os conteúdos representacionais acerca do Programa Rede Cegonha pelas equipes de saúde e discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional das equipes de saúde participantes da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quantitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer de Nº: 1.461.671. Participaram da pesquisa 56 profissionais, de um total de 90 que se encaixavam nos critérios de inclusão. O local de estudo foi uma maternidade de cunho filantrópico, localizada na cidade de Jequié (Bahia). Os dados foram coletados através de um formulário contendo perguntas gerais sobre a formação e atuação dos participantes; da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) utilizando-se como termos indutores “Rede Cegonha” e “Prática Profissional” e de uma entrevista semiestruturada. O período de coleta de dados foi de abril a maio de 2016, de segunda a sexta-feira. Realizou-se análise cognitiva por meio da geração de rede semântica e de *grupos de sentido* através da aplicação do Modelo AnCo-REDES e a geração do Quadro de Quatro Casas com auxílio do *software* EVOC 2005. Os resultados referentes ao primeiro e segundo objetivos específicos apontaram para uma estrutura representacional contendo como núcleo central das representações os termos *Humanização* e *Cuidado* e, quanto ao último objetivo específico, verificou-se como possível núcleo central os termos *Responsabilidade*, *Experiência*, *Eficiência* e *Amor*. Entende-se que as representações sociais das equipes de saúde apontam para mudanças de paradigmas no que concerne a assistência à saúde de mulheres e neonatos/crianças, corroborando com a proposta do Programa Rede Cegonha para as boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Teoria das Representações Sociais. Rede Cegonha. Equipes de Saúde. Prática Profissional. Humanização da Assistência.

SANTANA, Maria Lydia Aroz D’Almeida. **Representações sociais de equipes de saúde acerca do programa Rede Cegonha**. 2017. 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.

ABSTRACT

The “Rede Cegonha” (Stork Network) program was created in 2011, aiming to change the high rates of maternal and child morbidity and mortality in Brazil. It proposes an articulated set of health care for pregnant women, based in short-on humanization of care and on adoption of good practices in the assistance to parturition and birth, aiming at improvements in the practices of this sector. This research had as general objective analyzing the social representations of the health teams of a hospital specialized in woman and newborn / child care about the Stork Network Program and as specific objectives: To identify the structure of the Social Representations of the health teams of a maternity hospital about the Stork Network Program; Evaluate the representational content about the Stork Network Program by the health teams and discuss the Stork Network program based on professional practice of the health teams participating in the research. This is a descriptive-exploratory research of quanti-qualitative nature, based on the Theory of Social Representations, and was approved by Research Ethics Committee of the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, based on the opinion of Legal Recommendation number 1.461.671. The participants of research were 56 professionals, out of a total 90 who fit the inclusion criteria. Study site was a philanthropic maternity, located in the city of Jequié (Bahia). Data were collected through a form containing general questions about the training and performance of the participants; the Free Speech Association Technique (TALP), using as inductor terms "Stork Network" and "Professional Practice" and a semistructured interview. Data collection period was from April to May 2016, from Monday to Friday. Cognitive analysis was performed through the generation of semantic network and sense groups through the application of AnCo-REDES model and the generation of the four-house framework using EVOC 2005 software. Results referring to the first and second specific objectives pointed to a representational structure containing as central nucleus of the representations the terms Humanization and Care and, regarding the last specific objective, the terms "Responsibility, Experience, Efficiency and Love" were verified as possible central nucleus. It is understood that the social representations of the health teams point to changes in paradigms concerning the health care of women and newborns / children, corroborating with the proposal of Network Stork Program for good practices in the care of parturition and birth.

Key-Words: Social Representations Theory. Stork Network. Health Teams. Professional Practice. Humanization of Care.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadro 1 Caracterização dos participantes da pesquisa. Pag.29
Jequié/BA, 2016.

MANUSCRITO 1:

Figura 1 Medidas utilizadas para identificação dos elementos que compõem a estrutura de uma representação social. Pag.45

Figura 2 Rede semântica de palavras evocadas, com destaque para os termos que emergem da rede como Núcleo Central das representações analisadas: “Humanização” e “Cuidado”. Pag.49

Tabela 1 Classificação dos elementos que compõem a estrutura das representações sociais sobre *rede cegonha* na rede de palavras evocadas, com os índices de *Cg*, *Ec* e *Ci* obtidos para cada elemento. Pag.49

Figura 3 Sub-rede do GS1 “Assistência à Mulher no momento do parto pautada na humanização e respeito” / Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS1. Pag.54

Figura 4 Sub-rede do GS2 “Cuidados hospitalares, humanização da assistência e a mudança das práticas”/ Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS2. Pag.55

MANUSCRITO 2

- Figura 1** Medidas utilizadas para identificação dos elementos que compõem a estrutura de uma representação social. Pag.67
- Figura 2** Rede semântica de palavras evocadas para “prática profissional”. Pag.69
- Tabela 1** Classificação dos elementos que compõem a estrutura das representações sociais sobre *prática profissional* na rede de palavras evocadas, com os índices de *Cg* e *Ec* obtidos para cada elemento Pag.70
- Quadro 1** Quadro de quatro casas ao termo indutor *prática profissional* para profissionais de saúde de uma maternidade filantrópica. Jequié/BA, 2016. Pag.71

LISTA DE SIGLAS

CC	Centro Cirúrgico
CO	Centro Obstétrico
Cg	Centralidade de grau
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CM	Centro Médico
CPN	Centro de Parto Normal
CTI	Centro de Terapia Intensiva
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
Ec	Centralidade de autovetor
F	Frequência de evocação
GS	Grupos de Sentido
k	Grau médio da rede
MS	Ministério da Saúde
NC	Núcleo Central
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos do Milênio
OME	Ordem Média de Evocação
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PHPN	Programa de Humanização no pré-natal e nascimento
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RN	Recém Nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	17
2.1. Geral.....	17
2.2. Específicos	17
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1. Histórico das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança ...	18
3.2. O Programa Rede Cegonha.....	19
3.3. Equipes de Saúde	22
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
4.1. Teoria das Representações Sociais	24
4.2. Teoria do Núcleo Central.....	26
5. MATERIAL E MÉTODOS	27
5.1. Caracterização da Pesquisa	27
5.2. Cenário da Pesquisa	27
5.3. Caracterização dos participantes da pesquisa	29
5.4. Instrumentos para coleta de dados	32
5.4.1. Formulário	32
5.4.2. Teste de Associação Livre de Palavras	32
5.4.3. Entrevista Semiestruturada.....	34
5.5. Procedimentos para análise dos dados.....	34
5.5.1. Modelo AnCo-REDES	35
5.5.2. Quadro de Quatro Casas.....	37
5.6. Aspectos éticos da pesquisa.....	37
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
8. REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE A.....	93
APÊNDICE B.....	94
APÊNDICE C.....	98
ANEXO A	100

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um dilema histórico e carrega em si problemáticas relacionadas a questões socioeconômicas e culturais de gênero. A chance de uma mulher morrer ou ficar incapacitada durante a gravidez e o parto está estreitamente relacionada à sua posição social e econômica; às normas e valores da sua cultura e ao afastamento geográfico da sua casa. De modo geral, quanto mais pobre e mais marginalizada for uma mulher, maior será o risco de morte. De fato, as taxas de mortalidade materna refletem mais as disparidades entre países ricos e pobres do que qualquer outra medida de saúde (WHO, 2008; 2012).

A maioria das mortes maternas é evitável e ocorre em países em desenvolvimento, além disto, considera-se que os determinantes sociais e o desempenho do sistema de saúde exercem uma importante função nos índices elevados de mortalidade materna (UNDP, 2011; UNFPA; 2012).

A mortalidade infantil é apontada historicamente como um dos principais problemas sociais. Ao expressar o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população, as crianças menores de um ano, a taxa de mortalidade infantil é um indicador capaz de revelar as condições de vida e os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de um país (DUARTE, 2007).

As políticas públicas sociais e de saúde, implementadas ao longo dos anos, promoveram intervenções que resultaram na diminuição da mortalidade infantil, desde o início do século XX, cuja mortalidade era em torno de 100/1000 Nascidos Vivos (NV), alcançando, em 2010, o índice de 16/1000 NV (UNICEF, 2012).

Embora a taxa de mortalidade infantil esteja em declínio, no Brasil, a mortalidade de crianças menores de cinco anos apresentou menor queda, contribuindo para um aumento dos índices de mortalidade e morbidade nesse grupo, principalmente na faixa etária menor de um ano de idade. Concerne destacar que, a maioria dos óbitos em menores de um ano, no Brasil, são oriundos de afecções advindas do período

perinatal (61,5%) e causas mal definidas (24,4%), seguido das doenças infecciosas intestinais/parasitárias (5,7%) e respiratórias (5,4%) (BRASIL 2011a).

Com relação ao óbito neonatal, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil” (LANSKY, 2014), a taxa de mortalidade foi de 11,1 por mil; maior nas regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas. O baixo peso ao nascer, o risco gestacional e condições do recém-nascido foram os principais fatores associados ao óbito neonatal. A inadequação do pré-natal e da atenção ao parto indicaram qualidade não satisfatória da assistência. A peregrinação de gestantes para o parto e o nascimento de crianças com peso < 1.500g em hospital sem UTI neonatal demonstraram lacunas na organização da rede de saúde. Óbitos de recém-nascidos a termo por asfixia intraparto e por prematuridade tardia expressaram a inevitabilidade do problema.

Assim, as altas taxas de mortalidades materna e infantil tornaram-se agenda de saúde pública em todo o planeta. Em 2000, metas foram assumidas por 184 países, incluindo o Brasil, almejando melhorias de saúde e de questões socioeconômicas emergenciais através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), propostos pela ONU. Sobre a mortalidade infantil, o 4º ODM tinha como intento reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos. Com relação à mortalidade materna, 5º ODM, o país assumiu o compromisso internacional de reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade (BRASIL, 2010a).

O Programa Rede Cegonha está inserido no conceito de Rede de Atenção em Saúde, que objetiva promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os aspectos, com foco na satisfação dos usuários e usuárias, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil. Teve início no ano 2011, objetivando ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um (a)

acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto (CAVALCANTI, 2013).

A assistência obstétrica exercida no Brasil, desde os anos 1960, desenha-se crescentemente de forma medicalizada, favorecida pelo surgimento do modelo intervencionista, hospitalocêntrico e curativo da prática médica (DINIZ, CHACHAM, 2002). A hospitalização do parto, assim como os avanços tecnológicos, proporcionou maior controle dos riscos materno-fetais. Contudo, a institucionalização destes tem contribuído para o abuso de intervenções desnecessárias no processo de parturição, acarretando na perda do protagonismo da mulher, o que provoca, inclusive, interferências no processo de decisão da via de parto, vaginal ou cesária (FREIRE, 2011).

Entende-se que somente através de uma mudança cultural no que tange a assistência à gestante, focada na integralidade e equidade do cuidado, propiciará mudanças significativas e efetivas à saúde dessas mulheres, o que invariavelmente perpassa pelo princípio da humanização em saúde.

Para Serruya (2003), a humanização do parto e nascimento compreende dois aspectos fundamentais, o primeiro refere-se ao dever das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, o que demanda atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e da organização da instituição. O segundo aponta para a adoção de medidas e procedimentos comprovadamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, as boas práticas da assistência, evitando as clássicas práticas intervencionistas desnecessárias, que não beneficiam a mulher ou o recém-nascido e frequentemente acarretam danos a ambos.

O país alcançou os índices de redução da taxa de mortalidade na infância, definidos nos ODM e assumidos como uma meta até o ano 2015, passando de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 16,9 em 2012 (68,5%) (PASCHE et al, 2014).

Ainda que tenham ocorrido diversas ações e avanços na atenção básica e hospitalar referente à assistência às gestantes, a redução da mortalidade materna não vem apresentando avanços significativos, considerando que hipertensão arterial, infecções puerperais e hemorragias continuam sendo as principais causas de morte evitáveis através de uma assistência de qualidade ao pré-natal e ao parto (REIS, 2012; WHO, 2015).

Diante do exposto, vê-se que a atenção à saúde de mulheres e crianças no país evidencia várias lacunas, principalmente no que tange a humanização da assistência e, assim, ao uso de boas práticas na atenção ao parto e nascimento. O Programa Rede Cegonha surge como uma alternativa à realidade nacional que já vem dando bons resultados, o alcance do 4º ODM, e demonstra dificuldades com relação à assistência às parturientes e puérperas. Pensa-se que, para uma efetiva modificação da realidade é preciso compreender as dimensões simbólicas do Programa Rede Cegonha, construídas e elaboradas coletivamente pelos efetuidores práticos deste, os profissionais de saúde.

OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar as representações sociais das equipes de saúde de um hospital especializado no atendimento a mulher e ao recém-nascido/criança acerca do Programa Rede Cegonha.

2.2. Específicos

Identificar a estrutura das representações sociais das equipes de saúde de uma Maternidade sobre o Programa Rede Cegonha;

Avaliar os conteúdos representacionais acerca do Programa Rede Cegonha pelas equipes de saúde;

Discutir o Programa Rede Cegonha a partir da prática profissional das equipes de saúde participantes da pesquisa.

REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Histórico das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança

As políticas públicas de saúde materno infantil evoluíram no país ao longo da sua história, tendo início nos anos 30, período em que o papel social da mulher limitava-se ao aspecto reprodutivo e à responsabilidade de cuidar do lar e da família. Avanços substanciais surgiram em 1983, quando o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incluindo ações de valorização da mulher enquanto cidadã brasileira, fornecendo-lhe serviços relevantes, desde atividades educativas, preventivas e de planejamento familiar até o diagnóstico e tratamento de doenças, além da assistência no pré-natal, parto, puerpério e climatério. Assume-se, portanto, um novo paradigma em relação ao papel que a mulher representa para a sociedade (BRASIL, 1984).

Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), visando assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde (BRASIL, 1984). Prosseguindo aos avanços, criou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, responsável por introduzir as discussões acerca da saúde do recém-nascido, culminando, no ano seguinte, com o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), que ampliou a qualidade na assistência ao recém-nascido, especialmente por promover o alojamento conjunto e reservando os berçários aos bebês de risco (BRASIL, 1991; 2001). Assim, instaura-se um olhar humanizado à criança, promovendo-a a sujeito merecedor dos cuidados necessários à preservação de sua vida.

No ano 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), objetivando controlar e reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal segundo os princípios da humanização da

atenção obstétrica e neonatal, prevendo assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato (BRASIL, 2002). Alguns autores analisam o PHPN como um programa com poucos resultados, pois não obteve a abrangência esperada ao não alcançar as metas estabelecidas para todo o território brasileiro, além de utilizar o ultrapassado modelo biomédico de assistência (TREVISAN, 2002; COIMBRA, 2005; SILVA, CECATTI, SERRUYA, 2005).

Em 2004 surge o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), uma reconfiguração do PAISM, visando ampliar e adequar a assistência à mulher à real conjuntura sociocultural do país.

Surge, então, o programa Rede Cegonha (RC), que finalmente propõe um grande avanço na assistência ao parto e nascimento. Criado no ano 2011, objetiva implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança. Propõe melhoria no atendimento às gestantes, no parto e no pós-parto e, também, ao recém-nascido e às crianças até dois anos de idade, através da ampliação dos atendimentos de pré-natal; garantia de realização de todos os exames necessários, incluindo ultrassonografia; atendimentos especializados e vinculação da gestante à maternidade (BRASIL, 2011b).

Os objetivos deste programa estão pautados nos princípios de humanização, incluindo garantia de leitos de UTI, CTI e utilização do método Canguru por parte da equipe de saúde aos recém-nascidos de risco (CAVALCANTI, 2010; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

3.2. O Programa Rede Cegonha

No ano 2000, 189 países assumiram o compromisso de combater diversos males da sociedade contemporânea, o que culminou com a elaboração dos 8 objetivos do Milênio. O Brasil foi uma das nações que assumiu as metas dos Objetivos do

Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre os quais está incluso o 4º ODM, que propõe reduzir em dois terços, entre os anos de 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade (BRASIL, 2011b).

Em janeiro de 2006, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil foi reafirmada como uma das prioridades operacionais do Pacto pela Vida, aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e fortalecida pelos Pactos de Gestão e em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS. Também em 2006, a Organização de Nações Unidas – ONU considerou a pactuação entre gestores e sociedade civil com estratégias, responsabilidades e metas bem definidas, como modelo de mobilização e diálogo social para a definição dos objetivos para o desenvolvimento do milênio (BRASIL, 2006).

Entre as ações estratégicas assinadas pelo pacto estava a garantia de que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ou peregrinem em busca da assistência (parto e urgência previstas). Caso a unidade não fosse adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deveria ser assistida até que fossem garantidos transporte seguro e a sua transferência para outra unidade. Também incluía as urgências pediátricas neonatais e obstétricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 (BRASIL, 2006).

Ao final de 2010, respondendo à necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde praticada pelo SUS, o Ministério da Saúde instituiu a lógica de Redes de Atenção à Saúde - RAS como estratégia prioritária, através da Portaria 4.279 de 30/12/2010, que estabelece diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS, almejando modificar o sistema de saúde fragmentado vigente, além de propor a promoção do entrelaçamento sistêmico de ações e serviços de saúde, de forma integral, de qualidade, continuada e humanizada e incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica, para, assim, promover a resolutividade nas redes de atenção (BRASIL, 2010b).

É nesse cenário que surge o Programa Rede Cegonha, fundamentando-se nos princípios das redes de cuidado. Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a RC

parte da premissa de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo a medicalização do nascimento e o uso de tecnologias sem evidências científicas, como cesáreas sem indicação explícita e intervenções desnecessárias durante o parto (CAVALCANTI, 2013).

O fenômeno de intensa medicalização do processo de nascimento somado ao acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, por um lado, com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil, pelo outro, é denominado por Diniz (2009) como “paradoxo perinatal brasileiro”. Isto aponta para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, a qual a incorporação tecnológica seja balizada pela necessidade das mulheres e das crianças e baseada em evidências científicas (BRASIL, 2001).

O país alcançou os índices de redução da taxa de mortalidade na infância, definidos nos ODM e assumidos como uma meta até o ano de 2015, passando de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 16,9 em 2012 (68,5%) (PASCHE et al, 2014). Já a meta número 5, de redução nas altas taxas de mortalidade materna, não foi alcançada e novo compromisso foi assumido, nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), um empenho dos países para reduzir pelo menos dois terços da razão de mortalidade materna, que, no caso do Brasil, é alcançar taxas de 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos aproximadamente, até 2030 (WHO, 2015; BRASIL, 2012).

No Estado da Bahia, por meio da Resolução CIB nº 318/2011 de 06 de dezembro de 2011, foi instituído o Plano Estadual da Rede Cegonha, que estabeleceu prazos e estratégias que viabilizassem a implantação do Programa (SESAB, 2011).

Entre os desafios que a RC terá que ultrapassar estão a necessidade de transformações no modelo tecnoassistencial da atenção ao parto e ao nascimento, ainda vigente no Brasil, que produz excesso de medicalização; a banalização da cesárea; desrespeito aos direitos da mulher e da criança e o cuidado diferenciado aos adolescentes e jovens (PASCH et al, 2014).

A RC recebeu críticas feministas por a caracterizarem como reducionista e de dessexualização da reprodução, ao enfatizar o conceito em seu nome (DINIZ, 2012). Segundo Aquino (2014, p.59), “a adoção da estratégia de Rede Cegonha representa simbólica e materialmente o encolhimento da agenda feminista e de construção do SUS”. Para Costa (2009), a humanização do parto estaria inserida no marco mais geral dos direitos sexuais e reprodutivos, os quais incluem a garantia à maternidade segura, à contracepção e ao aborto, e, então, o programa estaria enfatizando apenas uma vertente da saúde da mulher.

Foi criticada, também, pelo movimento de mulheres, principalmente por silenciar sobre a atenção ao aborto, o que se agravou com a aprovação em dezembro de 2011 da Medida Provisória número 557, que concedia benefício-transporte da RC a grávidas cadastradas, obrigando qualquer instituição que realizasse procedimentos de pré-natal e de assistência ao parto, a repassar dados ao Sistema de Acompanhamento do PHPN (DOMINGUES, 2012). Esta medida foi extinta após forte pressão de grupos feministas.

3.3. Equipes de Saúde

A área da saúde abarca uma prática em equipe pautada, historicamente, na concentração de poderes e na fragmentação do conhecimento e o trabalho em equipe é essencial no processo de inversão desses ultrapassados modelos de atenção à saúde (LEITE, 2008).

Para Peduzzi (1998), “o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”. Ressalta que é por meio da mediação simbólica da linguagem que se configura a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

A equipe multiprofissional não pressupõe suprimir as especificidades de cada profissão, pois as diferenças técnicas permitem a contribuição da divisão do trabalho visando melhoria na assistência (PEDUZZI, 2001).

O Programa Rede Cegonha prevê em seu processo de implantação, estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2011b).

REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Teoria das Representações Sociais

O aporte teórico terá como base a Teoria das Representações Sociais (TRS). O termo “Representação Social” foi descrito por Serge Moscovici na década de 1960, fundamentada inicialmente tendo como referência o conceito de representações coletivas de Emile Durkheim. É entendida como o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o que lhe é intrínseco na consciência mediante algo confrontado, atribuindo uma significação própria (JODELET, 2001).

Representações sociais configuram um conjunto de fenômenos e, como, também, o conceito que os envolve e a teoria elaborada para explicá-los. Serge Moscovici a principia através da consagrada obra *La Psicanalyse, Son image et son public* (1961, 1976), a respeito da representação social da psicanálise por parisienses no final da década de 1950. Moscovici (1976) objetivou, então, com o fenômeno das representações sociais “redefinir os problemas e os conceitos da psicologia social” (SÁ, 1996).

Um balizamento obrigatório da pesquisa proporcionado pela *grande Teoria* é o princípio de tornar o não-familiar em familiar, pelo qual se explica a formação das representações. Assim, diz Moscovici (1961):

O processo social no conjunto é um processo de familiarização pelo qual os objetos e os indivíduos vêm a ser compreendidos e distinguidos na base de modelos ou encontros anteriores. A predominância do passado sobre o presente, da resposta sobre o estímulo, da imagem sobre a realidade, tem como única razão fazer com que ninguém ache nada de novo sob o sol. A familiaridade constitui ao mesmo tempo um estado das relações no grupo e uma norma de julgamento de tudo o que acontece.

Um importante destaque metodológico e de definição do objeto de pesquisa em representação é de considerar-se que a representação social é sempre a representação

de alguém (sujeito) sobre alguma coisa (objeto). É a representação que confere significações ao objeto, dando-lhe relação de simbolização e de interpretação. Essa máxima trata-se de uma simplificação do fenômeno de representação social, mas relevante e viável, que assegura a sua inteligibilidade (SÁ, 1998; JODELET, 2001).

A TRS parte da premissa de que existem diferentes formas ou universos de conhecimento e comunicação nas sociedades, dos quais se destacam o consensual e o científico. O universo consensual é aquele que se estabelece principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, o dito senso comum, já o universo científico ou reificado é aquele que se enraíza no espaço científico, com seus cânones de linguagem, sua hierarquia interna. As representações se constroem mais facilmente no universo consensual, sendo, portanto, este o campo de estudos da TRS. O saber popular é reavivado e valorizado por Moscovici, questionando a supremacia da racionalidade científica (ARRUDA, 2002).

O estudo do senso comum possui ao menos quatro funções a se destacar, que são, função de saber: as representações sociais dão uma explicação, compreensão e um sentido à realidade; função de orientação: a sua função de explicação reflete ao nível da ação, assim, orientam as práticas sociais porquanto antecedem o desenvolvimento da ação, mas, ela ao mesmo tempo é gerada nas práticas e condicionada à mudança destas; função identitária: as representações possibilitam ao indivíduo construir uma identidade social (grupala), posicionando-se em relação a outros grupos e função de justificação: permitem que possamos explicar e justificar opiniões e comportamentos (ALMEIDA, 2005).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) permeia o universo simbólico dos indivíduos, ao conectar-se com suas imagens cognitivas, que são construídas coletivamente e individualmente, acerca de um dado objeto. Tais constructos simbólicos são elaborados e modificados constantemente pelas práticas sociais exercidas por um dado grupo social. Assim, como evidencia Sá (1998, p. 43): “é com as práticas socioculturais e com a comunicação de massa que o estudo das representações sociais mantém as relações mais significativas”.

4.2. Teoria do Núcleo Central

A Teoria do Núcleo Central se desenvolveu em Aix-em-Provence a partir da tese de doutorado de Jean-Claude Abric em 1976. Trata-se de uma, das três perspectivas complementares à Teoria das Representações Sociais, ou, *grande Teoria*, e que inaugurou a abordagem estrutural das representações sociais. Em termos de complementação da *grande Teoria*, ela se preocupa mais especificamente com o conteúdo cognitivo das representações, concebendo-o como um conjunto organizado ou estruturado (SÁ, 1998). Para Flament (1989), sobre esta teoria, têm a finalidade de tornar a *grande teoria* “mais heurística para a prática social e para a pesquisa”.

Segundo Sá (1996), uma representação social pode ser descrita ou identificada de forma adequada quando se apreende seu conteúdo e sua estrutura em núcleos centrais e periféricos. Assim, a organização das representações encontra-se em dois sistemas articulados, o sistema central, responsável pela materialização da representação na estrutura mental, e o sistema periférico, possuidor dos elementos que sustentaram o núcleo central, sendo as transformações mediadas pelas mudanças no núcleo periférico.

Para os estudiosos da Teoria do Núcleo Central, a organização de uma representação é apresentada por uma característica própria, porquanto toda representação é organizada ao redor de um núcleo central, que é composto de um ou alguns elementos que proporcionam significado à representação (ABRIC, 1994a).

MATERIAL E MÉTODOS

5.1. Caracterização da Pesquisa

Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quantiquantitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural (ABRIC, 2003a, 2003b; PIANELLI 2010; SÁ, 1996).

Segundo Gil (2008), o estudo descritivo tem como finalidade descrever as características de determinadas populações; fenômenos; grupos (idade, sexo, procedência etc.); processos em uma determinada organização; levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população. Para este mesmo autor, a pesquisa exploratória possui o objetivo de “proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo a finalidade de torná-lo mais explícito; pode envolver levantamento bibliográfico e entrevistas de pessoas que possuam experiência no problema estudado”.

A natureza quantitativa da pesquisa advém do embasamento na Teoria de Redes, que fundamenta o Modelo AnCo-REDES, um dos métodos utilizados para análise e interpretação dos dados empíricos desta pesquisa. A natureza qualitativa refere-se ao embasamento teórico deste trabalho pautado fundamentalmente na Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural.

5.2. Cenário da Pesquisa

A pesquisa ocorreu no município de Jequié, localizado no interior do estado da Bahia, região sudoeste, com uma população de 151.895 habitantes em 2010 e estimada

para o ano de 2016 em 161.880 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010).

No que concerne à estrutura de atenção hospitalar disponível, Jequié possui um hospital público (administração direta do governo do Estado); três hospitais privados e um hospital filantrópico, local desta pesquisa. Trata-se de um hospital-maternidade filantrópico, que confere todos os atendimentos à pacientes do Sistema Único de Saúde, desde 2015 e que está vinculado à Estratégia da Rede Cegonha desde a sua fundação, em 09 de junho de 2012. Recebe apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Realiza atendimento ambulatorial e hospitalar, abrangendo média e alta complexidade, possuindo estrutura baseada nos padrões de humanização estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Promove ciclos de capacitações, principalmente sobre a humanização da assistência à saúde, preconizado pela Rede Cegonha.

O hospital possui 38 leitos, dos quais 10 individuais destinados ao Centro de Parto Normal (CPN), que atende grávidas com idade gestacional entre 37 e 40 semanas, e atende à lei que permite à mulher o direito a acompanhante. São assistidas por enfermeira (o) obstetra e médico (a) especialista quando solicitado (plantonista). Possui também 10 leitos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI) e uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Anexo ao hospital existe um centro médico que desenvolve ações complementares, composto de 03 consultórios médicos para atendimentos nas especialidades de clínica médica, ortopedia, mastologia, ginecologia e obstetrícia. A unidade também presta atendimento ambulatorial às gestantes de alto risco e assistência pré-natal. Possui apoio de posto de enfermagem, além de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, incluindo raio-x, ultrassonografia e exames laboratoriais.

A maternidade acolhe estudantes de graduação e da pós-graduação nos níveis de especialização e mestrado, de instituições privadas e pública (Universidade

Estadual do Sudoeste da Bahia). A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a maio de 2016, de segunda a sexta-feira, conforme permissão concedida pelos gestores.

5.3. Caracterização dos participantes da pesquisa

As (os) participantes deste estudo foram profissionais de saúde que compunham as equipes de saúde de todos os setores do hospital que contemplavam os critérios de inclusão da pesquisa

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde que atuasse nas equipes de saúde da maternidade, diretamente com o público alvo (gestantes; puérperas; recém-nascidos), e manifestar interesse em participar. Os participantes excluídos foram os profissionais dos setores administrativos, de higienização, do Centro de Material Esterilizado (CME), do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e do serviço laboratorial.

A pesquisa foi constituída por 56 participantes, de um total de 90 profissionais que se encaixavam nos critérios de inclusão, e formada por 31 Técnicos de Enfermagem, 18 Enfermeiros, 4 Fisioterapeutas e 3 Médicos, desses, 50 eram mulheres e 6 homens. Os demais profissionais se recusaram a participar; desistiram ou não trabalhavam nos dias e turnos disponibilizados para a coleta de dados. O quadro 1 apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa, após a aplicação do questionário contendo dados gerais e de formação profissional.

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa, Jequié/BA, 2016.

Participante	Sexo	Idade	Profissão/especialidade	Atuou na área antes da RC?	Tempo no hospital	Público que atende	Ala do hospital (atualmente)
1	F	42	Técnica de Enfermagem	Não	03 anos	Mulher	CC
2	F	30	Enfermeira	Não	8 meses	Mulher e RN/criança	Puerpério (CO1)
3	F	27	Fisioterapeuta Ped/neonatal	Não	1 ano	RN/criança	UTIN

4	M	58	Médico Pediatra	Sim	03 anos	RN/criança	UTIN/ assistência ao RN
5	F	34	Enfermeira emergência	Não	1 ano e 7 meses	RN/criança	UTIN
6	F	45	Técnica de Enf. e Assistente Social	Sim	3 anos	RN/criança	UTIN
7	F	28	Técnica de Enfermagem	Não	4 anos	RN/criança	UTIN
8	F	48	Técnica de Enfermagem	Sim	3 anos	Mulher e RN/criança	UTIN/berçário
9	F	31	Técnica de Enfermagem	Não	3 anos	RN/criança	UTIN
10	F	28	Fisioterapeuta/ Cardiologia e UTI	Não	1 ano e 3 meses	RN/criança	UTIN, podendo ser solicitada em outros setores
11	F	26	Técnica de Enfermagem	Não	3 anos e meio	Mulher e RN/criança	CO1
12	F	33	Enfermeira UTI neo	Não	4 anos	RN/criança	UTIN
13	F	29	Técnica de Enfermagem	Não	1 ano e 8 meses	RN/criança	UTIN
14	F	50	Técnica de Enf. e Assistente Social	Não	3 anos	Mulher e RN/criança	CPN
15	F	50	Técnica de Enf./ geriatria	Sim	4 anos	Mulher e RN/criança	UCIN
16	F	27	Enfermeira UTIN e pediátrica	Não	3 anos	RN/criança	UTIN
17	F	36	Técnica de Enfermagem	Sim	3 anos	RN/criança	UTIN
18	F	32	Fisioterapeuta/ Saúde Pública e UTIN	Não	3 anos	RN/criança	UTIN
19	F	57	Enfermeira Urgência e Emergência	Sim	3 anos e 10 meses	Mulher	Pré-Natal, preventivo (CM)
20	F	34	Técnica de Enf. e Pedagoga	Sim	3 anos e 8 meses	Mulher e RN/criança	CPN
21	F	30	Enfermeira/Obstetrícia, Urgência e Emergência	Sim	4 anos	Mulher e RN/criança	CPN
22	M	26	Técnico de Enfermagem	Não	1 ano e 10 meses	RN/criança	UTIN
23	M	34	Enfermeiro/ Saúde Pública, Enfermagem do trabalho	Não	4 anos	Mulher	CC
24	F	45	Técnica de Enfermagem	Sim	4 anos	RN/criança	UTIN
25	F	32	Técnica de Enfermagem	Sim	2 anos e 7 meses	RN/criança	UTIN
26	F	53	Médica Pediatra e Homeopata	Sim	1 ano e 6 meses	RN/criança	UTIN
27	F	27	Técnica de Enfermagem	Sim	2 anos e 4 meses	Mulher e RN/criança	CPN, CO 1 e 2, admissão
28	F	46	Técnica de Enfermagem	Sim	4 anos	Mulher e RN/criança	CPN
29	F	32	Técnica de Enfermagem	Sim	-----	Mulher e RN/criança	CO
30	M	55	Enfermeiro/ Obstetrícia	Sim	4 anos	Mulher e RN/criança	CPN – Coordenador

31	F	23	Técnica de Enfermagem	Não	3 anos	RN/criança	UTIN
32	F	31	Técnica de Enfermagem	Sim	4 anos	Mulher e RN/criança	CC, CO 1 e 2
33	M	43	Técnico de Enf. e Ed. Físico	Não	4 anos	Mulher	CO2
34	F	30	Enfermeira (cursando obst.)	Sim	4 anos	Mulher e RN/criança	CO 1 e 2
35	F	28	Enfermeira UTIN/ped e Obstetrícia	Não	3 anos	RN/criança	UTIN – Coordenadora
36	F	50	Técnica de Enfermagem	Sim	2 anos	Mulher e RN/criança	CO
37	F	26	Enf. Saúde Coletiva	Não	2 anos	Mulher e RN/criança	UCIN
38	F	37	Técnica de Enfermagem	Sim	3 anos	RN/criança	UTIN
39	F	30	Fisioterapeuta/Pediatria, UTIN	Sim	2 anos	RN/criança	UTIN
40	F	28	Técnica de Enfermagem	Não	4 anos	Mulher e RN/criança	CC
41	F	24	Técnica de Enfermagem	Não	3 anos	RN/criança	UTIN
42	M	32	Enfermeiro Saúde Pública	Não	2 anos e 2 meses	Mulher e RN/criança	CC, CO 1 e 2
43	F	26	Técnica de Enfermagem	Não	4 anos	Mulher e RN/criança	CPN
44	F	33	Enfermeira/Obstetrícia	Não	3 anos	Mulher e RN/criança	CPN
45	F	24	Técnica de Enfermagem	Não	3 anos	RN/criança	UCIN e UTIN
46	F	28	Técnica de Enfermagem	Não	1 ano e 9 meses	RN/criança	UCIN
47	F	42	Enfermeira Urgência e emerg/ Neo-Ped e adulto	Sim	-----	Mulher	Ambulatório (CM)
48	F	27	Enfermeira/Obstetrícia	Sim	4 anos e 4 meses	Mulher e RN/criança	CM e CPN
49	F	35	Técnica Enfermagem	Sim	4 anos	Mulher e RN/criança	CPN
50	F	54	Técnica Enfermagem./ Enf. Trabalho	Sim	3 anos e 8 meses	Mulher	CO2 e CME
51	F	36	Enfermeira/Saúde Pública	Não	3 anos	Mulher e RN/criança	CO 1 e 2
52	F	30	Enfermeira/ Saúde da Família	Não	3 anos	RN/criança	UCIN e UTIN
53	F	25	Técnica de Enfermagem	Não	1 ano e 8 meses	RN/criança	UCIN e UTIN
54	F	37	Médica Pediatra/infecto pediatra	Sim	3 anos	RN/criança	UTIN/UCIN/CPN/CO1/C C
55	F	30	Enfermeira/Obstetrícia	Não	3 anos e 3 meses	Mulher e RN/criança	Acolhimento (triagem)
56	F	36	Técnica de Enfermagem	Não	1 ano	Mulher e RN/criança	UCIN e CO2

Fonte: Dados da pesquisa

5.4. Instrumentos para coleta de dados

5.4.1. Formulário

A coleta de dados inicial se deu através de um formulário projetado pelos pesquisadores, contendo dados gerais e perguntas sobre a formação e atuação profissional dos participantes, com finalidade de familiarização e compreensão mínima do campo de estudo e dos participantes da pesquisa. Elencava itens referentes ao sexo, idade, profissão/especialidade, atuação na área de atenção à mulher e/ou ao recém-nascido/criança, tempo de atuação no hospital, o público com que trabalha e a ala/setor que atua no hospital (Apêndice A).

5.4.2. Teste de Associação Livre de Palavras

A Evocação Livre de Palavras ou Teste de Associação Livre de Palavras foi originalmente desenvolvida pelo psiquiatra suíço Jung na sua prática clínica, e adaptado no Campo da psicologia social por Di Giacomo (1981), visando, nas Representações Sociais, identificar as dimensões latentes nestas representações evocadas a partir de um estímulo indutor. O estímulo refere-se diretamente ao objeto investigado. Os pesquisadores ligados à teoria do núcleo central interessam-se em identificar o conteúdo de uma representação e também sua estrutura e organização interna, para isso desenvolveram o adicional à técnica de pedir que os indivíduos hierarquizem o material verbal por eles mesmos produzido (ABRIC, 1994b)

Trata-se de uma técnica projetiva, e assim, fornece representações daquilo que, no indivíduo e “para o outro”, é desconhecido por outros meios de acesso. Permite que os conteúdos latentes sejam evidenciados, e o material projetado pode, então, ser analisado (DEGENNE, VERGÈS, 1973; FLAMENT, 1986).

Quando existe um estímulo que é o objeto central da representação, faz-se necessário colocá-lo numa posição de prioridade quanto à sequência de aplicação do teste, com a finalidade de evitar que as respostas do estímulo subsequente sejam “contaminadas” após o contato do participante com o estímulo anterior (DE ROSA, 1998).

A aplicação da técnica consiste em apresentar uma palavra indutora aos participantes e solicitar que digam até 5 palavras que venham à mente. Em seguida, pede-se que organizem as suas respostas de acordo à ordem de importância, da mais importante para a menos importante. Para Abric e Pianelli (2003; 2010), trata-se de uma técnica que possibilita acessar o universo semântico do objeto de forma rápida, devido ao seu caráter espontâneo e a isso Abric (1994a) afirma permitir ao pesquisador colher os elementos constitutivos do conteúdo da representação.

O teste foi realizado de forma individual com os 56 profissionais participantes. Solicitou-se que evocassem cinco palavras que lhes viessem à mente após os termos indutores serem apresentados, da seguinte forma: “Quando falo em *termo indutor* o que lhe vem à mente?”, e, em seguida, que enumerassem as evocações de acordo com a ordem de importância que eles mesmos conferiam. Por fim, era solicitado que justificassem a escolha da palavra mais importante, ou seja, a número 1 da hierarquização. Os termos indutores elaborados para esta pesquisa foram *Rede Cegonha*; *Prática Profissional*, *Boas Práticas* e *Boas Práticas e Humanização*, nesta ordem de apresentação. Para as análises da presente dissertação utilizamos apenas os dois primeiros termos (Apêndice B).

Antes da aplicação do teste realizou-se uma explicação da técnica para os participantes, perguntando-lhes em seguida, se haviam compreendido o funcionamento do mesmo, seguindo, então, para a efetiva aplicação após resposta afirmativa e maiores esclarecimentos.

5.4.3. Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi realizada com 32, dos 56 participantes da pesquisa, logo após a aplicação do TALP, com gravação em áudio (sob o aval e consentimento do participante). O número de entrevistas executadas seguiu o critério de “saturação dos dados”, procedimento adotado em virtude das respostas começarem a se repetir (MINAYO, 1994). Costuma-se empregar esse critério para chegar a um número-limite não definido previamente, no decorrer da pesquisa, assim, quando os temas ou argumentos começam a se repetir, significa que entrevistar um maior número de participantes acrescentaria pouco ao conteúdo da representação, podendo-se realizar mais algumas entrevistas e, então, cessar a coleta (SÁ, 1998).

Esse tipo de entrevista consiste na aplicação de um roteiro composto de tópicos com perguntas base, podendo ser ampliado com a inserção de novas perguntas, conforme o pesquisador achar pertinente. Essa modalidade proporciona um direcionamento da entrevista no intuito de atender aos objetivos da pesquisa (TURATO, 2003). Na presente pesquisa, a aplicação desta técnica objetivou o levantamento, junto ao grupo social pesquisado, das significações dos profissionais sobre o Programa Rede Cegonha e a Prática Profissional dos participantes, visando compreensão do fenômeno a ser estudado e da dinâmica de trabalho intraequipes multiprofissionais (Apêndice C). As entrevistas foram transcritas, compondo um dos *corpus* de análise da presente pesquisa.

5.5. Procedimentos para análise dos dados

Nesta pesquisa foram utilizados dois métodos para analisar o material empírico, advindo do TALP (evocações) e da entrevista semiestruturada (material verbal transcrito). A primeira técnica refere-se a um novo modelo de análise de dados em representações sociais, AnCo-REDES (LOPES, 2014), que possibilita a geração de

redes semânticas das evocações dos participantes, e a segunda, a consolidada técnica de geração do quadro de quatro casas (VÉRGES, 1994), auxiliada pelo uso do software EVOC 2005.

Antes da análise, foi elaborado dicionário de termos em que o pesquisador realizou aproximação através das palavras já evocadas, substituindo aquelas possuidoras de sentidos semelhantes, compondo, assim, o *corpus* de análise das palavras evocadas.

Optou-se por realizar uma triangulação dos dados, apresentada no Manuscrito 2, ao utilizar análises diversas por meio do modelo AnCo-REDES, que possibilitou analisar o *corpus* oriundo do TALP; da geração do quadro de quatro casas, gerado com auxílio do *software* EVOC 2005 e de uma análise interpretativa do conteúdo das entrevistas a partir do cruzamento dos resultados encontrados com os dois métodos de análise das evocações, sendo possível confirmar os achados obtidos, facilitando o processo de compreensão e interpretação das representações sociais apreendidas, considerando-se o contexto de realização da pesquisa e seus atores sociais.

Para Adornos (1994), a triangulação de métodos e de dados prescinde o conceito positivista de validação da pesquisa, pois pode ser entendida como uma análise multidimensional, ou do contexto. Assim sendo, tem como princípio a noção de que as ações sociais e as falas dos indivíduos são referenciadas a uma situação específica, local ou histórica, em que se estabelecem os conflitos, as demandas e as representações em volta das relações sociais. Portanto, a garantia da validação não se firmaria através da aferição de índices, e sim por meio da análise das relações do contexto com as ações.

5.5.1. Modelo AnCo-REDES

O modelo AnCo-REDES é entendido como “um dos caminhos a serem utilizados para a construção da análise cognitiva das representações sociais de sujeitos

pertencentes a um grupo social sobre um objeto de investigação”. Consiste na geração, cálculo e análise da rede semântica a partir de ferramentas computacionais, a exemplo do software livre Gephi. É composto de etapas e processos que auxiliam o pesquisador no campo da análise cognitiva (LOPES, 2014). Uma rede semântica trata-se de “um sistema de representação do conhecimento definido como conjunto de palavras ou expressões (vértices) interconectadas (arestas) que estão relacionadas ao significado da representação” (LOPES et al, 2015).

A identificação de cada elemento da representação (núcleo central, primeira periferia, segunda periferia e elementos de contraste) ocorre, conforme proposto pelo modelo AnCo-REDES, através de métricas de análise de redes, tais como: grau médio da rede ($\langle k \rangle$) e as centralidades de grau (C_g) e de autovetor (E_c).

Além de pautar-se na Teoria das Representações Sociais, o Modelo AnCo-REDES apoia-se, também, na Teoria de Redes com uso de redes semânticas como sistema de representação do conhecimento (LOPES, 2014). A teoria de redes é utilizada para descrição, análise e compreensão de sistemas em diferentes âmbitos: redes de informação ou conhecimento, redes de contatos sexuais, redes tecnológicas, redes biológicas, entre outras (AMARAL; OTTINO, 2004; NEWMAN, 2003; ALBERT; BARABASI, 2002).

Um conceito importante é o de Redes de *cliques*. Essas Redes são configuradas por um conjunto de *cliques* que podem estar unidas, parcialmente unidas ou não unidas e é definida como uma rede ou subrede que contém a união dos vértices interconectados (FADIGAS, 2011, p. 21). Isso implica que, ao se unirem *cliques* gera-se uma *rede de cliques*. As redes de *clique* são aplicadas a diferentes campos, por exemplo, redes de co-autoria, redes de títulos de artigos científicos e redes semânticas baseadas em discursos orais ou escritos. O elemento básico de uma rede de *clique* não é o vértice isolado, mas o conjunto de n vértices mutuamente conectados, ou seja, a *clique* (FADIGAS; PEREIRA, 2013).

Especificamente para uma rede semântica elaborada a partir de um discurso oral ou escrito, material utilizado nesta dissertação, os vértices que configuram uma *clique* são as palavras que pertencem a uma mesma sentença, e a junção entre as *cliques* existirá quando uma mesma palavra ocorrer em duas sentenças diferentes (CALDEIRA, 2005; AGUIAR, 2009; TEIXEIRA et al., 2010).

5.5.2. Quadro de Quatro Casas

A análise textual consiste em um tipo específico de análise de dados, que se trata da análise de material verbal transcrito. Para a construção do quadro de quatro casas foi utilizado o mesmo dicionário de termos da análise descrita anteriormente. Assim, foi possível obter um *corpus* de elementos.

O EVOC (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*) é um programa de informática, elaborado por Pierre Vèrges e outros colaboradores. Possui vários sub-programas que permitem a emissão de dados estatísticos para uma posterior análise de evocações pela verificação das frequências das palavras evocadas (EVOC, 2002)

Este *software* tem sido utilizado como instrumento auxiliar na análise de dados levantados pela Técnica de Evocação Livre de Palavras. Permite a organização das evocações produzidas em conformidade com as suas frequências e com a ordem de evocação definida pelos sujeitos. Para tanto, calcula a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados (OLIVEIRA, COSTA, 2007).

Após processamento dos dados, o software organiza-os de acordo com a técnica de distribuição dos termos produzidos num Quadro de Quatro Casas, o qual é analisado sob a ótica da abordagem estrutural da TRS. No quadro de quatro casas distingue-se o conteúdo e a estrutura das representações sociais sobre um determinado objeto e é constituído a partir do cruzamento entre a frequência e a ordem hierarquizada das evocações. Esses dados são utilizados para identificar os elementos centrais, intermediários e periféricos de representações (OLIVEIRA, 2005).

5.6. Aspectos éticos da pesquisa

A presente pesquisa obedeceu aos princípios éticos da pesquisa, segundo a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que

trata sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, respeitando as questões éticas, políticas e religiosas dos entrevistados. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através da Plataforma Brasil, e a coleta de dados ocorreu somente após a aprovação pelo CEP, sob Nº de Parecer 1.461.671 e após autorização pela instituição na qual foi realizada a coleta de dados.

A coleta de dados ocorria apenas após a leitura e compreensão completa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), seguido de sua assinatura. Respeitaram-se os direitos ao anonimato e à privacidade dos (as) participantes, deixando claro a possibilidade de desistência da participação na pesquisa a qualquer momento.

Os possíveis riscos que a pesquisa apresentou estavam descritos no TCLE e associavam-se à possibilidade de alguma pergunta causar constrangimento ou incômodo ao participante, ficando a critério do mesmo em querer respondê-la ou não. A participação foi voluntária e livre de qualquer forma de pagamento.

Os benefícios vinculam-se ao campo da saúde pública, especialmente quanto à atenção à saúde da mulher e do neonato/criança, por se tratar de um estudo que tem como foco a compreensão do Programa Rede Cegonha, vinculado ao Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estão apresentados, a seguir, no formato de manuscritos, divididos em duas partes (manuscrito 1 e manuscrito 2), sendo intitulados: Manuscrito 1: Estrutura das representações sociais de equipes de saúde sobre o programa rede cegonha, e Manuscrito 2: Representações Sociais da prática profissional para equipes de saúde do programa Rede Cegonha, ambos de autoria de Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana, Claudia Ribeiro Santos Lopes e Alba Benemériá Alves Vilela.

MANUSCRITO 1

TÍTULO:

ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE
SAÚDE SOBRE O PROGRAMA REDE CEGONHA

AUTORES:

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérita Alves Vilela

ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE SAÚDE SOBRE O PROGRAMA REDE CEGONHA

Maria Lydia Aroz D’Almeida Santana

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérita Alves Vilela

RESUMO

No presente artigo objetivamos identificar a estrutura das Representações Sociais das equipes de saúde de uma maternidade filantrópica, na cidade de Jequié, Bahia, acerca do Programa Rede Cegonha e realizar uma análise cognitiva dos conteúdos representacionais levantados. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quantiquantitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. A coleta de dados ocorreu na referida maternidade filantrópica, instituição responsável pelo atendimento de gestantes e recém-natos, a qual segue o preconizado pelas diretrizes do Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde. A produção dos dados ocorreu no período de abril a maio do ano de 2016, e para tal, foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), com o termo indutor “Rede Cegonha”, além da entrevista semiestruturada. Para o entendimento, compreensão e interpretação dos dados, realizou-se análise cognitiva de redes semânticas de representações sociais através da aplicação do modelo AnCo-REDES. Como resultados, obtivemos que os profissionais atribuíram os sentidos de humanização e cuidado, como núcleo central; amor como primeira periferia e carinho, recém-nascido, mãe, respeito, acolhimento e criança, como elementos de contraste. Concluímos que as representações sociais do grupo que compôs esta pesquisa trazem elementos de destaque para a conjuntura social e política do fazer saúde na atualidade. Por fim, salientamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, a partir do parecer de Nº 1.461.671.

Palavras-chave: Rede Cegonha. Equipes de Saúde. Humanização da assistência. Teoria das Representações Sociais. AnCo-REDES.

ABSTRACT

In this article we aim to identify the structure of Social Representations of health teams of a philanthropic maternity, in the city of Jequié, Bahia, about the Rede Cegonha (Stork Network) Program and to perform a cognitive analysis of the representational contents raised. It is a descriptive-exploratory research of quanti-qualitative nature, based on the Social Representations Theory. Data collection took place in the mentioned philanthropic maternity, institution responsible for the care of pregnant women and newborns, which follows the recommendations of the Rede Cegonha Program of Health's Ministry. Data were produced from April to May 2016, and for that purpose, the Free Association of Words Technique (TALP) was used, with "Rede Cegonha" as inductor term, in addition to semistructured interview. For understanding and interpreting data, we performed a cognitive analysis of semantic networks of social representations through the application of AnCo-REDES model. As results, we obtained that professionals attributed the senses of humanization and care as central nucleus; love as the first periphery and affection, newborn, mother, respect, reception and child as elements of contrast. We conclude that social representations of the group that composed this research bring elements of prominence to the social and political conjuncture of doing health in the present time. Finally, we point out that this research was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, based on its opinion of-Legal Recommendation-number 1.461.671.

Key-Words: Stork Network. Health Teams. Humanization of care. Social Representations Theory. AnCo-REDES.

INTRODUÇÃO

Com a implantação e implementação do Sistema Único de Saúde na década de noventa até os últimos anos, ficaram lacunas que carecem de novas apreciações e prática em seu contexto de planejamento e gestão nos municípios brasileiros. Vale ser salientado, que o modelo de atenção à saúde exercido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) necessitava de mudanças, já previstas pela Constituição Federal, mas que ainda não tinham sido postas em prática, como dispõe o artigo 198 “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)” (BRASIL, 1990).

Com isso, em 2010 o Ministério da Saúde instituiu a lógica de Redes de Atenção à Saúde como estratégia prioritária, através da Portaria 4.279 de 30 de

dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde - RAS, no âmbito do SUS, almejando modificar o sistema de saúde fragmentado, além de propor a promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde, de forma integral, de qualidade, continuada e humanizada e incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária (BRASIL, 2010).

É nesse cenário que surge o Programa Rede Cegonha (RC) no ano de 2011, fundamentando-se nos princípios das redes de cuidado. Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a RC parte da premissa de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo à medicalização do nascimento e o uso de tecnologias sem evidências científicas, como cesáreas sem indicação explícita e intervenções desnecessárias durante o parto. O programa objetiva, ainda, ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro, e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento (CAVALCANTI, 2013).

A partir da implantação da Rede Cegonha, o país alcançou os índices de redução da taxa de mortalidade na infância, definidos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e assumidos como uma meta até o ano de 2015, passando de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 16,9 em 2012, cumprindo, assim, a meta com três anos de antecedência, uma das maiores taxas de redução do mundo (68,5%) (PASCHE et al, 2014). Já a meta número 5, de redução nas altas taxas de mortalidade materna, não foi alcançada (WHO, 2015).

Por se tratar de um programa de saúde recente, com dados que apontam para um caminho positivo em modificar aspectos relevantes da saúde pública nacional, fez-se mister pesquisar acerca do grupo social que compõe a efetivação prática deste programa, os/as profissionais da saúde.

Portanto, a presente pesquisa objetivou identificar a estrutura das Representações Sociais das equipes de saúde de uma maternidade acerca do Programa Rede Cegonha e

avaliar os conteúdos representacionais que emergem das redes resultantes dos sentidos atribuídos por esse grupo social sobre o programa de saúde em análise.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quantiqualitativa, em que a característica qualitativa fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural (Abric, 2003a, 2003b; Pianelli 2010; Sá, 1996), e, a característica quantitativa, à Teoria de Redes, operacionalizada através do modelo AnCo-REDES (LOPES, 2014), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer de Nº: 1.461.671. Para alcance dos objetivos, realizou-se análise cognitiva por meio da geração de redes semânticas através do modelo AnCo-REDES, associadas a uma análise interpretativa dos conteúdos representacionais.

O termo “Representação Social” foi descrito por Serge Moscovici na década de 1960, fundamentada inicialmente tendo como referência o conceito de representações coletivas de Emile Durkheim. É entendida como o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o que lhe é intrínseco na consciência mediante algo confrontado, atribuindo uma significação própria (JODELET, 2001).

Para a compreensão e análise das representações sociais existem três diferentes abordagens dentro da TRS, e, na abordagem estrutural, que se baseia neste estudo, existem diferentes técnicas e métodos, a exemplo da geração do quadro de quatro casas desenvolvido por Vèrges (1994). Esta pesquisa teve como alicerce para análise e interpretação das representações o modelo AnCo-REDES.

O modelo AnCo-REDES é entendido como um dos caminhos a serem utilizados para a construção da análise cognitiva das representações sociais de sujeitos pertencentes a um grupo social sobre um objeto de investigação, e sua estrutura é composta por etapas e processos que auxiliam o pesquisador na análise cognitiva

pretendida (LOPES, 2014). Uma das bases epistemológicas que fundamentam o AnCo-REDES, utilizada para a identificação dos elementos de representação, é a teoria de redes, com destaque para as redes semânticas. Rede semântica é “um sistema de representação do conhecimento definido como conjunto de palavras ou expressões (vértices) interconectadas (arestas) que estão relacionadas ao significado da representação” (LOPES et al, 2015).

Para a identificação de cada elemento da representação (núcleo central, primeira periferia, segunda periferia e elementos de contraste), o modelo AnCo-REDES faz uso de métricas de análise de redes, tais como: grau médio da rede ($\langle k \rangle$) e as centralidades de grau (C_g) e de autovetor (E_c). As C_g e E_c são avaliadas conjuntamente na análise. Abaixo se apresenta as medidas de identificação dos elementos da representação, conforme definido por Lopes (2014):

Figura 1: Medidas utilizadas para identificação dos elementos que compõem a estrutura de uma representação Social

Elemento que compõe a estrutura da Representação Social	Medida para identificação
Núcleo Central	Vértice que apresente $C_g > k$ e $E_c \geq 0,75$
Primeira Periferia	Vértice que apresente $C_g > k$ e $0,60 \leq E_c < 0,75$
Elemento de Contraste	Vértice que apresente $C_g > k$ e $0,45 \leq E_c < 0,60$
Segunda Periferia	Vértice que apresente $C_g < k$ ou $C_g > k$ com $E_c < 0,45$

Fonte: Lopes, 2014, página 78.

As medidas apresentadas acima, determinando os limites estabelecidos para identificação de cada elemento que compõe a estrutura de uma representação social, resultaram das experimentações realizadas durante a elaboração do modelo AnCo-REDES. Essas métricas são largamente discutidas na literatura, o que pode ser visto nas obras de Freeman (1978) e Wasserman e Faust (1994). No AnCo-REDES elas são utilizadas como métricas de análise (LOPES, 2014, pag. 36).

A C_g está relacionada ao número de conexões (arestas) que um ator possui com outros na rede, assim, aponta a centralidade local do vértice (FREEMAN, 1978; WASSERMAN; FAUST, 1994). A centralidade de autovetor (E_c) indica a importância do vértice na rede tendo como parâmetro as suas conexões. Portanto, a E_c demonstra

que a importância de um vértice aumenta conforme seus vizinhos são também importantes (NEWMAN, 2006).

Com relação aos participantes deste estudo, estes foram os profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas e Técnicos de Enfermagem) que compunham as equipes de saúde de uma maternidade de cunho filantrópico, referência na cidade de Jequié (Bahia) e região. Participaram da pesquisa 56 profissionais, de um total de 90, contemplando 31 Técnicos de Enfermagem, 18 Enfermeiros, 4 Fisioterapeutas e 3 Médicos, desses, 50 eram mulheres e 6 homens.

Os dados foram coletados através da Técnica de Evocação Livre de Palavras (TALP), utilizando-se como termo indutor “Rede Cegonha”, no período de abril a maio do ano de 2016. Aos participantes era solicitado que evocassem até cinco palavras que lhes viesse à mente a partir do termo indutor, o mais rápido possível. Em seguida, era requerido aos mesmos que classificassem as evocações realizadas conforme grau de importância (GUIMELLI, 2003), justificando em gravação de áudio o termo escolhido como o mais importante. Abric (1994) considera que o caráter espontâneo dessa técnica permite ao pesquisador colher os elementos constitutivos do conteúdo da representação.

As palavras evocadas foram transcritas para uma planilha eletrônica na forma exata de evocação pelos profissionais. Em seguida, foi elaborado um dicionário de termos em que o pesquisador realizou aproximação semântica entre as palavras evocadas pelos participantes, substituindo aquelas possuidoras de sentidos semelhantes, compondo o conjunto de sentenças que deram origem à rede semântica resultante das representações sociais do referido grupo.

Para o processamento, análise e visualização das redes semânticas resultantes, utilizou-se o modelo AnCo-REDES (LOPES, 2014), o qual consiste na geração, cálculo e análise das redes semânticas a partir de ferramentas computacionais, a exemplo do software livre Gephi. A interpretação do conteúdo da representação se dá através da identificação e compreensão da estrutura das representações.

Outro método de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada, realizada em 32 dos participantes da pesquisa, logo após a aplicação do TALP, com gravação em áudio. Esse procedimento foi adotado em virtude das respostas começarem a se repetir, ocorrendo, dessa forma, uma saturação nos dados (MINAYO, 1994).

A entrevista semiestruturada consiste na aplicação de um roteiro composto de tópicos com perguntas base, podendo ser ampliado com a inserção de novas perguntas, conforme o pesquisador achar pertinente. Este tipo de modalidade proporciona um direcionamento da entrevista no intuito de atender aos objetivos da pesquisa (TURATO, 2003). Na presente pesquisa, a aplicação desta técnica objetivou o levantamento, junto ao grupo social pesquisado, das significações dos profissionais sobre o Programa Rede Cegonha; o seu funcionamento e a dinâmica de trabalho intra-equipes multiprofissionais.

Após a transcrição das entrevistas, como técnica de análise optou-se por utilizar elementos da Análise de Conteúdo Temática, conforme estabelecidos por Bardin (2011), que são as fases de pré-análise; exploração do material obtido; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Estes elementos foram adequados às Redes Semânticas por Lopes (2014), compondo categorias de análise.

As categorias de análise foram constituídas por meio dos *grupos de sentido* que emergiram do modelo após a análise das entrevistas e isso ocorre da seguinte forma: “a partir de um algoritmo de detecção de comunidades, agrupam-se os elementos que possuam ligações mais densas quando comparado com as demais ligações existentes na rede”, assim, foi possível perceber diferentes significações atribuídas pelo grupo social ao objeto em análise (LOPES, 2014, pág. 80).

A presente pesquisa esteve em consonância com a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, respeitando as questões éticas, políticas e religiosas dos entrevistados. A coleta de dados ocorreu após a leitura, compreensão e

assinatura do Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE) por todos os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise cognitiva das representações sociais sobre *Rede Cegonha*, a partir da aplicação do modelo AnCo-REDES, partiu de dois *corpus* de análise, as palavras evocadas pelos participantes a partir da aplicação do TALP e os textos obtidos através das entrevistas.

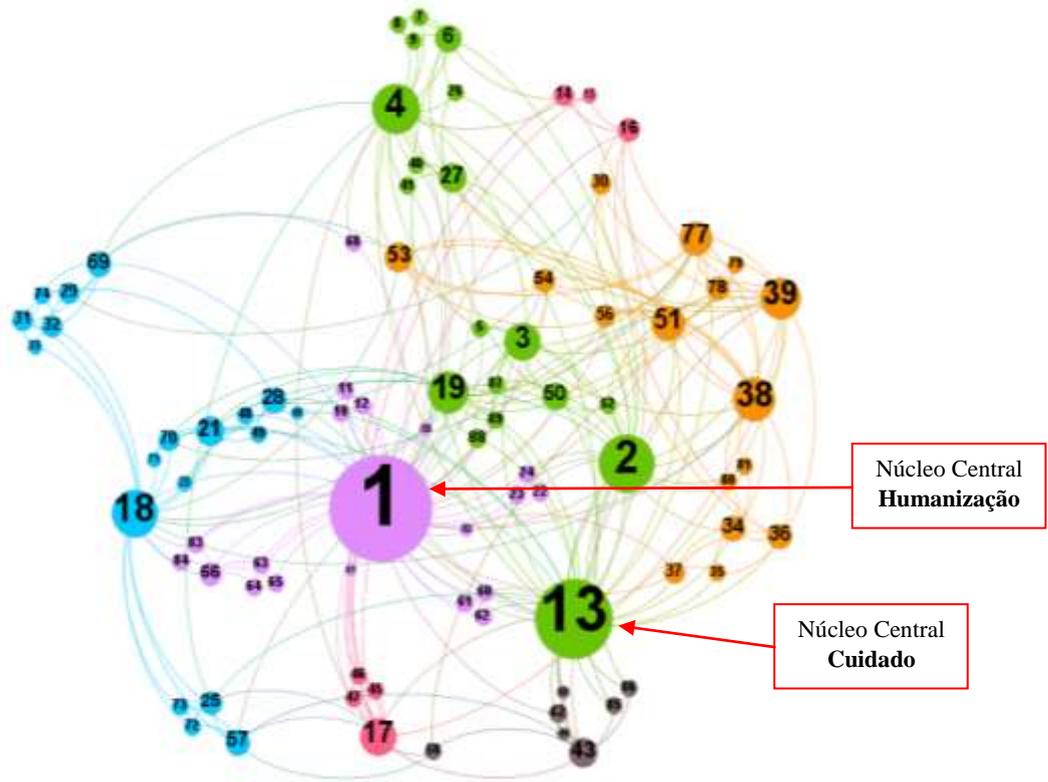
Análise e discussão do *corpus* de palavras evocadas

A partir dos dados levantados junto ao total dos participantes da pesquisa, contabilizou-se 215 termos evocados, sendo 90 diferentes entre si (vértices) e 312 conexões (arestas), ou seja, um vértice representa uma palavra evocada pelos profissionais, e as arestas as conexões entre elas.

Aplicando o modelo AnCo-REDES, foram identificados como núcleo central (NC) os vértices/palavras *humanização* e *cuidado*; como primeira periferia das representações identificou-se a palavra *amor* e, para os elementos de contraste, os termos *carinho*, *recém-nascido*, *mãe*, *respeito*, *acolhimento* e *criança*, sendo representados através de redes na Figura 2 e classificados conforme as *Cg*, *Ec*, além da centralidade de intermediação (*Ci*), dos elementos da representação, conforme apresentado na Tabela 1. O grau médio ($\langle k \rangle$) da rede identificado foi de 6,9.

A *Ci* relaciona-se à importância de um vértice na rede, já que possibilita conexões entre vértices a partir dele. Indica a importância de um vértice na produção de significações no conjunto das representações (quanto mais alto for o valor de *Ci*, maior a importância do vértice na produção dos sentidos que circulam na rede). O grau médio em uma rede semântica de representações sociais indica o número médio de conexões incidentes entre os vértices na rede. É um dos parâmetros de identificação da segunda periferia das representações sociais (LOPES, 2014, pag. 78).

Figura 2. Rede semântica de palavras evocadas, com destaque para os termos que emergem da rede como Núcleo Central das representações analisadas: “Humanização” e “Cuidado”.



Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 1: Classificação dos elementos que compõem a estrutura das representações sociais sobre *rede cegonha* na rede de palavras evocadas, com os índices de C_g , E_c e C_i obtidos para cada elemento.

Elementos da representação social	Vértice			
	Label	C_g	E_c	C_i
Núcleo Central	Humanização	48	1	1554.70
	Cuidado	35	0,83	746.08
Elemento de 1ª Periferia	Amor	24	0,67	324.00
Elemento de Contraste	Carinho	20	0,54	355.45
	Recém-nascido	17	0,49	188.77
	Mãe	16	0,46	148.66
	Respeito	14	0,50	61.89
	Acolhimento	16	0,51	117.95
Elementos de 2ª Periferia	Criança	13	0,48	68.59
	Demais vértices da rede (apresentam $C_g < 6,9$ ou $C_g \geq 6,9$ com $E_c < 0,45$)			

Fonte: Dados da Pesquisa

As representações sociais surgem da construção de uma realidade comum a um conjunto social. Segundo a abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais, o NC caracteriza-se por ser estável e coerente, imbuído por uma memória coletiva, o que reflete os valores do grupo social pesquisado. Nesse sentido, o NC tem papel organizador e que dá sentido às representações (SÁ, 1996; ABRIC, 1998).

Neste estudo, emerge na rede como NC das representações os termos *humanização e cuidado* (Figura 2), com isso percebe-se que o grupo de profissionais entende o programa Rede Cegonha sob a perspectiva da humanização do cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido/criança, conforme preconizado neste programa. Os objetivos do programa Rede Cegonha estão pautados nos princípios da humanização, incluindo garantia de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e utilização do método Canguru por parte da equipe de saúde aos recém-nascidos de risco, garantindo um cuidado efetivo e direcionado à necessidade de cada paciente (CAVALCANTI, 2010).

Os princípios norteadores da Rede Cegonha são: a defesa dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e as diferenças regionais; a promoção à equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais reprodutivos de mulheres, homens jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social (BRASIL, 2011).

Para Maia (2010), a humanização do parto objetiva “promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbimortalidade materna e fetal”.

A Política Nacional de Humanização, do ano de 2003, surge com o intuito de pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2003), com o intento de tornar a assistência à saúde menos tecnicista e mais acolhedora, primando por um cuidado

integral do indivíduo. Uma terapêutica, ou um tratamento de saúde deve partir do princípio de que o ser humano é um ente holístico, biopsicossocial, que possui necessidades que contemplem esse todo, além dos direitos inerentes a qualquer cidadão.

Segundo o Programa de Humanização da Saúde “Humanizar” é: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2003). Percebe-se que os participantes da pesquisa evocaram termos consoantes aos princípios de humanização, provável reflexo dos contínuos programas e políticas que enfatizam a humanização na saúde e de uma organização interna da instituição que permite a construção coletiva desse saber.

Para Waldow (2008), o cuidado é um fenômeno “existencial, porque confere ao ser a condição de humanidade; relacional porque se revela na co-existência com outros seres; contextual porque assume variações, intensidades, diferenças nas maneiras e expressões de cuidar conforme o meio em que ocorre”. Para Boff (1999) o “cuidado é aquela condição prévia que permite o eclodir da inteligência e da amorosidade”. Assim, o termo *cuidado* demonstra-se intimamente relacionado ao outro elemento que compõe o NC, *humanização*, intensificando-o, revelando uma estrutura representacional possivelmente direcionada para aspectos concernentes a dimensões éticas, morais e afetivas do ser humano.

Uma pesquisa realizada no estado de Santa Catarina, em 2010, objetivou investigar as representações sociais de 20 mulheres usuárias do serviço e 20 profissionais de saúde sobre a assistência ao parto em maternidades. Entre os profissionais encontraram-se duas representações distintas: a primeira, denotando uma visão medicalizada do serviço, atribuída por profissionais que trabalhavam em um hospital com uma vertente clássica da assistência, sem aderir aos princípios do programa de humanização do SUS, e a outra apontando para uma assistência identificada com a proposta do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento,

pertencente ao grupo social de profissionais de um hospital que colocava em prática os princípios de humanização da assistência (SILVEIRA, 2010).

Assim, como evidencia a presente pesquisa, os elementos centrais do segundo grupo de profissionais apontaram para uma forma de pensar a assistência identificada com o ideário da humanização do parto (SILVEIRA, 2010). Pensa-se, portanto, que a mudança de conduta e de cultura parte de uma organização interna dos hospitais, que, ao implantar programas e diretrizes desta competência, irão oferecer o melhor aos usuários do serviço e aos profissionais que ali atuam.

A Teoria do Núcleo Central propõe que uma representação social, além do NC, também é composta pelo subsistema periférico (primeira e segunda periferias e elementos de contraste), que funcionam como uma entidade, onde cada parte tem um papel específico e complementar. A primeira periferia exerce a função de confirmar os sentidos identificados a partir do NC, enquanto que os elementos de contraste caracterizam variações da representação em função de subgrupos, sem, no entanto, modificar os elementos centrais e a própria representação (SÁ, 1996; ABRIC, 1998).

Assim, para achados obtidos neste estudo, destacam-se como elementos do subsistema periférico os termos: *amor* (primeira periferia); *carinho*, *recém-nascido*, *mãe*, *respeito*, *acolhimento* e *criança* (elementos de contraste) e os demais vértices que compõe a rede identificados como segunda periferia.

Para Waldow (2008), as atividades de cuidar só podem ser assim consideradas ao serem desempenhadas quando estão acompanhadas de um comportamento emocional. Para Spink (1995), as representações sociais possuem uma dimensão afetiva e, juntamente com os aspectos operativos e figurativos, é responsável pela estruturação das representações sociais.

Assim, o termo *amor*, que emerge na rede como primeira periferia da representação social, aponta para a dimensão afetiva dessa estrutura representacional, além de confirmar o sentido atribuído pelos participantes da pesquisa quanto à RC tratar-se de um programa pautado na humanização e no cuidado. Um dos múltiplos

significados que se associam ao termo humanização se dá pela vertente da empatia, do se colocar no lugar do outro, e “cuidar” deste, respeitando a sua dignidade humana e os seus direitos.

Os elementos de contraste abarcam palavras que reforçam os sentidos da primeira periferia (SÁ, 1996; ABRIC, 1998). Os termos *carinho*, *respeito* e *acolhimento* podem ser relacionados à primeira periferia “amor”, por representarem aspectos morais concernentes a emoções e sentimentos afetivos benevolentes. Os demais elementos *recém-nascido*, *mãe* e *criança* são termos que culturalmente personificam o amor em sua dimensão mais singela e pura, evidenciando uma estrutura representacional concernente aos achados gerais da pesquisa.

Para Moscovici (1976, pág.63) a estrutura de uma representação tem duas faces pouco dissociáveis, a figurativa e a simbólica, fazendo compreender, portanto, em toda figura um sentido e em todo sentido uma figura. Além disso, Abric (1994) sistematiza as finalidades inerentes às representações, atribuindo-lhe funções essenciais, que são: função de saber; identitária; de orientação e justificatória.

Assim, vê-se que a estrutura das representações apresenta-se em notável consonância e estabilidade relativa. Carregam em si função de saber, o que permite aos sujeitos adquirir conhecimentos e integrá-los de forma assimilável e compreensível e também a função de orientação das práticas, com destaque para a práxis profissional engajada em significados e símbolos concernentes às boas práticas em saúde.

A pensar que o objeto de estudo desta pesquisa se trata de algo relativamente novo ao grupo de participantes, percebe-se que os sujeitos elaboraram e construíram conceitos e imagens cognitivas relevantes para os cuidados em saúde, o que se torna muito positivo e esperançoso, haja vista a necessidade urgente de mudanças nas práticas obstétricas e neonatais no Brasil.

Análise e discussão do *corpus* de textos das entrevistas

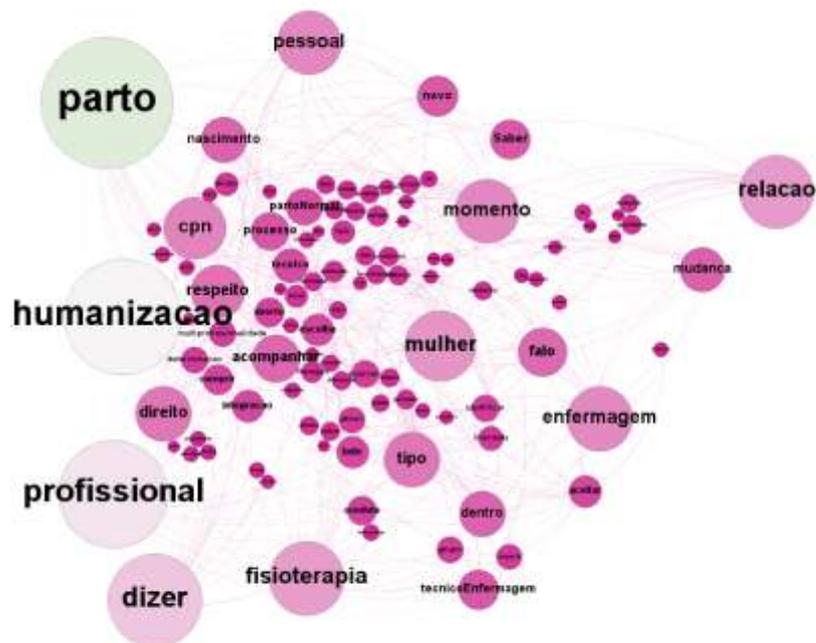
As análises resultantes das evocações podem ser corroboradas pelas análises das entrevistas. O *corpus* de análise da rede de entrevistas foi composto pelos textos

extraídos das entrevistas realizadas com 32, dos 56 profissionais que participaram da pesquisa e foram analisados a partir da geração de grupos de sentido.

Dentre os grupos de sentido (GS) detectados pela análise, foram escolhidos dois para serem discutidos no presente artigo, aqueles que se relacionavam ao termo de evocação Rede Cegonha, os demais grupos contêm elementos referentes a outros termos de evocação, fugindo ao escopo deste estudo. Os GS foram nomeados, a semelhança de uma categoria temática.

A seguir, os GS 1 (Assistência à Mulher no momento do parto, pautada na humanização e respeito) e 2 (Cuidados hospitalares, humanização da assistência e a mudança das práticas) estão representados na forma de sub-redes, acompanhados de algumas falas de profissionais (Figuras 3 e 4).

Figura 3: Sub-rede do GS1 “Assistência à Mulher no momento do parto, pautada na humanização e respeito” / Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS1



[...]Em se tratando de assistência humanizada eu vejo assim. Você tem sempre que visar o bem estar do paciente, não do colega. Nada contra o colega, mas a assistência é para ser prestada ao paciente. O paciente que chega está precisando. Mas se acontecer que o colega não puder, eu não espero não. Eu vou prestar minha assistência. Vou fazer minha parte. (Entrevista 33)

E a gente vê que esse processo de humanização, de respeito ao direito da mulher, o direito de escolha, o pessoal de fisioterapia tem aceitado e está aberto para essas mudanças, para acompanhar esse novo momento da mulher, que é o parto/ nascimento [...]. Graças a Deus aqui no CPN (Centro de Parto Normal) nós temos tido uma integração de profissionais [...] para poder fazer cumprir a determinação no que se diz respeito à humanização da assistência ao parto e nascimento [...]. (Entrevista 30)

Por mais que se tenha treinamento com relação à humanização, ainda sinto que algumas têm (aspectos a serem mudados na assistência). Principalmente porque a equipe anda mudando muito. Principalmente a equipe de enfermagem. É feito o treinamento relacionado à rede cegonha, mas são muitos funcionários, então o toque daquele funcionário que já fez curso, já fez o treinamento... Esse funcionário é retirado da equipe por algum motivo. Necessidade própria ou não, e entra um funcionário que ainda não tem. O treinamento acaba sendo passado de um para o outro, alguns dos princípios se destroçam, até que seja feito um novo treinamento, que não é corriqueiro, é por semestre, anual, com relação à Rede. Agora mesmo, se não me engano, entraram seis diferentes. (Entrevista 03)

Fonte: Dados da pesquisa.

Assistência à Mulher no momento do parto, pautada na humanização e respeito

Este grupo de sentido contempla elementos da assistência à mulher no momento do parto, evidenciando conceitos que se relacionam a uma assistência digna, pautada na humanização, no respeito à mulher; no reconhecimento do parto-normal como um direito da gestante, que deve ser de livre escolha da mesma, e que esses conceitos provocam mudanças nas práticas dos profissionais envolvidos. As diretrizes que fundamentam a assistência humanizada do parto e nascimento devolvem à mulher o local de protagonista, garantindo-lhe os direitos necessários.

Destacamos os vértices *parto, humanização, profissional e relação*, pois denotam a conformação da assistência segundo à ótica desses profissionais. É

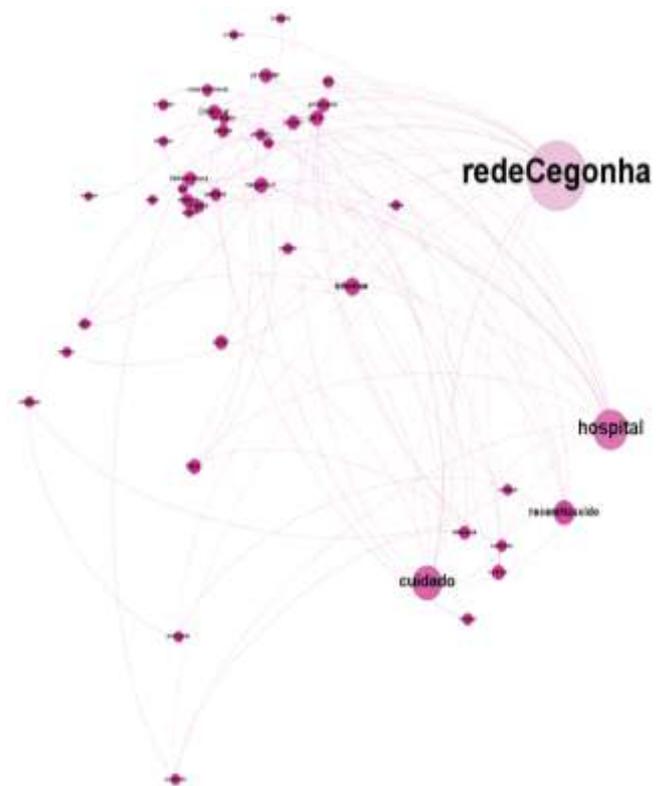
perceptível nas entrevistas o reconhecimento da importância de se ter uma assistência humanizada, mas percebe-se também a dificuldade de se colocar em prática os pressupostos teóricos e legais da assistência ao parto e nascimento, reconhecidos pelo Programa Rede Cegonha, pois, mesmo demonstrando a importância da humanização, relatam dificuldades na gestão da maternidade que podem interferir significativamente na qualidade prestada à (ao) paciente.

Figura 4: Sub-rede do GS2 “Cuidados hospitalares, humanização da assistência e a mudança das práticas” / Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS2.

A relação da equipe da UTI, de todos os profissionais com os pacientes é de cuidado mesmo, de acolhimento, de maneira de informar como proceder. O estímulo ao método canguru, com o fim de aumentar o vínculo do bebe com os pais. (Entrevista 10).

Eu acho que uma atenção e um carinho maior da mãe com o bebê. Porque o bebe fica a maior parte do tempo, quando a mãe não esta aqui, na incubadora. Tem os cuidados da gente, mas para fazer como é feito na rede cegonha, que é ele ter o contato com a mãe, com o calor, da temperatura do corpo da mãe, não tem com a gente, entendeu? (Entrevista 8).

[...]Você dar o cuidado à gestante mais humanizado possível, fazendo com que ela se sinta, não em um ambiente hospitalar, mas como se ela estivesse na casa dela, como antigamente quando as mulheres pariam em suas casas. Então, o Rede Cegonha veio para acomodar, acalantar, essa diferença de hospital. Veio para apaziguar e mudar as práticas. (Entrevista 28).



Fonte: Dados da Pesquisa

Cuidados hospitalares, humanização da assistência e a mudança das práticas

O segundo grupo de sentido aqui apresentado denota uma relação mais intensa entre os vértices *rede cegonha; hospital; recém-nascido e cuidado*. Percebe-se que o termo cuidado vincula-se ao recém-nascido, principalmente daqueles sob cuidados intensivos. Os excertos das entrevistas auxiliam na compreensão de que o grupo estudado entende o programa também sob o âmbito da assistência embasada pelo cuidado, acolhimento e pela mudança das práticas em saúde.

Vê-se que os conhecimentos técnicos, a exemplo do método canguru, preconizam os conceitos citados como sendo fundamentais para uma assistência de qualidade, e que nada substitui a relação entre mãe e filho, principalmente tratando-se de neonatos hospitalizados.

Os achados dos grupos de sentido possibilitaram uma maior compreensão da rede semântica da estrutura da representação social do programa Rede Cegonha, assim podem-se perceber os meandros cognitivos a que se balizam a estrutura identificada, enfatizando a humanização e o cuidado, e demonstrando os atores envolvidos (a mulher, a criança/ RN e o profissional de saúde), interconectando-os e intensificando essa relação de forma positiva.

A mudança das práticas em saúde se manifesta como algo positivo, necessário para o alcance dos conceitos aqui discutidos, ao mesmo tempo subjetivos e concretos, e inerentes a uma relação saudável entre profissional e paciente. As dimensões simbólicas das representações sociais dos profissionais aqui estudados refletem condições positivas para a melhoria da assistência prestada a esse público tão singular, vislumbrando uma possível modificação cultural e prática do parto e nascimento, inequivocamente necessários e urgentes em nossa sociedade.

Vê-se que o programa Rede Cegonha quebra paradigmas negativos construídos socialmente, ao mesmo tempo em que institui direitos e formaliza a humanização em toda a assistência, possibilitando novos saberes no fazer saúde, elaborados e solidificados de forma multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que o grupo social pesquisado elaborou conceitos e imagens cognitivas que se entrelaçam com o que é proposto pelo programa Rede Cegonha em seu arcabouço teórico, pois os elementos evocados se encontram substancialmente inseridos nas diretrizes e princípios norteadores.

A humanização da saúde e uma atenção à saúde pautada no cuidado, respeito e acolhimento ao paciente são propostas já previstas para o setor na Lei 8.080, que instituiu o SUS, mas que ainda precisa do chamamento recorrente e destaque permanente, para que as práticas em saúde sejam transformadas e para que as atitudes sociais sejam coerentes com os discursos e teorias preconizadas.

As representações sociais do grupo social que compôs esta pesquisa trazem elementos de destaque para a conjuntura social e política do fazer saúde na atualidade, vê-se que as tentativas recorrentes de reconstrução ou (re)educação cultural das práticas deste setor, voltando-se para um atendimento humanizado, cuidadoso e acolhedor, estão sendo construídos e elaborados coletivamente por esses que são elementos constituintes e construtores da área da saúde, os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A organização das representações sociais: sistema central e sistema periférico. In: GUIMELLI, C. H. **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994.

ABRIC, J. C. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A.S. P; OLIVEIRA, D. C. de. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: Ed. AB, 1998.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 198. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

_____. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 25 de jul. 2016.

_____. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 13 jul. 2016.

_____. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://goo.gl/PkrXAJ>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ:Vozes, 1999.

CAVALCANTI, P. C. S. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. 2010. 25 f. Monografia (Especialista) – Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Disponível em <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014>. Acesso em: 15 jul. 2016.

FREEMAN, L. C. **Centrality in social networks: Conceptual clarification**. *Social Networks*,1:215–239, 1978/79.

GEPHI, versão 0.9.1. Disponível em: <<https://gephi.org/>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet, D. (org.). **Les représentations sociales**. 4 ed. Paris, Presses Universitaires de France (Sociologie d'Aujourd'hui). 1994.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 2001.

LOPES, C. R. S. et al. Significado de coresidência na visão de idosos: uma estratégia para análise cognitiva com uso de redes semânticas. **Rev.Saúde.Com**, v.11, n.2, p. 174-182, 2015. Disponível em < <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a08.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

LOPES, C. R. S. AnCo-REDES. Modelo para análise cognitiva com base em redes semânticas [Tese de Doutorado]. Salvador: **Faculdade de educação, Universidade Federal da Bahia**. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17751/1/TeseClaudiaLopes_DMMDC_2014.pdf> Acesso em: 16 jul. 2016.

MAIA, M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.1041- 1044, mai. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**, Paris, PUF, 2.^a ed..1976.

NEWMAN, M. E. J. Finding community structure in networks using the eigenvectors of matrices. **Phys.Rev. E**, 74, 2006.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, out. 2014.

SÁ, C. P. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v.4, n.3, 1996. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X199600030002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao Parto na Maternidade: Representações Sociais de Mulheres Assistidas e Profissionais de Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100002>. Acesso em: 22 jul. 2016.

SPINK, M. J. P. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa**: construção teórica-epistemológica discussão comparada e aplicada nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis, Rj: Vozes, 2003.

VÉRGES, P. **Approche Du noyau central**: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELI C. (org.). *Strutures et transformations des représentations sociales*. Lausanne (Fr): Delachaux et Niestlé; 1994.

WALDOW, V. R. **Atualização do cuidar**. Aquichán. Bogotá, v.8, n.1, jan. 2008. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008>. Acesso em: 23 jul. 2016.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social network analysis: methods and applications**. Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)**, 2015. Disponível em: <who.int/reproductive-health/topics/maternal_perinatal/epmm/en/> Acesso em: 03 de janeiro de 2017.

MANUSCRITO 2

TÍTULO:

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PRÁTICA PROFISSIONAL PARA EQUIPES DE SAÚDE DO PROGRAMA REDE CEGONHA

AUTORES:

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérita Alves Vilela

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PRÁTICA PROFISSIONAL PARA EQUIPES DE SAÚDE DO PROGRAMA REDE CEGONHA

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérita Alves Vilela

RESUMO

O presente artigo objetiva discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional das equipes de saúde participantes da pesquisa. Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quantiquantitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer de Nº: 1.461.671. Os participantes da pesquisa foram 56 profissionais, de um total de 90 que se encaixavam nos critérios de inclusão. O local de estudo foi uma maternidade de cunho filantrópico, situada em uma cidade do sudoeste da Bahia. Os dados foram coletados através de um formulário contendo perguntas gerais sobre a formação e atuação dos participantes; da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), utilizando-se como termo indutor “Prática Profissional” e de uma entrevista semiestruturada, ocorrendo no período de abril a maio de 2016, de segunda a sexta-feira. Realizou-se análise cognitiva por meio da geração de rede semântica através da aplicação do modelo AnCo-REDES e a geração do quadro de quatro casas com auxílio do *software* EVOC 2005. Os resultados apontaram como prováveis componentes da estrutura das representações sociais dos profissionais os termos *Responsabilidade*, *Experiência*, *Eficiência* e *Amor*, como núcleo central; *Capacitação* e *Dedicação* como primeira periferia; e *Atitude*, como elemento de contraste. Percebe-se que as representações sociais do grupo que compôs esta pesquisa apontam para mudanças de paradigmas no que concerne a assistência à saúde de mulheres e neonatos/crianças, corroborando com a proposta do Programa Rede Cegonha para as boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Rede Cegonha. Prática Profissional. Equipes de Saúde. Teoria das Representações Sociais. AnCo-REDES.

ABSTRACT

The present article aims to discuss the Rede Cegonha (Stork Network) program based on professional practice of the health teams participating in the research. Concerning methodology, this is a descriptive-exploratory research of quanti-qualitative nature, based on the Social Representations Theory, and was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, based on the opinion of Legal Recommendation number 1.461.671. The participants of research were 56 professionals, out of a total 90 who fit the inclusion criteria. Study site was a philanthropic maternity, located in southwestern city of Bahia. Data were collected through a form containing general questions about the training and performance of the participants; the Free Association of Words Technique (TALP), using as an inductor term "Professional Practice" and a semistructured interview, occurring in the period from April to May 2016, from Monday to Friday. Cognitive analysis was performed through the semantic network generation through the application of AnCo-REDES model and the generation of the four-house framework using EVOC 2005 software. Results pointed as probable components of the structure of social representations of the professionals the terms Responsibility, Experience, Efficiency and Love, as central nucleus; Training and Dedication as the first periphery; and Attitude, as an element of contrast. It is noticed that the social representations of the group that composed this research point to changes in paradigms regarding health care for women and newborns / children, corroborating with the proposal of the Stork Network Program for good practices in the care of parturition and birth.

Key-words: Stork Network. Professional Practice. Health Teams. Social Representations Theory. AnCo-REDES.

INTRODUÇÃO

A Teoria das Representações Sociais (TRS) permeia o universo simbólico dos indivíduos, ao conectar-se com suas imagens cognitivas, que são construídas coletivamente e individualmente, acerca de um dado objeto. Tais constructos simbólicos são elaborados e modificados constantemente pelas práticas sociais exercidas por um dado grupo social. Assim, como evidencia Sá (1998, p. 43): “é com as práticas socioculturais e com a comunicação de massa que o estudo das representações sociais mantém as relações mais significativas”.

A TRS ganhou notoriedade nas pesquisas do campo da saúde, por assim possibilitar a compreensão dos processos de saúde-doença e por permitir um novo olhar para a práxis profissional dos diversos saberes da área, o que possibilita que reflexões psicossociológicas sobre fenômenos sociais desta natureza ocorram,

assegurando que efetivas intervenções em saúde sejam realizadas quando necessário. Assim, como propõe Oliveira (2013), em se refleti sobre as transformações das práticas de saúde é necessário pensá-las em sua expressão objetiva e subjetiva, uma vez que, são estas operacionalizadas por pessoas, que agem segundo suas representações do real e do possível.

No ano 2000, o Brasil firmou compromissos na Cúpula do Milênio da ONU, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que incluíam metas dirigidas a áreas prioritárias de desenvolvimento social, almejando melhoria nas condições de saúde, educação, e socioeconômicas dos países presentes até o ano 2015. O programa Rede Cegonha, criado em 2011, surge como uma tentativa de modificação da realidade do parto e nascimento no Brasil, tentando-se fazer cumprir as metas 4 e 5 dos ODM, que são, sucessivamente: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos; e reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna (BRASIL, 2010).

A Rede Cegonha está inserida no conceito de Redes de Atenção em Saúde, que objetiva promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os aspectos, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil. Objetiva, também, ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto (CAVALCANTI, 2013).

O país alcançou os índices de redução da taxa de mortalidade na infância, definidos nos ODM e assumidos como uma meta até o ano de 2015, passando de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 16,9 em 2012 (68,5%) (PASCHE et al, 2014). Já a meta número 5, de redução nas altas taxas de mortalidade materna, não foi alcançada e novo compromisso foi assumido, agora nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), um empenho dos países para reduzir pelo menos dois terços da razão de mortalidade materna, que, no caso do Brasil, é alcançar taxas

de 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos aproximadamente, até 2030 (WHO, 2015; BRASIL, 2012).

Várias diretrizes e protocolos visando melhorias na saúde da gestante e puérpera foram publicados e seguem na tentativa de serem implementados de forma efetiva pelas instituições de saúde do país, além das diretrizes e objetivos da Rede Cegonha, incluindo as boas práticas de atenção ao parto, o que nos faz questionar o porquê da realidade ainda negativa no que concerne os cuidados à mulher no Brasil (WHO, 2008; BRASIL, 2011). Para Costa (2016), a mudança do modelo de atenção à saúde da mulher se fortalece a partir de ações que estimulem a incorporação das boas práticas estabelecidas pela OMS.

Em virtude do âmbito emergencial, relativo à qualidade da atenção prestada à saúde de mulheres e neonatos no Brasil, pensa-se na importância de refletir sobre a prática dos profissionais de saúde executores e construtores dessa assistência. Portanto, tenta-se compreender a Rede Cegonha a partir das representações sociais sobre a prática profissional daqueles que vivenciam este programa rotineiramente, construindo e compartilhando coletivamente seus saberes, tendo como objetivo discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional das equipes de saúde participantes da pesquisa.

MÉTODOS

Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quantiquantitativa, fundamentando-se na Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural (Abric, 2003a, 2003b; Pianelli 2010; Sá, 1996). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer de N°: 1.461.671.

Para Moscovici (1981), as representações sociais podem ser entendidas como:

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.

Segundo a abordagem estrutural da TRS, as representações seriam constituídas por dois sistemas complementares: um central, que atribuiria seu significado, a

organização de seus conteúdos e estabilidade, e um periférico, que propiciaria a integração ao núcleo comum com as experiências cotidianas, além de exercer a função de proteção do sistema central, assim como indicar processos de mudança (Abric, 2003a, 2003b).

Participaram da pesquisa 56 profissionais, de um total de 90 que se encaixavam nos critérios de inclusão, e formada por 31 Técnicos de Enfermagem, 18 Enfermeiros, 4 Fisioterapeutas e 3 Médicos, desses, 50 eram mulheres e 6 homens. Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde que atuasse nas equipes de saúde da maternidade, diretamente com o público alvo (gestantes, puérperas e recém-nascidos), e manifestar interesse em participar.

O local de estudo foi uma maternidade de cunho filantrópico, referência em uma cidade do sudoeste da Bahia e região. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a maio de 2016, de segunda a sexta-feira, nos períodos de manhã e tarde, conforme a permissão concedida pelos gestores do local.

Para a coleta de dados, foi empregado um formulário contendo dados gerais e perguntas sobre a formação e atuação profissional dos participantes; a técnica de evocações livres ou associação livre de palavras (TALP) e realizou-se, por fim, uma entrevista semiestruturada.

O TALP, muito utilizado no campo das representações sociais, consiste em solicitar ao participante que verbalize até 5 palavras que lhe venham à mente a partir de um termo indutor, que, na presente pesquisa foi “Prática Profissional”. Para Abric e Pianelli (2003; 2010), trata-se de uma técnica que possibilita acessar o universo semântico do objeto de forma rápida, devido ao seu caráter espontâneo. As palavras evocadas foram transcritas para uma planilha eletrônica na forma exata de evocação pelos profissionais. Foi elaborado um dicionário de termos em que o pesquisador realizou aproximação semântica entre as palavras evocadas, substituindo aquelas possuidoras de sentidos semelhantes.

A interpretação do conteúdo da representação ocorreu após o uso de duas técnicas de análise de dados, exemplificadas por falas da entrevista semiestruturada,

com intuito de elucidar os achados, favorecendo a compreensão dos mesmos. A primeira técnica refere-se a um novo modelo de análise de dados em representações sociais, AnCo-REDES (LOPES, 2014), que possibilita a geração de redes semânticas das evocações dos participantes, e a segunda, a consolidada técnica de geração do quadro de quatro casas, de Vérge (1994), auxiliada pelo uso do *software* EVOC 2005.

O modelo AnCo-REDES é entendido como “um dos caminhos a serem utilizados para a construção da análise cognitiva das representações sociais de sujeitos pertencentes a um grupo social sobre um objeto de investigação”. Consiste na geração, cálculo e análise da rede semântica a partir de ferramentas computacionais, a exemplo do software livre Gephi. É composto de etapas e processos que auxiliam o pesquisador no campo da análise cognitiva (LOPES, 2014). Uma rede semântica trata-se de “um sistema de representação do conhecimento definido como conjunto de palavras ou expressões (vértices) interconectadas (arestas) que estão relacionadas ao significado da representação” (LOPES et al, 2015).

A identificação de cada elemento da representação (núcleo central, primeira periferia, segunda periferia e elementos de contraste) ocorre, conforme proposto pelo modelo AnCo-REDES, através de métricas de análise de redes, tais como: grau médio da rede ($\langle k \rangle$) e as centralidades de grau (C_g) e de autovetor (E_c). A Figura 1 apresenta as medidas utilizadas para a definição das representações sociais de um dado objeto de investigação.

Figura 1: Medidas utilizadas para identificação dos elementos que compõem a estrutura de uma representação Social

Elemento que compõe a estrutura da Representação Social	Medida para identificação
Núcleo Central	Vértice que apresente $C_g > k$ e $E_c \geq 0,75$
Primeira Periferia	Vértice que apresente $C_g > k$ e $0,60 \leq E_c < 0,75$
Elemento de Contraste	Vértice que apresente $C_g > k$ e $0,45 \leq E_c < 0,60$
Segunda Periferia	Vértice que apresente $C_g < k$ ou $C_g > k$ com $E_c < 0,45$

Fonte: Lopes, 2014, página 78.

Sobre as métricas evidenciadas acima, a C_g está relacionada ao número de conexões (arestas) que um ator possui com outros na rede (FREEMAN, 1978; WASSERMAN; FAUST, 1994) e, a centralidade de autovetor (E_c), indica a

importância do vértice na rede tendo como parâmetro as suas conexões (NEWMAN, 2006). O grau médio em uma rede semântica de representações sociais indica o número médio de conexões incidentes entre os vértices na rede, sendo um dos parâmetros utilizados na identificação da segunda periferia das representações sociais (LOPES, 2014, pag. 78).

Para a construção do quadro de quatro casas foi utilizado o mesmo dicionário de termos da análise descrita anteriormente. Assim, foi possível obter um *corpus* de elementos. O *software* EVOC possibilitou evidenciar a frequência (F) e a ordem média de evocação (OME) das palavras evocadas.

O quadro de quatro casas abarca quatro zonas em uma representação social, em que o quadrante superior esquerdo comporta a zona do núcleo central (aqueles que possuem maior frequência e baixa ordem de evocações); o superior direito, os elementos de primeira periferia; inferior esquerdo, elementos de contraste e inferior direito a segunda periferia das representações (Abric, 2003b; Pianelli, 2010).

Outro método de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada, realizada em 32 dos participantes da pesquisa, logo após a aplicação do TALP, com gravação em áudio. Para a presente pesquisa serão apresentados trechos das entrevistas para elucidar as discussões realizadas. Além disso, optou-se por realizar triangulação de dados, que permite, concomitantemente, uma maior validade dos dados e uma imersão mais profunda dos pesquisadores na conjuntura de onde emergem os fatos, as falas e as ações dos sujeitos (SOUZA, ZIONI 2003) e, para tanto, realizou-se uma análise interpretativa do conteúdo das entrevistas a partir do cruzamento dos resultados encontrados com os dois métodos de análise das evocações, sendo possível confirmar os achados obtidos.

Este trabalho encontra-se pautado na Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, respeitando as questões éticas, políticas e religiosas dos entrevistados. A coleta de dados ocorreu após a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE) por todos os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As evocações dos participantes da pesquisa constituíram o *corpus* de análise de redes, que evidenciou 83 vértices (termos evocados sem repetições) e 295 arestas (conexões entre os vértices). As características topológicas da rede não fazem parte do escopo desta pesquisa, portanto, não serão discutidas.

A aplicação do modelo AnCo-REDES possibilitou a identificação dos componentes das representações sociais do grupo social em questão, assim, os vértices/palavras que compõem o NC segundo a análise de Redes são: *Conhecimento, Responsabilidade, Experiência, Humanização, Eficiência, Atenção, Compromisso, Cuidado, Amor e Respeito*. Como elementos constituintes da primeira periferia, tem-se *Capacitação, Dedicção, Ética e Segurança*. Por fim, os Elementos de Contraste evidenciados foram *Saber, Profissionalismo e Atitude*. O Grau médio da rede ($\langle k \rangle$) foi de 7,10.

Na Figura 2 vê-se a representação em redes das evocações, e na Tabela 1 têm-se a classificação dos vértices conforme as C_g e E_c dos elementos da representação.

Figura 2. Rede semântica de palavras evocadas para “prática profissional”.

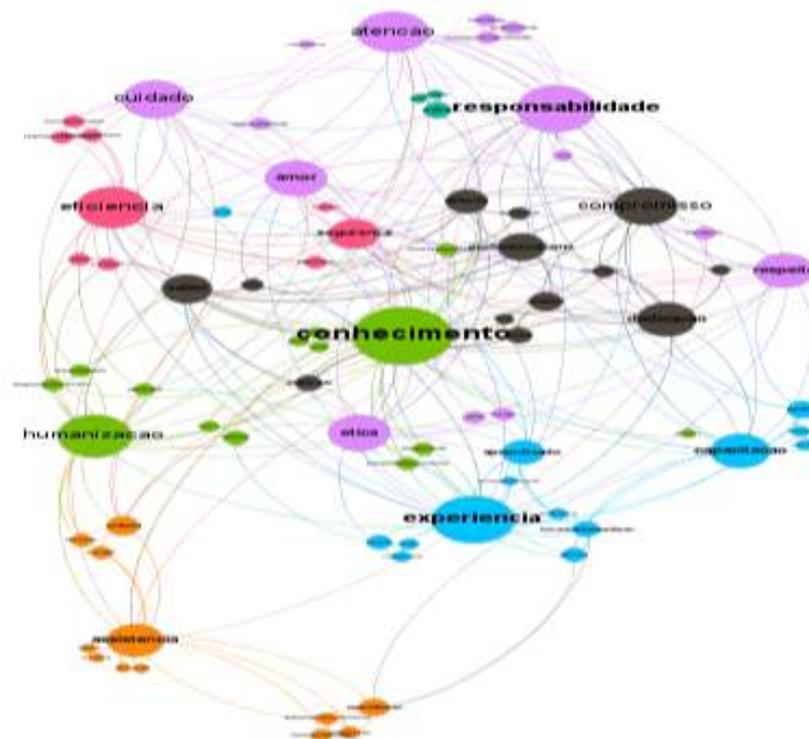


Tabela 1: Classificação dos elementos que compõem a estrutura das representações sociais sobre *prática profissional* na rede de palavras evocadas, com os índices de C_g e E_c obtidos para cada elemento.

ELEMENTOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL	VÉRTICE		
	Label	C_g	E_c
NÚCLEO CENTRAL	Conhecimento	31	1
	Responsabilidade	24	0,97
	Experiência	25	0,90
	Humanização	22	0,83
	Eficiência	21	0,80
	Atenção	21	0,87
	Compromisso	19	0,77
	Cuidado	19	0,80
	Amor	18	0,80
	Respeito	17	0,81
ELEMENTO DE 1ª PERIFERIA	Capacitação	17	0,72
	Dedicação	17	0,73
	Ética	18	0,72
	Segurança	14	0,69
ELEMENTO DE CONTRASTE	Saber	14	0,56
	Profissionalismo	13	0,55
	Atitude	11	0,54
ELEMENTOS DE 2ª PERIFERIA	Demais vértices da rede (apresentam $C_g < 7,10$ ou $C_g \geq 7,10$ com $E_c < 0,45$)		

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto às representações sociais da prática profissional, segundo a análise do quadro de quatro casas, verificou-se que os participantes produziram 221 palavras ou expressões, sendo 83 diferentes. A média das ordens médias de importância das evocações (*rang* médio), calculada com auxílio do *software* EVOC 2005, foi 2,6. A frequência mínima escolhida foi de 3, e a intermediária 4 (Quadro 1).

Quadro 1- Quadro de quatro casas ao termo indutor *prática profissional* para profissionais de saúde de uma maternidade filantrópica. Jequié - BA, 2016.

Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Frequência	Rang<2,60		Frequência	Rang>=2,60
Amor	9	1,778	Atenção	8	3,500
Aprendizado	4	2,000	Capacitação	9	2,778
Assistência	6	2,167	Compromisso	7	2,714
Eficiência	7	2,143	Conhecimento	14	2,714
Ética	6	2,333	Cuidado	7	3,714
Experiência	14	1,357	Dedicação	7	2,714
Habilidade	4	2,000	Humanização	7	3,143
Responsabilidade	10	2,400	Profissionalismo	4	2,750
Saber	4	2,000	Respeito	8	3,500
Segurança	5	2,400			
Elementos de contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Frequência	Rang<2,60		Frequência	Rang>=2,60
Atitude	3	2,000	Dia-a-dia	3	2,667
Prática	3	2,333			
Técnica	3	1,333			
Trabalho	3	1,000			

Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados a serem discutidos nesta pesquisa serão as evocações que compõe, simultaneamente, o NC, a primeira periferia e o elemento de contraste comuns aos dois métodos de análise aplicados e, como forma de elucidar e complementar as discussões serão apresentados trechos das entrevistas dos participantes. Portanto, ao cruzar os dados das duas análises realizadas, obteve-se para discussão os possíveis elementos constituintes do NC das representações sociais do grupo de profissionais, *Responsabilidade, Experiência, Eficiência e Amor*; como elementos da Primeira Periferia, *Capacitação e Dedicação*, e, para o Elemento de Contraste, a evocação *Atitude*.

Os termos que compõem o provável NC dessas representações apontam para uma organização cognitiva pautada em construções simbólicas positivas, como Responsabilidade e Amor, além da experiência e eficiência do trabalho. A experiência pode gerar novos saberes e concretizar conceitos teóricos, permitindo, assim, que uma prática laboral mais eficiente aconteça. Abaixo apresentamos excertos de algumas entrevistas contemplando a dimensão prática da assistência pautada nos achados do NC:

[...] A mudança de pratica é a questão de estar acompanhando essa evolução do trabalho de parto, mas também deixando que a gestante sinta sua dor, que é fisiológica. Que seja natural. Ela pode agachar, pode deitar, tomar um

banho [...]. Então é isso, deixar a gestante livre, porém, bem assistida [...]. Na realidade tem que ser uma integração [...]. Tem que ter uma assistência integral com ela. Por isso que eu digo que precisa de uma equipe. Para cumprir a Rede Cegonha precisa justamente disso. E28.

[...] Tudo flui com mais rapidez, mais eficiência quando a gente trabalha junto. E26.

A responsabilidade porquê você tem que saber fazer. Você não pode fingir que está fazendo no centro de parto natural. Porquê você lida com vidas e aquelas vidas dependem de você. É aí que vem as boas práticas porquê se você sabe fazer o certo [...] se você faz as práticas certas tem a consciência tranquila de que naquele momento fez tudo o que podia. E21

Aqui dentro da UTI eu enxergo um comprometimento de todos com o paciente, no caso, o recém-nascido. A boa vontade, o carinho, o amor, o afeto, o respeito e também o dever de sempre tratar e dar o melhor [...]. Há muito respeito. Há muita união entre as classes, independente de ser médico, fisioterapeuta, se é técnico. Há uma cumplicidade em toda a equipe para desenvolver o melhor por essas crianças. E25

Percebe-se a presença de dimensões atitudinais e afetivas nos componentes do NC dessa estrutura representacional, o que possivelmente direciona as representações a campos cognitivos de mudanças nas práticas exercidas na assistência ao parto e nascimento. É notório que os profissionais veem a assistência como campo de práticas que demandam comprometimento, almejando a melhor forma de prestar os cuidados aos pacientes, valorizando o trabalho em equipe e o fazer saúde pautado em sentimentos benevolentes, como o amor. Assim, vê-se a presença da humanização da assistência ao parto e nascimento, proposto pelo programa Rede Cegonha e por outros que o antecederam, como o programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e a Política Nacional de Humanização.

É importante ressaltar que as práticas em saúde devem estar pautadas na integralidade da assistência, como prevê a lei orgânica do SUS e este conceito é imperativo quando se trata da atenção à saúde das mulheres. Para Coelho (2009), a integralidade pode ser entendida como a concretização de práticas de atenção, o que assegura o acesso das mulheres a ações resolutivas edificadas conforme as necessidades inerentes ao organismo feminino e do contexto em que as práticas são geradas.

Não se identificou pesquisas no campo das representações sociais que abordassem o Programa Rede Cegonha sob o âmbito das práticas profissionais, mas foi possível fazer um parâmetro com o estudo de Sampaio (2012), sobre as representações sociais da prática profissional de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Jequié/BA, realizado por meio da aplicação do TALP e de entrevista semiestruturada a 19 enfermeiras atuantes. As autoras identificaram como NC das representações desses profissionais os termos *acolhimento, compromisso, integralidade e responsabilidade*, semelhante aos achados da presente pesquisa.

Quanto aos elementos de primeira periferia, estes tendem a confirmar os achados do NC, assim, vemos que estes os léxicos *Capacitação e Dedicção* auxiliam a sua compreensão, permitindo inferir que as capacitações possibilitam uma melhor eficiência da prática laboral e a dedicação relaciona-se à responsabilidade do trabalho exercido. Segue alguns trechos das entrevistas:

Nós temos um programa de treinamento que ocorre sempre. De 2 em 2 meses a gente está tendo treinamento relacionado à gestante, ao RN ou à humanização em geral. Temos também de primeiros socorros. Eu faço parte da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), nós temos uma semana de treinamento só da CIPA, aí vem um pessoal de fora ministrar o curso. Temos uma boa capacitação. E19.

A dinâmica aqui da neo é boa (UTI Neonatal). Pode melhorar a questão do treinamento, da educação em saúde, a educação continuada. A gente tem alguns treinamentos, mas eu acho que deveria existir mais, temos um cronograma anual geral, mas da UTI específico a gente não tem. Tentou se fazer, mas até agora não deu certo. Não um treinamento, reciclagem. [...]A fisioterapia junto com o técnico, o enfermeiro. [...]Só precisaria fazer pequenas reciclagens. De mudanças de normas, de protocolos. E16

É possível verificar nos excertos acima que, mesmo o hospital possuindo programa de capacitações, principalmente no que se refere à humanização da assistência, ainda há a necessidade de treinamentos e qualificações, o que perpassa por uma mudança organizacional e de logística da instituição.

Para que a qualidade da atenção à saúde da mulher torne-se realidade efetiva, SILVA (2011) afirma ser necessário que primeiramente ocorra uma reestruturação das

instituições hospitalares referente à área física e aquisição de insumos, e, em seguida, que se invista na capacitação e treinamento de profissionais de saúde.

Quanto aos elementos de contraste de uma representação social, estes abarcam palavras que reforçam os sentidos da primeira periferia e podem caracterizar variações da representação em função de subgrupos, sem, no entanto, modificar os elementos centrais e a própria representação (SÁ, 1996).

O termo evocado *Atitude* demonstra que os profissionais apresentam conteúdo simbólico direcionado à modificação da realidade antes vista, visando, possivelmente, a concretização de uma assistência mais humana, pautada em atitudes positivas, de fortalecimento das boas práticas em saúde, vindo acompanhada nos dois métodos de análise, por palavras que fluem para a construção de um saber técnico e profissional, totalmente coerente com os demais achados.

No excerto a seguir percebe-se uma dimensão crítica acerca da prática do profissional, aqui representada pelo enfermeiro obstetra no Centro de Parto Normal (CPN), revelando dissonâncias entre o que é preconizado para o seu funcionamento e para uma boa assistência à gestante e o que ocorre na realidade pesquisada:

[...] Todo ato que um enfermeiro venha a fazer na sala de parto natural, a responsabilidade é muito grande. E não sei se o enfermeiro está preparado para ter essa responsabilidade. No contexto geral, tanto teoricamente e formação acadêmica em um todo. Por que é muito bonito o que a Rede Cegonha preconiza, mas na prática ela não funciona do jeito que tem que ser. Os centros de parto normal hoje não recebem partos que são de baixo risco, recebem de um todo, principalmente em uma maternidade grande como essa que abrange 25 municípios. Centro de parto natural não é para receber prematuro, a gente recebe prematuro. Não é para receber gestante com pressão alta, mas a gente recebe. Não é para receber parto pélvico, mas a gente recebe.” E21

Este depoimento suscita reflexões sobre a forma como está sendo implementado o programa e quais as esferas envolvidas nas possíveis falhas de continuidade da assistência. Para Pasche (2014) “A Rede Cegonha traz a necessidade de uma atuação mais proativa dos serviços de Atenção Básica, para um olhar mais cuidadoso para a população em idade reprodutiva que está sob sua responsabilidade no território.” Deste modo, vê-se o desafio em integrar a assistência em uma verdadeira rede de cuidados, visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, além de

aprimorar o âmbito político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2010).

Vê-se, portanto, um impasse ao alcance da redução nas taxas de morbimortalidade materna e de neonatos, incabível à proposta do Rede Cegonha. Assim, como será possível alcançar a integralidade e equidade da assistência? Para, Cecílio (2001, p.113), não há possibilidade de integralidade e equidade sem a garantia da universalidade do acesso, enfatizando que são esses dois conceitos que fundam os objetivos da atenção à saúde, o que necessariamente resulta em repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento. Afirma ainda que as necessidades em saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual.

Para tanto, as representações aqui evidenciadas remetem a uma dicotomia entre saber o que é certo e fazer o que é certo, denotando aspectos dissonantes à mudança real da assistência ao parto e nascimento. Porém, pensa-se ser este o correto caminho a ser seguido, o de modificações de representações e de práticas, mesmo estas ainda não coerentes como um todo com a integralidade da assistência, pois representações mudam as práticas, assim como as práticas e a cultura modificam as representações. E vemos que, em sua maioria, a estrutura representacional dos participantes traz imagens cognitivas concernentes a mudança cultural exigida neste setor.

Como propõem Wolter e Sá (2013), as representações são modificadas e modificadoras das práticas e estas podem ser alteradas por forças externas (transformações extra-individuais e extra-representacionais), impondo mudanças de práticas e, assim, de representações, o que pode ocorrer ao se instituir uma lei, política ou programa, direcionando as ações dos indivíduos. Segundo Guimelli (1994) “A operação de novas práticas ativa esquemas que as prescrevem e reforçam suas ponderações no sistema representacional”.

Por fim, vê-se que o Programa Rede Cegonha, ao propor uma mudança cultural no que tange a assistência às mulheres e neonatos, pode ser entendido como um potencializador externo de modificação de práticas, que na presente pesquisa se apresentam positivas simbolicamente, apesar das dificuldades de gestão apresentadas,

o que permite inferir que estas tendem a, também, se modificar, a medida que as práticas se estabelecerem de forma mais humanizada e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Rede Cegonha apresenta-se como potencializador de mudanças nas práticas obstétricas e neonatais no Brasil, ao propor diretrizes que condizem com as boas práticas na assistência a saúde, além de indicar o que se configura como violência obstétrica e de gênero e de estimular o protagonismo da mulher, garantindo seus direitos reprodutivos. Para tanto, estruturaliza uma rede de cuidados que visa a assistência integral e humanizada da mulher e do neonato/criança.

As Representações sociais da prática profissional de equipes de saúde participantes desta pesquisa apontam para essa mudança de paradigmas, fortalecendo os caminhos trilhados pelo programa ao dialogarem com o que é proposto por este como sendo boas práticas na assistência.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. **A abordagem estrutural das representações sociais.** In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. de. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: Ed. AB, 1998.

_____. La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In: J-C. Abric (Org.). **Méthodes d'études des représentations sociales.** Ramonville Saint-Agne, 2003a. p.60-80.

_____. La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In J-C. Abric (Org.). **Méthodes d'études des représentations sociales.** Ramonville Saint-Agne, 2003b. p.60-80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores de mortalidade: C.3 razão de mortalidade materna.** 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação** – protocolo. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 25 de jul. 2016.

_____. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: < <http://goo.gl/PkrXAJ>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014>. Acesso em: 15 jul. 2016.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

COELHO, E.A.C et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 154-160, 2009.

COSTA, Sarah Alves Moura. **Rede Cegonha e a atenção à saúde da mulher em maternidade.** 2016. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

EVOC. **Conjunto de programas que permitem a análise de evocações, versão 5:** manual. provence, 2002. Apostila.

FREEMAN, L. C. **Centrality in social networks: Conceptual clarification.** Social Networks, 1:215–239, 1978/79.

GEPHI, versão 0.9.1. Disponível em: <<https://gephi.org/>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

GUIMELLI, C. Schèmes cognitifs de base et dynamiques des représentations sociales. In: C. Guimelli (Ed.) **Approche structurale des représentations sociales.** Delachaux et Niestlé, à paraître, 1994.

LOPES, C. R. S. et al. Significado de coresidência na visão de idosos: uma estratégia para análise cognitiva com uso de redes semânticas. **Rev.Saúde.Com**, v.11, n.2, p. 174-182, 2015. Disponível em < <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a08.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

LOPES, C. R. S. **AnCo-REDES _ Modelo para análise cognitiva com base em redes semânticas** [Tese de Doutorado]. Salvador: Faculdade de educação, Universidade Federal da Bahia. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17751/1/TeseClaudiaLopes_DMMDC_2014.pdf> Acesso em: 16 jul. 2016.

MOSCOVICI, S. The phenomenon of social representations. In. R. M. Farr e S. Moscovici (Orgs). **Social representations.** Cambridge: Cambridge University Press, pp. 3-69, 1981.

NEWMAN, M. E. J. Finding community structure in networks using the eigenvectors of matrices. **Phys.Rev. E**, 74, 2006.

OLIVEIRA, D. C. Construction and transformation of social representations of Aids and implications for health care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v..21(spec), p. 276-286, 2013.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em saúde para debate.** Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, out. 2014.

PIANELLI, C.; ABRIC, J. C.; SAAD, F. Rôle des representations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et structuration d'une nouvelle représentation. **Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, n. 86, p. 241-274, 2010.

SÁ, C. P. **Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central**. Temas em psicologia, Ribeirão Preto, v.4, n.3, 1996.

SÁ, C. P. **A Construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. Ed. Uerj. Rio de Janeiro, 1998.

SAMPAIO, D.M.N; VILELA, A.B.A; SIMÕES, A.V. Representações sociais e prática do enfermeiro. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 481-7, 2012.

SILVA, R.C.da, et. al. La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescência. **Enfermería global**. v.10,n.24,p.342-51, 2011. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/125921>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

SOUZA, D.V.; ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. **Saúde e Sociedade** v.12, n.2, p.76-85, 2003.

VÉRGES, P. Approche Du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELI C. (org.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne (Fr): Delachaux et Niestlé; 1994.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social network analysis: methods and applications**. Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

WOLTER, R.P.; Sá C.P. As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido. **Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades**, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Improving maternal and perinatal health:** European strategic approach for making pregnancy safer. Copenhagen: WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)**, 2015. Disponível em: <[who.int/reproductive health/topics/ maternal_perinatal/epmm/en/](http://who.int/reproductive-health/topics/maternal_perinatal/epmm/en/)> Acesso em: 03 de janeiro de 2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou que os profissionais de saúde atuantes na assistência ao parto e nascimento demonstraram possuir cognições voltadas a uma assistência humanizada, em par com as boas práticas em saúde.

Foi possível responder aos objetivos propostos inicialmente pela pesquisa, identificando-se a estrutura representacional dos indivíduos e compreendendo os significados cognitivos apreendidos. Vê-se que a estrutura representacional dos profissionais apresenta-se simbolicamente equilibrada, em que o Núcleo Central se mostra cognitivamente estável e intercambiando significados com os elementos periféricos.

Os achados da pesquisa demonstram que os indivíduos do grupo social pesquisados elaboram representações sociais condizentes com o que é preconizado pelo programa rede cegonha, ao trazerem aspectos positivos da assistência à mulher e criança/ neonato, apontando para mudanças nas práticas em saúde, dantes vistas como prejudiciais aos mesmos.

Vê-se que a efetivação prática de um programa de saúde perpassa pelas construções simbólicas dos indivíduos responsáveis pela execução dos seus princípios e diretrizes, o que demonstra ser complexo, haja vista que esses são fruto da conjuntura social e histórica a que pertencem. Mas, foi possível perceber que há esperanças quanto as mudanças nas práticas obstétricas e neonatais, haja vista que as representações das equipes de saúde demonstram modificações nos cuidados à atenção materno-infantil, tendo como norte os princípios da humanização e do cuidado da assistência.

É possível pensar em avanços no desenvolvimento social do país, pois, ao garantir direito à vida e à saúde às mulheres e crianças/ neonatos, modifica-se toda conjuntura sociopolítica, historicamente pautada na desigualdade de gênero, misoginia e na negação aos direitos reprodutivos das mulheres. A mudança dos valores

socialmente construídos, que contribuíram para uma cultura de subjugação moral da mulher, devolve a esta o papel de protagonista no momento do parto.

Assim, faz-se necessário que haja uma gestão participativa, pautada na promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde, para que, de fato, o acesso aos serviços de saúde esteja ao alcance da população, fazendo cumprir os princípios de equidade e integralidade da assistência, necessários à mudança efetiva da realidade nacional no que tange à assistência ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A organização das representações sociais: sistema central e sistema periférico. In: GUIMELLI, C. H. **Structures et transformations des representations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994.

_____. La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In: J-C. Abric (Org.). **Méthodes d'études des représentations sociales**. Ramonville Saint-Agne, 2003a. p.60-80.

_____. La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In J-C. Abric (Org.). **Méthodes d'études des représentations sociales**. Ramonville Saint-Agne, 2003b. p.60-80.

ADORNO, R. C. F.; CASTRO, A. L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n.2, p. 172-85, 1994.

AGUIAR, Madaya dos Santos Figueiredo de. **Redes de Palavras em Textos Escritos: uma análise da linguagem verbal utilizando redes complexas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Física) – Programa de Pós-Graduação em Física da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Salvador, Bahia

ALBERT, R.; BARABASI, L. **Statistical mechanics of complex networks. Reviews of modern physics**. vol. 74, 2002. Department of Physics, University of Notre Dame, Notre Dame.

ALMEIDA, G. J. As Representações Sociais, o imaginário e a construção social da realidade. In. **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. A (Org). Editora Universitária UFPE. 2005.

AMARAL, L. A. N; OTTINO, J. M. **Complex networks**. Eur. Phys. J. B 38, 147–162, 2004.

AQUINO, E.M.L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v.30, 2014. Suplemento.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: Bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Programa de Assistência à Saúde Perinatal: Bases Programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. 85L. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

_____. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010b. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, DF, 2010b.

_____. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: < <http://goo.gl/PkrXAJ>>.

_____. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011b.

_____. **Ministério da Saúde**. Data SUS. Indicadores de mortalidade. Brasília (DF). 2011c. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/c04.def>>.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores de mortalidade**: C.3 razão de mortalidade materna. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>>.

CALDEIRA, S. M. G. **Caracterização de Rede de Signos Linguísticos: um modelo baseado no aparelho psíquico de Freud**. 2005. Dissertação (Mestrado em Modelagem Computacional) – Programa de Pós-Graduação da Fundação Visconde de Cairu. Salvador, Bahia.

CAVALCANTI, P. C. S. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. 2010. 25 f. Trabalho monográfico de conclusão de curso – Especialização, Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. V. 23, n. 4, 2013.

COIMBRA, L.C. et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 9, n. 40, p.1195-1202, 2005.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, p. 1073-83, 2009.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.181-199.

DEGENNE, A.; VERGÈS, P. Introduction à l'analyse de similitude. **Revue Française de Sociologie**, v. 14, n. 4, p. 471-521, 1973.

DE ROSA, A. S. Le réseau d'associations: une technique pour détecter la structure, le contenu, les indices de polarité, de neutralité et de stéréotypie du champ sémantique liés aux représentations sociales. In ABRIC (Org.). **Méthodes d'études des représentations sociales**. Ramonville Saint-Agne, 1988.

DI GIACOMO, J. P. Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales. **Cahier Psychologie Cognitive**, v.1, p. 397-422, 1981.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reprod Health Matters**, v.20, n.39, p. 32-125, 2012.

DOMINGUEZ, B. Rede Cegonha: desafio de um novo modelo de atenção. **Revista RADIS**. 2012. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/rede-cegonha-desafio-de-um-novo-modelo-de-atencao>>. Acesso em 01 de janeiro de 2017.

DUARTE, C.M.R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad Saude Publica**.v.23, n. 7, p. 28-1511, jul. 2007.

EVOC. **Conjunto de programas que permitem a análise de evocações, versão 5: manual**. Provence, 2002. Apostila.

FADIGAS, Inácio de S.; PEREIRA, Hernane Borges de B. **A network approach based on cliques**. Physica A: Statistical Mechanics and its Applications. 362 (10), 2013.

FLAMENT, C. Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In. JODELET, Denise (Org.). **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

FLAMENT, C. Aspects périphériques des représentations sociales. In GUIMELLI C.(Org.). **Structures et transformations des représentations sociales**, p. 85-118. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1986.

FREIRE, N. C., et al. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 237-247, set./dez. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008. 176 p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Resolução nº 6, de 3 de novembro de 2010. Divulga a relação das populações dos 26 Estados e dos 5.565 municípios brasileiros provenientes do Censo Demográfico 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2010. Seção 1, p.106.

JODELET, D. (org). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 2001.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Suplemento

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 374-389. 2008.

LOPES, C. R. S. **AnCo-REDES _ Modelo para análise cognitiva com base em redes semânticas**. 2014, 151 p. Tese de doutorado - Faculdade de educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17751/1/TeseClaudiaLopes_DMMDC_2014.pdf> Acesso em: 16 jul. 2016.

LOPES, C. R. S. et al. Significado de coresidência na visão de idosos: uma estratégia para análise cognitiva com uso de redes semânticas. **Rev. Saúde.Com**, v.11, n.2, p. 174-182, 2015. Disponível em < http://www.uesb.br/revista/rsc/v1_1/v11n2a08.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.

MOSCOVICI, S. La Psychanalyse, son image et son public. **Revue Française de Sociologie**, v. 2, n. 4, p. 328- 330,1961.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 2. ed., 1976.

NEWMAN, M. E. J. **The structure and function of complex networks**. SIAM Review, v. 45, n.2, p. 167_256, 2003.

OLIVEIRA, D.C, et. al. **Análise das evocações livres**: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P, et. al. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2005.

OLIVEIRA, D. C. de; COSTA, T. L. da. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2007.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, out. 2014.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. [Tese]- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. E. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PIANELLI, C.; ABRIC, J. C.; SAAD, F. Rôle des representations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et structuration d'une nouvelle representation. **Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, n. 86, p. 241-274, 2010.

REIS, L.G.C. **Identificação de eventos adversos relacionados à atenção ao parto**. 2012. Tese de Doutorado em Saúde Pública -Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

SÁ, C. P. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas psicologia**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, 1996.

SÁ. C. P. **A Construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 1998.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SESAB, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB nº 318/2011 de 06 de dezembro de 2011. Aprova o Plano Estadual da Rede Cegonha e recomenda outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 11 dez 2011.

SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G.; SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 3, p.103-105, 2005.

TEIXEIRA, Gesiane Miranda, et al. **International journal modern physics C. Complex Semantic Network**, 21(3):333–347, 2010.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n.5, p. 293-299, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórica-epistemológica discussão comparada e aplicada nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis, Rj: Vozes, 2003.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND -UNICEF. **Committing to child survival: a promise renewed** 2012. 44p. Disponível em: <http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/APR_Progress_Report_2012_final.pdf> . Acesso em: 03 de janeiro de 2017.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability**. New York: UNFPA; 2012. Disponível em <<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/ENSRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>> Acesso em: 03 de janeiro de

2017.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **A social determinants approach to maternal health**. New York: UNDP; 2011. Disponível em: <<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/Discussion%20Paper%20MaternalHealth.pdf>>. Acesso em 03 de janeiro de 2017.

VÉRGES, P. **Approche Du noyau central**: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELI C. (org.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne (Fr): Delachaux et Niestlé; 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health in Asia and the Pacific**, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF; UNFPA; THE WORLD BANK. **Trends in Maternal Mortality: 1990-2010**, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)**, 2015. Disponível em: <[who.int/reproductive health/topics/maternal_perinatal/epmm/en/](http://who.int/reproductive-health/topics/maternal_perinatal/epmm/en/)> Acesso em: 03 de janeiro de 2017

APÊNDICE A

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE CEGONHA - FORMULÁRIO

Nº Entrevista: _____
Data: ____/____/____
Início: _____ Término: _____

DADOS GERAIS

1. Sexo: F () M ()

2. Idade: _____

3. Profissão/ especialidade: _____

4. Antes da implementação da Rede Cegonha você atuou na atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido/criança?

Atenção à mulher: sim () não () Local (Rede hospitalar; ambulatório; consultório): _____ _____ Tempo de atuação: _____
Atenção ao recém-nascido: sim () não () Local (Rede hospitalar; ambulatório; consultório): _____ _____ Tempo de atuação: _____
Atenção à criança: sim () não () Local (Rede hospitalar; ambulatório; consultório): _____ _____ Tempo de atuação: _____

5. Há quanto tempo trabalha neste hospital? _____

6. A sua prática aqui está voltada à qual público?

() recém-nascido/criança () mulher () ambos

Ala do Hospital: _____

OBS: _____

APÊNDICE B

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE CEGONHA – TESTE DE EVOCÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

BLOCO A

Nº Entrevista: _____ Data: ____/____/____
--

FICHA Nº 1

Quando falo em *Rede Cegonha* o que lhe vem à mente? Relacione rapidamente 5 palavras a partir deste estímulo: *Rede Cegonha*

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

FICHA Nº 2

Enumere conforme o grau de importância a lista de palavras descrita anteriormente e dentre estas indique a mais importante (1), explicando o porquê.

- 1 _____
- _____
- _____
- _____

Nº Entrevista: _____ Data: ____/____/____
--

BLOCO B**FICHA Nº 1**

Quando falo em *Prática profissional* o que lhe vem à mente? Relacione rapidamente 5 palavras a partir deste estímulo: *Prática profissional*.

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

FICHA Nº 2

Enumere conforme o grau de importância a lista de palavras descrita anteriormente e dentre estas indique a mais importante (1), explicando o porquê.

- 1 _____
- _____
- _____
- _____

Nº Entrevista: _____ Data: ____/____/____
--

BLOCO C

FICHA Nº 1

Quando falo em *Boas Práticas* o que lhe vem à mente? Relacione rapidamente 5 palavras a partir deste estímulo: *Boas práticas*

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

FICHA Nº 2

Enumere conforme o grau de importância a lista de palavras descrita anteriormente e dentre estas indique a mais importante (1), explicando o porquê.

- 1 _____
- _____
- _____
- _____

Nº Entrevista: _____ Data: ____/____/____
--

BLOCO D**FICHA Nº 1**

Quando falô em *Boas práticas e humanização* o que lhe vem à mente? Relacione rapidamente 5 palavras a partir deste estímulo: *Boas praticas e humanização*

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

FICHA Nº 2

Enumere conforme o grau de importância a lista de palavras descrita anteriormente e dentre estas indique a mais importante (1), explicando o porquê.

- 1 _____
- _____
- _____
- _____

APÊNDICE C

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE CEGONHA - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nº Entrevista: _____
Data: ____/____/____
Início: _____ Término: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 1: O que você entende como ações da Rede Cegonha na perspectiva da equipe de saúde hospitalar? Quais são as principais para você?

Questão 2: Como é a relação da equipe de saúde com as mulheres e/ou recém-nascido/criança durante o atendimento? Identifique a necessidade de alguma mudança nessa relação. Se sim, fale sobre essa mudança.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Prezado Participante

Sou **Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana**, discente do Mestrado em Enfermagem e Saúde do PPGES/UESB, e juntamente com a **Profa Dra Alba Benemerita Alves Vilela** estou realizando a pesquisa intitulada **"REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE CEGONHA"**. Estamos convidando-o para participar da nossa pesquisa, que surgiu como uma forma de compreender o que você pensa sobre o Programa do Governo Federal Rede Cegonha.

A pesquisa tem como objetivo geral: **Analisar as representações sociais da equipe de saúde de um hospital especializado no atendimento da mulher e do recém-nascido/criança acerca do Programa Rede Cegonha** e objetivos específicos: **Identificar a estrutura das Representações Sociais da equipe de saúde hospitalar acerca do Programa Rede Cegonha; Avaliar os conteúdos representacionais acerca do Programa Rede Cegonha pela equipe de saúde hospitalar e Discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional da equipe de saúde participante da pesquisa.**

Ao concordar com a participação na pesquisa, você precisará responder a algumas perguntas por meio de uma entrevista com gravação de áudio. Entretanto, existe o risco de algumas dessas perguntas lhe causarem constrangimento ou incômodo, sendo sua a escolha de responder ou não aos questionamentos. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades.

Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo, iremos guardá-los por 5 anos, sendo que somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação dos participantes não será revelada.

Se quiser ou precisar de mais informações sobre esta pesquisa, entre em contato com Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana ou Alba Benemerita Alves Vilela no endereço: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738 (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde); pelo e-mail: marialydiasantana@gmail.com.br, ou pelo telefone (73) 99151-3644. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, no mesmo local indicado anteriormente ou pelo telefone (73) 3528-9727.

Obrigada,

Assinatura do Participante _____

Jequié-BA, Data: ____/____/____.

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde/UESB

ANEXO A



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Catharina M^{te} Carneiro Lima, ocupante do cargo de coord. geral do Hospital Santa Casa da Misericórdia São Judas Tadeu, AUTORIZO a coleta de dados do projeto "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE CEGONHA" das pesquisadoras Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana e Alba Benemerita Alves Vilela após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié, 16 de Novembro de 2015.

ASSINATURA: _____

FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA
Cristina Duarte
Coordenadora Geral
UESB

CARIMBO:

ANEXOB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais de Equipes de Saúde acerca do Programa Rede Cegonha
 Pesquisador: Maria Lydie Aroz DAAlmeida Santana
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE: 52043815.5.0000.0055
 Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.461.671

Apresentação do Projeto:

Transcrito do projeto: "O Programa Rede Cegonha está inserido no conceito de Rede de Atenção em Saúde. Teve início no ano de 2011, objetivando ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto. Tipo de Estudo: Descritivo-exploratório e caráter misto, utilizando premissas de métodos qualitativos e quantitativos."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Analisar as representações sociais da equipe de saúde de um hospital especializado ao atendimento do binômio mãe-filho acerca da resolubilidade do Programa Rede Cegonha. Objetivos específicos: Compreender as ações da Rede Cegonha na perspectiva da equipe de saúde hospitalar; Verificar o atendimento do binômio mãe-filho no contexto do Programa Rede Cegonha; Apreender o conhecimento da equipe de saúde sobre o programa Rede Cegonha. Palavras-chave: Representações Sociais; Rede Cegonha; Equipe de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe o risco de alguma pergunta causar constrangimento ou incômodo ao participante, ficando a

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
 Bairro: Jequiastinho CEP: 45.206-910
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-0727 Fax: (73)3525-6883 E-mail: cepuesb.jeq@gmail.com

Página 01 de 02

[Assinatura]
 Ana Angélica Leal Barros
 Presidente do Conselho de Ética UESB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.461.671

critério do mesmo em querer responder ou não aos questionamento. A participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo o indivíduo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades.

Benefícios:

O estudo trará benefícios ao campo da saúde pública, em especial à atenção materno-fetal, por se tratar de um estudo que tem como foco a compreensão do Programa Rede Cegonha por meio daqueles que o vivenciam e efetivam no dia-a-dia, os profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de relevância científica e social vez que abordará "Representações Sociais de Equipes de Saúde acerca do Programa Rede Cegonha", de importância para a saúde coletiva em especial para os grupos sociais mulher/oriança. Descrito em linguagem científica compreensível ao leitor. Apresenta discussão com atores atuais que versam com a temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Sugiro rever cronograma considerando o período de apreciação pelo CEP, recesso e férias docentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Nada digno de registro.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 22/03/2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_623203.pdf	03/12/2015 15:15:00		Acerto
Declaração de Pesquisadores	declaracaoJeorgia.docx	03/12/2015 15:14:28	Maria Lydia Aroz DAlmeida Santana	Acerto
Declaração de Pesquisadores	declaracaoAlba.jpg	03/12/2015 14:59:37	Maria Lydia Aroz DAlmeida Santana	Acerto
Outros	oficio_declaracoes_pesquisador.doc	30/11/2015 12:51:16	Maria Lydia Aroz DAlmeida Santana	Acerto
Outros	Scan030007.jpg	30/11/2015 12:48:35	Maria Lydia Aroz DAlmeida Santana	Acerto

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45206-010
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-6727 Fax: (73)3525-6663 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

Maria Lydia Aroz
07 Maria Lydia Aroz
Presidente do CEP

Página 02 de 02

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1-481.071

Outros	Scan030009.jpg	30/11/2015 12:46:59	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Outros	Instrumentos.docx	11/11/2015 09:41:12	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/11/2015 09:36:57	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/11/2015 09:36:34	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	11/11/2015 09:35:33	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.docx	11/11/2015 09:34:32	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.docx	11/11/2015 09:23:03	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	10/11/2015 23:11:03	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	10/11/2015 22:45:31	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 22 de Março de 2016

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Recebido em
07/04/16
[Handwritten signature]

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-8727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: capuesb.je@gmail.com

ANEXO C



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº. 36/2016

Jequié, 06 de abril de 2016.

À
 Santa Casa de Misericórdia – São Judas Tadeu
 Catharina Maria Carneiro

Prezada Senhora,

Apresentamos à V.Sª, a mestrande Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana, orientanda da professora Dr.ª Alba Benemerita Alves Vilela do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado e Doutorado), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para coleta de dados da pesquisa intitulada: *Representações Sociais de Equipes de Saúde acerca do Programa Rede cegonha.*

Atenciosamente,


 Prof.ª Dr.ª Adriana Alves Ne
 Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Gradua
 em Enfermagem e Saúde - PPGES
 UESB - Campus de Jequié

Recebido em
 04/04/16


ANEXO D



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Representações Sociais de Equipes de Saúde acerca do Programa Rede Cegonha		2. Número de Participantes da Pesquisa: 200	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Márcia Lygia Aroz DA Almeida Santana			
6. CPF: 841.787.955-20		7. Endereço (Rua, n.º): Rua José Moreira Sobrinho, s/n, Jequezinho JEQUE BAHIA 46208190	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (73) 3528-9738	10. Outro Telefone:
11. Email: lylaroz9@yahoo.com.br			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinado por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>09 / 11 / 2015</u> <i>Márcia Lygia Aroz DA Almeida Santana</i> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB		13. CNPJ: 13.069.486/0001-08	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (73) 3525-6683		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Alba Benemirite Alves Kiele</u> CPF: <u>40140795-87</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde</u></p> <p>Data: <u>09 / 11 / 2015</u> <i>Alba Benemirite Alves Kiele</i> Assinatura</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL		Prof.ª Dr.ª Alice Benemirite Alves Vieira Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES UESB - Campus de Jequié	
Não se aplica			

ANEXO E



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE I-II
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO E DOUTORADO



Jequié, 14 de Junho de 2016.

TERMO DE ACEITE DE CO-ORIENTAÇÃO

Eu, Cláudia Ribeiro Santos Lopes, professora doutora do Departamento de Químicas e Exatas – Centro de Pesquisa e Desenvolvimento de Software, declaro ter conhecimento que irei co-orientar o (a) mestrando(a) Maria Lydía Aroz D'Almeida Santana.

Cláudia Ribeiro S. Lopes

Assinatura do(a) co-orientador(a)

Recebido
PPGES
Em 14/06/16
Arnaldo



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Campus de Jequié

DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, Alba Benemerita Alves Vilela, docente do Departamento de Saúde II, declaro ser a Orientadora de Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana, do Curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Assim, declaro também estar participando do projeto de Pesquisa intitulado "Representações Sociais de Equipes de Saúde acerca do Programa Rede Cegonha".

Jequié, 12 de novembro de 2015.


Alba Benemerita Alves Vilela

Departamento de Saúde II