



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

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

**MARIA LYDIA AROZ D'ALMEIDA SANTANA**

**JEQUIÉ/BA**

**2022**

**MARIA LYDIA AROZ D'ALMEIDA SANTANA**

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

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de Concentração em Saúde Coletiva, como requisito para obtenção do Título de Doutora.

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Setenta Andrade

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Alba Benemérita Alves Vilela

**JEQUIÉ/BA**

**2022**

S232r Santana, Maria Lydia Aroz D’Almeida.  
Representações sociais de gestores e equipes de saúde acerca do  
Programa Rede Cegonha / Maria Lydia Aroz D’Almeida Santana.- Jequié,  
2022.  
151f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e  
Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob  
orientação da Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade e coorientação da  
Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela)

1.Serviços de Saúde Materno-Infantil 2.Equipe de assistência ao paciente  
3.Gestão em Saúde 4.Teoria das Representações Sociais 5.Redes Cegonha  
I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 362.11098165

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

## FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTANA, Maria Lydia Aroz D’Almeida. **Representações sociais de gestores e equipes de saúde acerca do programa Rede Cegonha**. 2022. Tese (Doutorado). 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<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Cristina Setenta Andrade  
Universidade Estadual de Santa Cruz  
Orientadora e Presidente da Banca

---

Prof. Dr. Hernane Borges de Barros Pereira  
Doutor em Engenharia Multimídia  
Universidade do Estado da Bahia

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Silva Servo  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Michelle Araújo Moreira  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Estadual de Santa Cruz

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

**Jequié/BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022**

Dedico esta Tese à minha família, meus pais, irmãos, esposo e filha, por terem me apoiado e cuidado de mim durante todo o percurso desta jornada. Muito obrigada por tudo, vocês são calma em meio à tempestade.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, pelos anos de parceria, desde 2015 até o dia de hoje, no âmbito do desenvolvimento à pesquisa e da possibilidade de iniciação à docência. Agradeço especialmente às professoras Adriana Nery e Vanda Palmarella, pela paciência e apoio em meio às minhas necessidades nos últimos anos;

Às orientadoras Cristina Setenta e Alba Benemerita Vilela, por confiarem em mim e no meu trabalho, por acreditarem na necessidade do tema para o âmbito das políticas públicas em saúde e da Saúde Coletiva em si. Agradeço também à professora Cláudia Lopes, pela parceria firmada desde o mestrado, foi muito bom poder contar com você até este momento;

Aos colegas e amigos pelo apoio e incentivo de sempre, em especial às queridas amigas que fiz no mestrado e que estão comigo até agora;

À minha amiga Thayanne, pelo apoio e auxílio durante toda esta jornada, obrigada por nunca me deixar só;

À minha família querida, que mesmo com tantas adversidades nunca deixaram de acreditar e confiar em mim, por vezes até mais do que eu mesma. Aos meus pais, Wilson e Sandra Paulina; meus irmãos, Saulo Dimas, Sandro Wagner e Pâmela, e ao meu sobrinho Gael, obrigada por tudo;

Ao meu esposo Vanildo Júnior, que abraça minhas necessidades como sendo suas, que cuidou e cuida de mim e da nossa filha com tanto carinho e zelo, que não mede esforços para nos ver bem, obrigada pela parceria nesta vida;

À minha filha Sofia, que eu gastei junto a esta tese, obrigada por me fazer entender ainda mais a necessária discussão acerca das políticas públicas de saúde materna e infantil no Brasil. Além disto, obrigada pela imensa alegria que me proporciona todos os dias;

Aos profissionais e gestores de saúde que disponibilizaram parte do seu tempo para contribuir com este trabalho, muito obrigada pela participação;

Às mulheres e crianças deste país, que tanto lutam por visibilidade e aceite social, que tanto contribuem, apesar tão pouco retorno terem, este trabalho é para e por vocês,

Ao SUS, que se mantém firme e operante, mesmo em tempos de subfinanciamento e de seguidas tentativas de desmonte. Viva o SUS hoje e sempre.



## APRESENTAÇÃO

Essa tese foi confeccionada em consonância aos padrões de normatização para estruturação de teses e dissertações preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Sendo assim, o presente trabalho possui a finalidade de analisar as representações sociais de gestores e equipes de saúde de unidades de saúde que prestam atendimento à mulher e ao recém-nascido/criança, acerca do Programa Rede Cegonha.

A presente tese é dividida em uma primeira abordagem de apresentação, que se configura na introdução, seguida de uma revisão de literatura abordando as principais temáticas que envolvem as políticas públicas de saúde materna e infantil, além da organização das equipes e da gestão em saúde no país.

A seção a seguir aborda o referencial teórico que fundamenta este trabalho, a Teoria das Representações Sociais, suas abordagens processual e estrutural. Posteriormente detalha-se os materiais e métodos utilizados para compor esta pesquisa.

Os resultados e a discussão desta pesquisa foram apresentados em forma de três manuscritos, construídos a partir dos termos de evocação utilizados como uma das formas de coleta de dados, a Técnica de Evocação Livre de Palavras (TALP), seguido da compreensão advinda da análise de dados do *corpus* de análise composto pelas entrevistas semiestruturadas. A análise interpretativa realizada nestes manuscritos alicerçou-se no que é proposto pela Teoria das Representações sociais, e se deu após a geração dos resultados apresentados pelo modelo AnCo-REDES, configurando-se, assim, em uma triangulação de dados.

Por fim, apresenta-se uma síntese do trabalho por meio das considerações finais da tese, evidenciando os principais aspectos apresentados e discutidos neste trabalho.

É importante salientar que o desejo e a proposta inicial desta pesquisa se configurava em compreender de forma mais ampla e aprofundada o funcionamento

das redes de serviços de saúde ofertados pelo SUS ao público materno e infantil, com enfoque no funcionamento do programa Rede Cegonha – uma Rede Temática de Atenção à Saúde – nas cidades de Cuiabá e Várzea Grande (região metropolitana de Cuiabá) – estes municípios configuram uma conurbação geográfica e partilham diversos serviços em saúde por fazerem parte da mesma região em saúde -, coletando dados nos diversos níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), porém, a Pandemia do SARS-CoV-2 nos impossibilitou de realizarmos este desejo, tendo sido necessária, portanto uma grande readequação da proposta inicial.

A readequação nos levou a coletarmos apenas em um local, o Hospital Universitário Júlio Muller, vinculado à Universidade Federal do Mato Grosso. Neste Hospital há profissionais de carreira da UFMT e profissionais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e todos trabalham em conjunto, constituindo as mesmas equipes de saúde e prestando os mesmos serviços, tendo como público-alvo mulheres em situação de gravidez de risco.

Esta readequação, apesar de ter minado um desejo grande da pesquisadora principal de obter uma compreensão mais ampliada dos serviços de saúde ofertados em uma Capital da federação, nos proporcionou um aprofundamento em um campo de coleta que não seria possível por meio da proposta inicial.

Além disto, ressalta-se que a presente pesquisa se constitui em uma continuação dos trabalhos principiados por mim no ano de 2015, quando dei início ao curso de Mestrado em enfermagem e saúde nesta mesma instituição, coletando dados no município de Jequié, Bahia, no Hospital Maternidade Santa Casa de Misericórdia São Judas Tadeu.

SANTANA, Maria Lydia Aroz D’Almeida. **Representações sociais de gestores e equipes de saúde acerca do programa Rede Cegonha**. 2022. Tese (Doutorado). 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. A presente pesquisa teve como objetivo geral Analisar as representações sociais de gestores e equipes de saúde de unidades de saúde que prestam atendimento à mulher e ao recém-nascido/criança, acerca do Programa Rede Cegonha e objetivos específicos: Compreender a estrutura das Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca do Programa Rede Cegonha; Avaliar os conteúdos representacionais sobre o Programa Rede Cegonha a partir de equipes de saúde e dos gestores das unidades de saúde que seguem as suas diretrizes; Discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional de gestores e equipes de saúde participantes da pesquisa e Apreender as Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca das Boas Práticas em saúde na perspectiva do Programa Rede Cegonha. Trata de uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quantitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abordagens estrutural e processual, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, da Universidade Federal do Mato Grosso, sob parecer de Nº: 4.185.977. As participantes da pesquisa foram 21 profissionais, de um total de 74 que se encaixavam nos critérios de inclusão (dentre estas, profissionais das equipes de saúde e gestores de saúde). O local de estudo foi o Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), na cidade de Cuiabá, Mato Grosso. Os dados foram coletados através de um formulário contendo perguntas gerais sobre a formação e atuação das participantes; da Técnica de Associação Livre de Palavras utilizando-se como termos indutores “Rede Cegonha”; “Prática Profissional” e “Boas Práticas”, e de uma entrevista semiestruturada, ocorrendo no período de agosto a novembro de 2020. Realizou-se análise cognitiva por meio da geração de rede semântica através da aplicação do modelo AnCo-REDES. Os resultados evidenciaram estruturas representacionais contendo como núcleo central das representações os termos *Acolhimento*, referente ao termo indutor Rede Cegonha; *Conhecimento e Equipe Multidisciplinar* referente ao termo indutor “Prática Profissional” e *Cuidado* referente ao termo indutor “Boas Práticas”. Percebe-se que as representações sociais das equipes de saúde e gestores em 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:** Serviços de saúde Materno-Infantil. Equipe de assistência ao paciente. Gestão em saúde. Teoria das Representações Sociais. Rede Cegonha.

SANTANA, Maria Lydia Aroz D’Almeida. **Representações sociais de gestores e equipes de saúde acerca do programa Rede Cegonha**. 2022. Tese (Doutorado). 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 program was created in 2011 with the intention of changing 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 the humanization of care and the adoption of good practices in childbirth and birth care, aiming at improvements in the practices of this sector. The present research had as general objective To analyze the social representations of managers and health teams of health units that provide care to women and newborns/children, about the Rede Cegonha Program and specific objectives: To understand the structure of the Social Representations of managers and health teams about the Rede Cegonha Program; Evaluate the representational content about the Rede Cegonha Program from health teams and health unit managers who follow its guidelines; Discuss the Rede Cegonha program based on the professional practice of managers and health teams participating in the research and Apprehend the Social Representations of managers and health teams about Good Health Practices from the perspective of the Rede Cegonha Program. It is a descriptive-exploratory research of a quanti-qualitative nature, based on the Theory of Social Representations, structural and procedural approaches, having been approved by the Research Ethics Committee of the Júlio Muller University Hospital, Federal University of Mato Grosso, under the opinion of No.: 4,185,977. The research participants were 21 professionals, out of a total of 74 who fit the inclusion criteria (among them, professionals from health teams and health managers). The study site was the Júlio Müller University Hospital (HUJM), in the city of Cuiabá, Mato Grosso. Data were collected through a form containing general questions about the training and performance of the participants; the Free Word Association Technique using “Stork Network” as inducing terms; “Professional Practice” and “Best Practices”, and a semi-structured interview, taking place from August to November 2020. Cognitive analysis was carried out through the generation of a semantic network through the application of the AnCo-REDES model. The results represent representational structures containing as the central core of representations the terms Acolhimento, referring to the inducing term Rede Cegonha; Knowledge and Multidisciplinary Team referring to the inducing term “Professional Practice” and Care referring to the inducing term “Good Practices”. It is noticed that the social representations of health teams and health managers point to changes in paradigms regarding the health care of women and neonates/children, corroborating the proposal of the Rede Cegonha Program for good practices in childbirth care and birth.

**Key-Words:** Maternal and Child Health Services. Patient care team. Health management. Theory of Social Representations. Stork Network.

## LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

<b>Quadro 1</b>	Caracterização das participantes da pesquisa	<b>Pág. 46</b>
<b>Figura 1</b>	As esferas de pertença das representações sociais.	<b>Pág. 40</b>
<b>Figura 2</b>	Organograma principal de Gestão do HJUM	<b>Pág. 43</b>
<b>Figura 3</b>	Organograma de Gerência de Atenção da Saúde do HJUM	<b>Pág. 44</b>

### MANUSCRITO 1:

<b>Figura 1</b>	Medidas utilizadas para identificação dos elementos que compõem a estrutura de uma representação Social.	<b>Pág. 53</b>
<b>Figura 2</b>	Rede semântica de palavras evocadas, com destaque para o termo que emerge da rede como Núcleo Central das representações analisadas: “Acolhimento” e Elementos de 1ª periferia “Mulher”, “Gestante” e “Recém-nascido”.	<b>Pág. 62</b>
<b>Tabela 1</b>	Classificação dos elementos que compõem a estrutura das representações sociais sobre <i>rede cegonha</i> na rede de palavras evocadas, com os índices de <i>Cg</i> , <i>Ec</i> e <i>Ci</i> obtidos para cada elemento.	<b>Pág. 62</b>
<b>Figura 3</b>	Rede ego centrada “Acolhimento”.	<b>Pág. 64</b>

<b>Figura 4</b>	Rede ego centrada “Gestante”.	<b>Pág. 65</b>
<b>Figura 5</b>	Rede ego centrada “Mulher”.	<b>Pág. 66</b>
<b>Figura 6</b>	Rede ego centrada “Recém-nascido”.	<b>Pág. 67</b>
<b>Figura 7</b>	Sub-rede do GS15 “Programa Rede Cegonha, desafios práticos e gerenciais” / Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS15.	<b>Pág. 68</b>

## MANUSCRITO 2

<b>Figura 1</b>	Medidas utilizadas para identificação dos elementos que compõem a estrutura de uma representação Social.	<b>Pág. 82</b>
<b>Figura 2</b>	Rede semântica de palavras evocadas para “prática profissional.	<b>Pág. 83</b>
<b>Tabela 1</b>	Classificação dos elementos que compõem a estrutura das representações sociais sobre <i>prática profissional</i> na rede de palavras evocadas, com os índices de <i>Cg</i> e <i>Ec</i> obtidos para cada elemento	<b>Pág. 86</b>
<b>Figura 3a</b>	Rede Ego Centrada de Conhecimento.	<b>Pág. 88</b>
<b>Figura 3b</b>	Grupo de sentido GS1, produto das evocações livres.	<b>Pág. 88</b>

<b>Figura 4</b>	Sub-rede do GS11 “O cuidado do paciente pautado na humanização e no acolhimento da família” / Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS11.	<b>Pág. 93</b>
-----------------	---	----------------

### MANUSCRITO 3

<b>Figura 1</b>	Medidas utilizadas para identificação dos elementos que compõem a estrutura de uma representação Social.	<b>Pág. 105</b>
<b>Figura 2</b>	Rede semântica de palavras evocadas para <i>boas práticas</i> .	<b>Pág. 107</b>
<b>Tabela 1</b>	Classificação dos elementos que compõem a estrutura das representações sociais sobre <i>boas práticas</i> .na rede de palavras evocadas, com os índices de <i>Cg</i> e <i>Ec</i> obtidos para cada elemento	<b>Pág. 108</b>
<b>Figura 3</b>	Rede-ego “Cuidado”.	<b>Pág. 110</b>
<b>Figura 4</b>	Grupo de sentido GS06	<b>Pág. 114</b>
<b>Figura 5</b>	Sub-rede do GS12, denominada “Assistência hospitalar à gestante de alto risco pautada na qualificação, atualização e organização interna e da rede de atenção à saúde” / Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS12.	<b>Pág. 115</b>

## 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
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascido
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCinco	Unidade de Cuidados Intermediários Convencional e Canguru



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	20
1. OBJETIVOS .....	23
1.1. Geral.....	23
1.2. Específicos.....	23
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	24
2.1. Direitos sexuais, reprodutivos e Planejamento familiar.....	24
2.2. Histórico das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança.....	25
2.3. Morte materna, neonatal e infantil e o panorama atual do Brasil .....	27
2.4. O Programa Rede Cegonha .....	29
2.5. Equipes de Saúde .....	31
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	34
3.1. Teoria das Representações Sociais .....	34
3.2. Teoria do Núcleo Central .....	37
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	41
4.1. Caracterização da Pesquisa .....	41
4.2. Cenário da Pesquisa.....	41
4.3. Caracterização dos participantes da pesquisa .....	45
4.4. Instrumentos para coleta de dados.....	47
4.4.1. Formulário .....	47
4.4.2. Teste de Associação Livre de Palavras .....	48
4.4.3. Entrevista Semiestruturada.....	49
4.5. Procedimentos para análise dos dados.....	50
4.5.1. Modelo AnCo-REDES.....	50
4.6. Aspectos éticos da pesquisa .....	51
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	122
7. REFERÊNCIAS .....	124
8. APÊNDICE A .....	134
9. APÊNDICE B .....	138
10. APÊNDICE C .....	140
11. ANEXO A.....	143
12. ANEXO B.....	145

## 1. INTRODUÇÃO

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 CIT e fortalecida pelos Pactos de Gestão e em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS. Também em 2006, a Organização das 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 de 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).

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 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”. Isso aponta para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, na qual a incorporação tecnológica seja balizada pela necessidade das mulheres e das crianças, baseada em evidências científicas (BRASIL, 2001). Há também a necessidade de superação da violência obstétrica, que é definida como a violência vivida no momento da gestação, parto, nascimento e pós-parto, evidenciada, entre outros, pela violência física, psicológica, verbal, simbólica e sexual, assim como pela negligência na assistência e discriminação (MUNIZ e BARBOSA, 2012).

A organização desta Rede de Cuidados intenta assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e humanizado, acesso a cuidados mínimos necessários ao seu pleno desenvolvimento, e quando necessário, acesso à cuidados intensivos, preservando e reestabelecendo a sua saúde.

Por se tratar de um programa de saúde que possui dados que demonstram efeito positivo sob aspectos relevantes da saúde pública nacional, as mortalidades materna e infantil, faz-se necessário pesquisar acerca dos grupos sociais que compõe a efetivação prática deste programa, os/as profissionais da saúde e aqueles responsáveis pela sua implementação e administração, os gestores de unidades de saúde hospitalares.

É perceptível a necessidade em se dialogar a respeito desta temática, haja vista se tratar de um Programa de Saúde Nacional, com cunho essencialmente relacionado ao aspecto organizativo e gerencial das práticas de cuidados em saúde, envolvendo todos os âmbitos relacionados a organização das Redes de Atenção à Saúde, que neste caso em específico, se trata de uma Rede temática de Atenção à Saúde, a RedeCegonha, que surgiu com intuito de minar problemas clássicos relacionados à saúde da mulher e da criança, incluindo, e a exemplo, a violência obstétrica.

Neste cenário verifica-se a defesa dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e as diferenças regionais; a promoção da equidade;

o enfoque de gênero e a participação e a mobilização social. Interessante ressaltar que todos estes aspectos estão garantidos constitucionalmente, reflexo das lutas incessantes que culminaram com a Reforma Sanitária Brasileira, levando à criação do Sistema Único de Saúde, garantindo assim, acesso Universal a todos cidadãos brasileiros, incluindo as mulheres, em todas as suas dimensões de saúde, e as crianças, o que justifica a presente pesquisa.

Sendo assim, partimos do seguinte pressuposto teórico para iniciarmos esta pesquisa: As representações sociais dos profissionais de saúde e gestores da saúde a respeito do Programa Rede Cegonha apresentam um saber simbólico vinculado à humanização da assistência e à redução da morbimortalidade materno-infantil.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. Geral**

Analisar as representações sociais de gestores e equipes de saúde de unidades de saúde que prestam atendimento à mulher e ao recém-nascido/criança, acerca do Programa Rede Cegonha.

### **1.2. Específicos**

Compreender a estrutura das Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca do Programa Rede Cegonha;

Avaliar os conteúdos representacionais sobre o Programa Rede Cegonha a partir de equipes de saúde e dos gestores das unidades de saúde que seguem as suas diretrizes;

Discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional de gestores e equipes de saúde participantes da pesquisa;

Apreender as Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca das Boas Práticas em saúde na perspectiva do Programa Rede Cegonha.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. Direitos sexuais, reprodutivos e Planejamento familiar**

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais os direitos reprodutivos relacionam-se ao direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2009).

Os Direitos Humanos são direitos fundamentais da pessoa humana. Esses direitos são considerados fundamentais porque, sem eles, a pessoa não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida. O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, o direito ao afeto e à livre expressão da sexualidade estão entre os Direitos Humanos fundamentais. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos. Cada cidadão deve ter garantido todos os Direitos Humanos, nenhum deve ser esquecido. Respeitar os Direitos Humanos é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças (BRASIL, 2009).

O Planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha. O planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Não pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos. O planejamento familiar é um direito das pessoas assegurado na

Constituição Federal e na Lei n° 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar, e deve ser garantido pelo governo (BRASIL, 2009).

## **2.2. Histórico das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança**

As políticas públicas de saúde materna e infantil evoluíram no país ao longo da sua história, tendo início nos anos 30, período em que o papel social da mulher se limitava ao aspecto reprodutivo e à responsabilidade de cuidar do lar e da família.

As ações voltadas à saúde das crianças no Brasil remontam ao início do século XX, mas têm como primeiro marco a organização, em 1973, do Programa Nacional de Imunização – PNI, que teve mais tarde grande impacto sobre a saúde infantil (SERRUYA, 2004). 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).

Ao situar o planejamento familiar como direito de cidadania e à saúde, antecipou em uma década as formulações de direitos sexuais e reprodutivos pactuadas nas conferências do Cairo e Beijing. Em 1985, foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC e o movimento iniciado pelo PAISM foi decisivo para que, em 1990, a Saúde da Mulher se constituísse em uma coordenação separada. Nesse mesmo ano, o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento teve como objetivo central instituir procedimentos adequados para a atenção ao parto e nascimento e incluir um trabalho com as Parteiras Tradicionais.

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).

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).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM foi elaborada em 2004, a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher. A PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher - PAISM, elaborado, em 1983, no contexto da redemocratização do país/ Conferência de Alma-Ata (1978) e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista (BRASIL, 2004a).

A PNAISM foi constituída com a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde. Incorporou também contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, de pesquisadores e estudiosos da área, de



organizações não-governamentais, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional. Ao final, a PNAISM foi submetida à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e à Comissão de Saúde da Mulher (CISMU) desse Conselho. Trata-se, portanto, de um documento legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

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, 2011a).

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, 2011a; BRASIL, 2011b).

### **2.3. Morte materna, neonatal e infantil e o panorama atual do Brasil**

O Brasil obteve grandes avanços nas políticas voltadas para a saúde infantil nas últimas décadas, que se refletiram na redução da mortalidade infantil e no alcance do quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – reduzir a mortalidade infantil - antes do prazo esperado (uma redução de 73%, acima dos 2/3 estabelecidos). A Taxa de Mortalidade Infantil passou de pouco abaixo de 50 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 1990 para pouco menos de 20 óbitos por 1.000 NV em 2015, sendo estimada em 12,8 por 1.000 NV em 2017 (BRASIL, 2018).

Em relação à saúde materna, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) caiu de 143,2 mortes por 100 mil NV em 1990 para 62 mortes por 100 mil NV em 2015, não atingindo o que foi proposto pelos ODM, assumindo-se, assim, um novo compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (BRASIL, 2018).

A morte materna no Brasil é complexa. Há expressivas diferenças regionais quanto aos seus determinantes sociais e às estratégias para sua redução. Fazem parte desta realidade os desafios de superação das barreiras institucionais, sociais e culturais na atenção ao parto e nascimento baseados em evidências científicas e a garantia de direitos das mulheres. parte desta realidade os desafios de superação das barreiras institucionais, sociais e culturais na atenção ao parto e nascimento baseados em evidências científicas e a garantia de direitos das mulheres (SILVA, 2021).

No contexto dos ODS, a meta nacional definida para o Brasil contempla a redução da RMM para no máximo 30 mortes por 100 mil NV até 2030. Entretanto, as estimativas para 2019 estão em 57,9 mortes por 100 mil NV2, sendo que aproximadamente 92% das mortes maternas são consideradas evitáveis, portanto, mesmo com a redução de mais de 50% dos óbitos maternos, o Brasil ainda está longe de alcançar a meta pactuada nos ODS (UNICEF/ REHUNA, 2021).

Avanços importantes ocorreram na consolidação de políticas públicas, como o estabelecimento da Rede Cegonha, com o objetivo de garantir o acesso, o acolhimento e a qualidade na atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento. Entretanto, ainda há muito a ser feito para a garantia dos direitos da mulher e da criança, principalmente no que se refere à atenção humanizada e à qualidade do pré-natal, do parto e do nascimento (UNICEF/ REHUNA, 2021).

Embora existam inúmeros protocolos e iniciativas para a promoção da humanização do parto, muitas condutas, atitudes e práticas inadequadas ainda são observadas na assistência obstétrica e neonatal. Considerando o expressivo aumento da cobertura da assistência pré-natal, ainda são necessárias melhorias na sua qualidade tendo em vista o aumento sustentado dos casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita, eventos sentinela da qualidade da assistência pré-natal (LEAL, 2018; UNICEF/ REHUNA, 2021).

No Brasil, um dos fatores que dificulta a redução da mortalidade materna é o elevado número de partos cesáreos eletivos e/ou sem indicação com base em evidências científicas, tornando-se um desafio inclusive para a saúde pública,

provocando riscos desnecessários à mulher e à criança, além de custos adicionais para o sistema de saúde. O País é o segundo do mundo com as maiores taxas de cesárea e intervenções excessivas em mulheres e bebês, privando-os dos benefícios do trabalho de parto e aumentando os riscos de prematuridade, morte materna e óbito neonatal, e os efeitos de curto e longo prazo para a mãe e o bebê (UNICEF/ REHUNA, 2021).

#### **2.4. 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, 2011a).

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).

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), “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.

## **2.5. 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, 2011a).

O conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’ (PEDUZZI, 2003; NOGUEIRA, 2004; ANTUNES, 2005).

O trabalho constitui o processo de mediação entre homem e natureza, visto que o homem faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios. Todo trabalho produz algo que tem utilidade e pode ser trocado por outros produtos necessários. (PEDUZZI, 2003).

Assim, na atualidade, o conceito ‘processo de trabalho em saúde’ é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o

campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho (PEDUZZI, 2003; NOGUEIRA, 2004; ANTUNES, 2005).

## **2.6. Gestão em saúde**

A gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no comando do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (CECÍLIO, 2009).

As críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. No que tange a rede hospitalar brasileira, tem-se o diagnóstico da “existência de inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial” e que estão longe de atender ao exigido para oferecer ‘uma assistência resolutiva, adequada e otimizada’, “no que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe” (BRASIL, 2004b).

Das instituições contemporâneas, o hospital é percebido como um dos mais impermeáveis à mudança, devido ao baixo grau de interação entre as profissões e departamentos, fragmentação da prática clínica, grande subordinação dos usuários aos serviços e pouco governo dos gestores para atuar sobre as corporações. “O hospital poderia ser considerado a Esfinge das teorias gerenciais modernas, já que, até o

momento, não foi devidamente desvendada sua lógica de reprodução e apontados caminhos alternativos para uma reformulação desta tradição” (CAMPOS, 2009).

Em relação às estratégias de gestão e a implantação do programa rede cegonha em território nacional, uma das questões centrais para o processo de implantação da RC foi a necessidade de organizá-la no contexto da regionalização da atenção à saúde do princípio da cogestão. Desde o início, o processo de implantação buscou estimular a criação de grupos condutores regionais e fomentar o desenvolvimento das etapas de análise diagnóstica, planejamento, implantação e avaliação da rede de forma partilhada entre o coletivo de trabalhadores dos diferentes pontos de atenção e gestores de cada região de saúde (FIGUEIRÓ, 2012, BRASIL, 2007).

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1. Teoria das Representações Sociais**

O aporte teórico desta Tese embasou-se na Teoria das Representações Sociais (TRS), descrita e desenvolvida pelo psicólogo social francês Serge Moscovici na década de 1960. Para dar início aos seus estudos, Moscovici apoiou-se no conceito de representações coletivas do psicólogo social, filósofo e sociólogo francês Emile Durkheim.

Para Durkheim, as representações coletivas traduzem a maneira como o grupo pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não dos indivíduos. Empiricamente as representações podem representar qualquer coisa, ou seja, qualquer objeto pode ser mentalmente representado e as representações são funções mentais. Representando, o mundo se torna vivo (OLIVEIRA, M. 2012).

Socialmente, as representações coletivas configuram o que os homens pensam sobre si mesmos e sobre a realidade que os cerca e é, assim, uma forma de conhecimento socialmente produzida. São resultado de esforço coletivo, assim, elas



emancipam-se das representações individuais, pautam novas ações e demonstram a existência da sociedade. Por serem coletivas, podem ser simplesmente reduzidas aos indivíduos. As representações relacionam-se às práticas sociais, às quais se ligam. Portanto, o conceito de representações coletivas é ao mesmo tempo forma de conhecimento e guia para as ações sociais, justamente os sentidos mais desenvolvidos por toda a corrente da Psicologia Social desenvolvida e liderada por Serge Moscovici (OLIVEIRA, M. 2012).

Uma Representação Social é compreendida 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 relacionam-se a um conjunto de fenômenos e, também, ao conceito que os envolve e à teoria elaborada para explicá-los.

Serge Moscovici a torna pública através da consagrada obra *La Psicanalyse, Son image et son public* (1961, 1976), acerca 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 dos conceitos obrigatórios da pesquisa proporcionado pela grande teoria é o princípio de tornar o não-familiar em familiar, pelo qual se explica a formação das representações, em que, para Moscovici (1961), o ato de familiarização se dá no intuito de que ninguém ache nada novo ao se utilizar de modelos cognitivamente construídos anteriormente, assim, ele diz: “A familiaridade constitui ao mesmo tempo um estado das relações no grupo e uma norma de julgamento de tudo o que acontece”.

É necessário salientar que há um importante destaque metodológico e de definição do objeto de pesquisa em representação, o de se 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 que é 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. O universo científico ou reificado é aquele que se estabelece no espaço científico, com 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, que questiona a superioridade 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 (grupal), posicionando-se em relação a outros grupos e função de justificação: permitem que possamos explicar e justificar opiniões e comportamentos (ALMEIDA, 2005).

Moscovici sistematiza também três dimensões basilares presentes nas representações sociais, permitindo o que ele denominou de *análise dimensional* (1978, p. 71): a informação (conceito), o campo de representação (imagem) e a atitude.

A informação corresponde à organização de conhecimento de um determinado grupo acerca de um objeto social, variando de acordo com a quantidade e a qualidade desse conhecimento (GRACIA, 1988). O campo de representação remete-nos à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições relativas a um aspecto preciso do objeto das representações (MOSCOVICI, 1978, p. 69), refere-se à organização dos elementos já estruturados na representação.

Já a atitude é a mais frequente das três dimensões e se refere à orientação de comportamento que se tem acerca do objeto da representação social, sendo ela que dinamiza e orienta decisivamente as condutas relacionadas ao objeto representado, provocando um conjunto de reações emocionais e afetando as pessoas com maior ou menor intensidade (GRACIA, 1988).

Além dessas três dimensões, as representações sociais possuem, ainda segundo Moscovici, uma estrutura de natureza dupla, conceitual e figurativa, uma vez que ela faz compreender a toda figura um sentido e a todo sentido uma figura, o que torna o conceito e a percepção de certo modo intercambiáveis (MOSCOVICI, 1978). O processo que transforma um objeto abstrato, de natureza conceitual, portanto, em algo imagético (figurativo) é denominado objetivação, e aquele que converte uma figura em um sentido recebe o nome de ancoragem. Ambos, objetivação e ancoragem, são mecanismos concomitantes, que formam e mantêm em funcionamento as representações sociais, sendo por meio deles que o discurso científico acaba sendo apropriado pelo sujeito (PÁEZ, 1987; VALA, 2000).

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. Estes 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”.

### **3.2. Teoria do Núcleo Central**

A Teoria do Núcleo Central, que deu origem à abordagem estrutural das representações sociais, 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”.

A ideia de núcleo central de uma representação social foi proposta, segundo Abric (1994), sob a inspiração de ideias anteriores de F. Heider e de S. Asch, no âmbito da Psicologia Social Norte-Americana, quanto à organização centralizada dos fenômenos de atribuição e de formação de impressões. Uma fonte mais próxima é a própria grande teoria de Moscovici, à constituição de um núcleo figurativo, ou seja, uma reorganização imagética de elementos cognitivos privilegiados. Esses elementos, descontextualizados em relação à estrutura original do objeto representado e a suas condições conjunturais, assumiriam abundante autonomia na moldagem do conhecimento sobre tal objeto e tudo relacionado a ele.

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, 1994).

### **3.3. Abordagem Processual das Representações Sociais**

Esta é uma abordagem que se encontra hoje no centro de um debate interdisciplinar, na medida em que se tenta nomear, fazer relações entre as construções

simbólicas e a realidade social. As representações sociais dirigem seu olhar epistêmico para entender como esta realidade constrói a leitura dos símbolos presentes no nosso cotidiano (OLIVEIRA, ORNELLAS, 2014).

Pode-se dizer que a representação social, ao estudar o sujeito em processo de interação com outros sujeitos, expressa uma espécie de saber prático de como os sujeitos sentem, assimilam, aprendem e interpretam o mundo, inseridos no seu cotidiano, sendo produzidos coletivamente na prática da sociedade e no decorrer da comunicação entre os sujeitos.

Neste sentido, Jodelet (2001, p. 41) aprofunda: “As representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas intervirão”. É possível pontuar-se que esse conhecimento tem uma base cognitiva e afetiva, podendo-se também afirmar que as representações sociais não são saberes articulados apenas ao cognitivo, mas que se tecem, de forma dinâmica, em um processo histórico que envolve tanto a racionalidade quanto a afetividade.

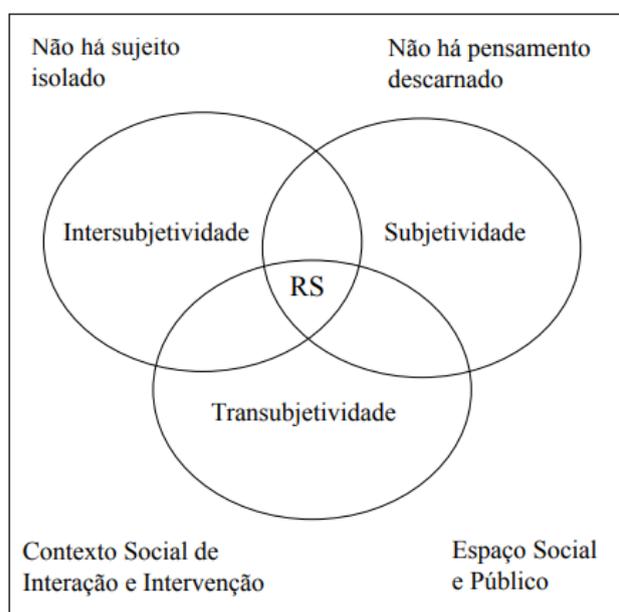
Em síntese, uma representação social elabora-se de acordo com esses dois processos. A objetivação consiste numa operação estruturante pela qual se dá uma forma específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto o conceito abstrato. Portanto, para Moscovici (1978), objetivar é reproduzir um conceito em uma imagem.

Para Jodelet (2001), a ancoragem é a integração cognitiva do objetorepresentado em um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas em tal processo. A referida autora ainda acrescenta que a ancoragem acumula três funções básicas da representação: cognitiva ou de interpretação da realidade, orientação das condutas e das relações sociais. Nesta lógica, os processos de objetivação e ancoragem permitem escutar como o sujeito se posiciona sobre determinado objeto.

A análise desses processos constitui a contribuição mais significativa e original do trabalho de Moscovici (1978), uma vez que permite compreender como o funcionamento do sistema cognitivo interfere no social e como o social interfere na elaboração cognitiva.

Ao analisar as representações sociais produzidas pelos indivíduos e grupos localizados em espaços concretos da vida, Jodelet (2009) procurou ultrapassar o estágio da simples descrição de estados representacionais, propondo um quadro analítico que nos permite situar o estudo das representações sociais no jogo da subjetividade, delimitando as três esferas ou universos de pertença das representações e definindo as respectivas modalidades das ações transformadoras, em cada uma dessas esferas apresentas no esquema a seguir

Figura 1: As esferas de pertença das representações sociais.



Fonte: JODELET, 2009, p. 687.

A interação entre as esferas de pertença das representações sociais mostra a materialidade do sujeito, situado num espaço social e público onde sofre intervenções, ao tempo em que interage com o meio. Portanto, falar de sujeito no campo das representações sociais é discorrer sobre pensamento e suas implicações, tornando

concretas as representações reveladas nos atos, palavras, trocas, parcerias e conflitos das subjetividades historicamente constituídas.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1. Caracterização da Pesquisa**

Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quanti-qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abordagens estrutural e processual (ABRIC, 2003a, 2003b, PIANELLI 2010, SÁ, 1996; 1998, JODELET, 2001), conforme discutido anteriormente, no tópico Referencial Teórico.

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”.

### **4.2. Cenário da Pesquisa**

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), na cidade de Cuiabá, Mato Grosso, tido como referência no estado no atendimento a mulheres gestantes de alto risco, em que o Programa Rede Cegonha foi iniciado no ano de 2012, mediante o Convênio Assistencial nº 05/2012. A administração trabalha com o atendimento à gestante, puérpera e ao recém-nascido.

O HUJM foi fundado no ano de 1984 e é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (*Ebserh*) desde 12 de novembro de 2013. O HUJM é o único hospital público federal de Mato Grosso. Já que a Capital não possui um hospital

estadual, toda a demanda da saúde pública na Baixada Cuiabana, que abrange 14 municípios (Sistema de Informações Territoriais do Ministério do Desenvolvimento Agrário — SIT/MDA), é dividida com o Hospital Municipal e Pronto Socorro de Cuiabá.

A criação da *Ebserh* foi autorizada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. Dada a sua finalidade, é uma empresa estatal 100% dependente da União e cumpre o seu dever de prestar serviços de assistência à saúde de forma integral e exclusivamente inseridos no âmbito do SUS, observando a autonomia universitária (EBSERH, 2021).

Em relação à infraestrutura, o HUJM oferece atendimento em 32 especialidades médicas na Atenção Especializada como urologia, dermatologia e cardiopediatria. O HU também realiza atendimento multiprofissional em 09 áreas, dentre elas, assistência social, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia. Possui 30 leitos de clínica médica (04 semi-intensivo adulto); 14 leitos de clínica pediátrica; 24 de clínica cirúrgica; 19 de clínica obstétrica e 05 de clínica ginecológica. Em relação a leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), possui 08 leitos em UTI adulto; 10 em UTI Neonatal; 05 em Unidade de Cuidados Intermediários Convencional e Canguru (UCinco); 03 de leitos de pré-parto, parto e Puerpério (PPP) e 06 salas de centro cirúrgico.

No período da pandemia do SARS-CoV-2 foram abertos 08 leitos de UTI- Covid em caráter emergencial, porém, nenhum profissional com vínculo empregatício temporário fez parte do escopo da pesquisa, devido a necessidade de, em pesquisa de representações sociais, os participantes partilharem saberes em seus grupos de



pertença e os profissionais em questão eram recém-contratados e possuíam prazo de dois anos para findar a contratualização.

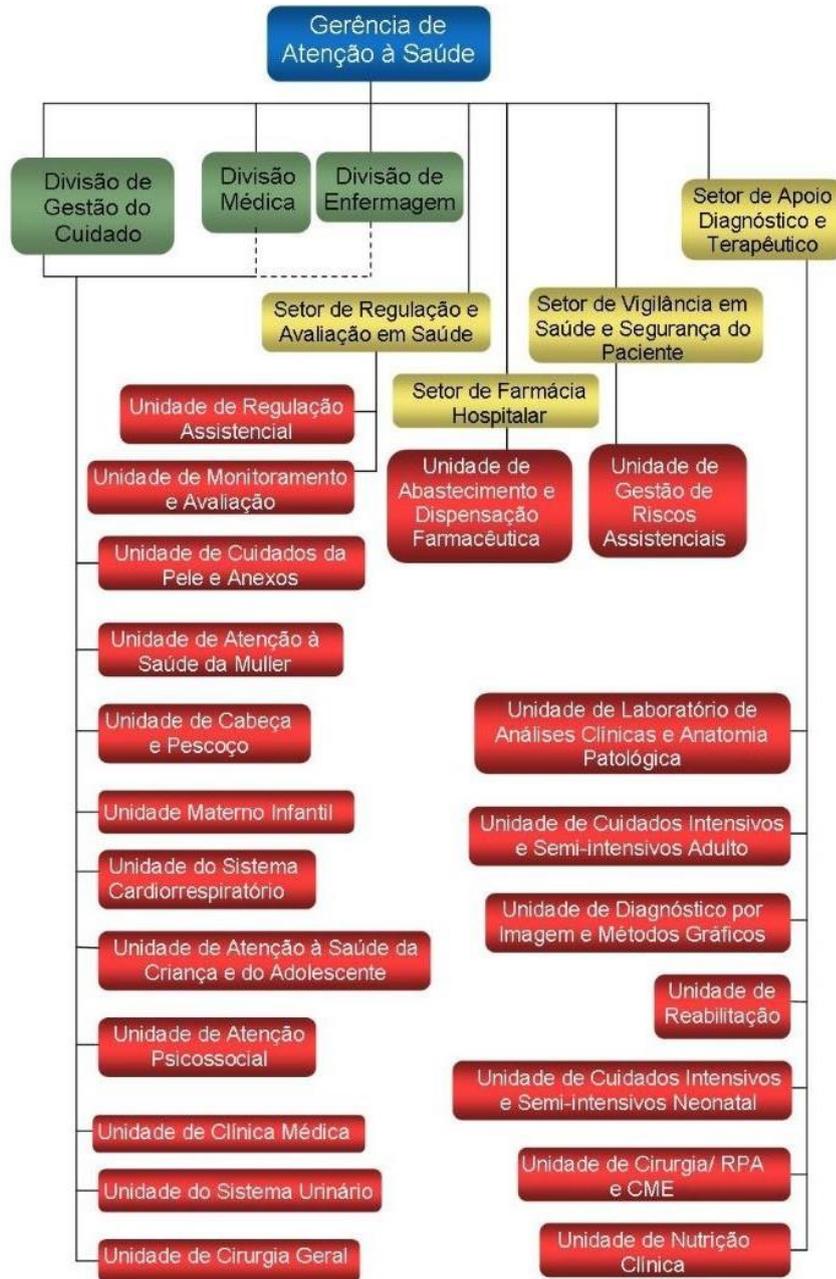
Abaixo seguem dois organogramas a respeito da disposição interna de gestão do HUJM, disponível no site oficial da instituição. Na presente pesquisa foram entrevistadas 4 gerentes do âmbito da Gerência de atenção à Saúde.

Figura 2: Organograma principal de Gestão do HUJM



Fonte: EBSEH, 2021.

Figura 3: Organograma de Gerência de Atenção da Saúde do HUIJM



Fonte: EBSERH, 2021.

O hospital acolhe estudantes de graduação e da pós-graduação nos níveis de especialização e mestrado, de instituições privadas e pública (Universidade Federal do Mato Grosso).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2020, de segunda a sexta-feira, conforme permissão concedida pelos gestores. Inicialmente havia a permissão da coleta de forma presencial, mas com o avanço da pandemia não foi possível dar continuidade à coleta de dados in loco, tendo que ser necessária a adequação para ser realizada de forma remota por meio de reuniões na plataforma *Google meet*. Entrávamos em contato com o participante, ele assinava o TCLE impresso e apenas após esta assinatura fazíamos a entrevista de forma remota.

### **4.3. Caracterização dos participantes da pesquisa**

As participantes deste estudo foram profissionais de saúde e gestoras 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 do HUIJM e ser gestor dessas áreas correspondentes e que atuassem diretamente com o público-alvo (gestantes; puérperas; recém-nascidos), além disso, deveriam 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), do serviço laboratorial, da enfermaria adulto e da Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

A pesquisa foi constituída por 21 participantes, de um total de 74 profissionais (dentre estes profissionais das equipes e gestores de saúde) que se encaixavam nos critérios de inclusão, porém, não nos foi apresentada uma lista contendo os profissionais que gozavam de férias ou que estavam afastados do trabalho por quaisquer motivos. Participaram 5 Técnicas de Enfermagem, 8 Enfermeiras, 5 Fisioterapeutas, 2 Médicas e 1 Fonoaudióloga, todas mulheres. Os demais profissionais se recusaram a participar; desistiram ou não trabalhavam nos dias e turnos disponibilizados para a coleta de dados (manhã e tarde). 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, Cuiabá, 2021.

Participante	Sexo	Idade	Profissão/especialidade	Atuou na área antes da RC?	Tempo no hospital	Público que atende	Ala do hospital (atualmente)
1	F	36	Enfermeira / Enf. do trabalho; Saúde Coletiva	Sim. Em outra cidade, Campo Grande.	3 anos	Recém-nascido	UTI neonatal
2	F	42	Técnica de Enfermagem / Mestrado em Saúde Coletiva (é enfermeira também).	Não	3 anos	Recém-nascido	UTI neonatal
3	F	36	Enfermeira / Auditoria em Saúde Pública	Não.	5 anos	Recém-nascido	UTI neonatal
4	F	26	Técnica de Enfermagem	Não	5 anos	Recém-nascido	UTI neonatal
5	F	32	Fisioterapeuta	Não	3 anos	Adulto (Homem, Mulher), criança e recém-nascido	Enfermaria/UTI adulto/UTI neonatal/Pediatria
6	F	46	Fonoaudióloga / Neonatologia	Não	6 anos	Recém-nascido / criança	UTI neonatal/ pediatria/ alojamento conjunto
7	F	41	Médica / Ginecologia e Obstetrícia; Medicina Fetal.	Sim	4 anos	Mulher	Ginecologia e Obstetrícia (GO)
8	F	38	Médica / Ginecologia e Obstetrícia	Sim	3 anos	Mulher	Ginecologia e Obstetrícia (GO)
9	F	36	Fisioterapeuta/ Terapia Intensiva; Pediatria e neonatologia	Sim	6 anos	Recém-nascido / criança	<b>Gestora do serviço de Fisioterapia</b>  UTI neonatal/ pediatria
10	F	40	Técnica de Enfermagem / Enfermagem	Sim	6 anos	Mulher	Ginecologia e Obstetrícia (GO)
11	F	32	Técnica de Enfermagem / Enfermagem	Não	5 anos e 8 meses	Mulher	Ginecologia e Obstetrícia (GO)
12	F	31	Enfermeira Generalista	Não	5 anos	Criança	Pediatria/ PA Infantil
13	F	43	Fisioterapeuta/ Fisiot. Hospitalar;	Sim	16 anos	Recém-nascido / criança	UTI neonatal/ pediatria/

			Mestrado em Ciências da Saúde.				
14	F	38	Enfermeira/ Neonatologia	Sim	6 anos	Recém-nascido	UTI neonatal
15	F	33	Fisioterapeuta/ Gerontologia	Sim	2 anos	Adulto (Homem, Mulher), criança e recém-nascido	Enfermaria/UTI adulto/UTI neonatal/Pediatria
16	F	44	Técnica de Enfermagem	Não	6 anos	Adulto (Homem, Mulher), criança	Pediatria/ Clínica Cirúrgica
17	F	37	Enfermeira/ Urgência e emergência; Enf. do Trabalho	Sim	5 anos na rede Ebserh (1 ano neste hospital)	Adulto (Homem, Mulher) recém-nascido	UTI neonatal/ UTI adulto
<b>18</b>	F	47	Enfermeira/ Enfermagem Obstétrica	Sim	6 anos (2 anos como coordenadora)	Mulher	<b>Gestora do setor de Ginecologia e Obstetrícia</b>  Ginecologia e Obstetrícia (GO)
19	F	41	Fisioterapeuta/ Fisioterapia Intensiva em neonatologia e pediatria	Não	5 anos	Recém-nascido/criança	UTI neonatal/ pediatria/
<b>20</b>	F	39 anos	Enfermeira/ Mestrado em Gestão Hospitalar	Sim	6 anos	Recém-nascido	<b>Gestora do setor de neonatologia</b> UTI neonatal
<b>21</b>	F	39 anos	Enfermeira/ Mestrado em Enfermagem; Especialização em Gestão hospitalar e Centro Cirúrgico.	Sim	12 anos	Recém-nascido/criança	<b>Gestora do Centro Cirúrgico</b>

Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.4. Instrumentos para coleta de dados

##### 4.4.1. Formulário

A coleta de dados inicial se deu através de um formulário projetado pelos pesquisadores, 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).

#### **4.4.2. 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 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 a 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 todas as 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 Tese utilizamos apenas os três 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 dele, seguindo, então, para a efetiva aplicação.

#### **4.4.3. Entrevista Semiestruturada**

A entrevista semiestruturada foi realizada com todas as participantes da pesquisa, logo após a aplicação do TALP, com gravação em áudio, sob permissão prévia de cada profissional e gestora.

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 e gestoras sobre o Programa Rede Cegonha, o âmbito da prática profissional e de gestão dos serviços sob a ótica do RC, 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 análises da presente pesquisa.

#### **4.5. Procedimentos para análise dos dados**

Como método de análise do material empírico advindo do TALP (evocações) e da entrevista semiestruturada (material verbal transcrito) foi utilizado o modelo de análise de dados em representações sociais denominado AnCo-REDES (LOPES, 2014, 2018), que possibilita a geração de redes semânticas das evocações dos participantes.

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.

##### **4.5.1. 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 ( $E_c$ ).

#### **4.6. 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. Também está de acordo com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que considera que a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes.

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 das participantes, deixando claro a possibilidade de desistência da participação na pesquisa a qualquer momento.

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUIJM, da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), sob parecer de Nº: 4.185.977.

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 a 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.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo estão apresentados, a seguir, no formato de manuscritos, divididos em três partes (manuscrito 1, manuscrito 2 e manuscrito 3), sendo intitulados: Manuscrito 1: Estrutura das representações sociais de gestores e equipes de saúde sobre o programa rede cegonha; Manuscrito 2: Representações sociais da prática profissional para gestores e equipes de saúde do programa rede cegonha; Manuscrito 3: Representações sociais das boas práticas em saúde para gestores e equipes de saúde do programa rede cegonha, de autoria de Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana, Claudia Ribeiro Santos Lopes, Alba Benemérita Alves Vilela e Cristina Setenta Andrade.

## MANUSCRITO 1

TÍTULO:

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

AUTORAS:

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérita Alves Vilela

Cristina Setenta Andrade.

## **ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DE SAÚDE E GESTORES SOBRE O PROGRAMA REDE CEGONHA**

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Alba Benemérita Alves Vilela

Cristina Setenta Andrade.

### **RESUMO**

No presente artigo objetivamos compreender a estrutura das Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca do Programa Rede Cegonha, em um Hospital Universitário na cidade de Cuiabá, Mato Grosso. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de natureza quanti-qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2020 e para tal, foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras 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 Acolhimento como núcleo central das representações sociais; Gestante, Mulher e Recém-nascido primeira periferia e Humanização como elemento de contraste. Foi possível perceber a complexidade existente entre práticas de saúde e políticas públicas de saúde para o grupo de pertença avaliado. O programa Rede Cegonha, se mostra cognitivamente alinhado às propostas de humanização da assistência para os participantes desta pesquisa. Salientamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, da Universidade Federal do Mato Grosso, sob parecer de Nº: 4.185.977.

**Palavras-chave:** Rede Cegonha. Acolhimento. Humanização da assistência. Teoria das Representações Sociais. AnCo-REDES.

## ABSTRACT

In this article we aim to understand the structure of the Social Representations of managers and health teams about the Rede Cegonha Program, in a University Hospital in the city of Cuiabá, Mato Grosso. This is a descriptive-exploratory research of a quantitative-qualitative nature, based on the Theory of Social Representations, a structural approach. Data collection took place between August and November 2020, and for that, the Free Word Association Technique was used with the inducing term "Rede Cegonha", in addition to the semi-structured interview. For the understanding, comprehension and interpretation of the data, a cognitive analysis of semantic networks of social representations was carried out through the application of the AnCo-REDES model. As results we obtained that the professionals attributed the senses of Reception as the central nucleus of the social representations; Pregnant woman, woman and newborn first periphery and Humanization as an element of contrast. It was possible to perceive the existing complexity between health practices and public health policies for the assessed group. The Rede Cegonha program is cognitively aligned with the proposals for humanizing care for the participants of this research. We emphasize that this research was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital Universitário Júlio Muller, Federal University of Mato Grosso, under opinion No.: 4,185,977.

**Key-Words:** Stork Network. Reception. Humanization of care. Social Representations Theory. AnCo-REDES.

## INTRODUÇÃO

O Brasil passou por diversas realidades culturais e políticas no âmbito da saúde da mulher, que foram sendo moldadas ao longo dos anos. Até o início do século XIX os partos eram considerados “assunto de mulher” e era uma prática domiciliar, tendo apenas mulheres fazendo parte do momento, além disso, era realizado frequentemente por uma parteira. A parteira possuía total confiança das mulheres, sendo a responsável por informar em relação aos cuidados com a gestação e ao recém-nascido. Uma mudança na realidade destas práticas sociais teria início após a criação da Faculdade

de Medicina da Bahia (1808) e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1809) (BRENES, 1991; PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018).

A formação superior em Medicina passa a expressar projeção social e credibilidade frente à população, ao questionar e desenvolver com outras nomenclaturas o conhecimento empírico das parteiras. Na primeira metade do século XX, pessoas com boa condição financeira recorriam a médicos para a realização de partos domiciliares. Simultaneamente, o argumento das vantagens e segurança do parto hospitalar em relação ao domiciliar se fortaleceu e, na década de 1950, a estrutura de atendimento hospitalar se estabeleceu decisivamente no processo de hospitalização (SILVA et al, 2019).

Na atualidade as mulheres lutam para reivindicar seus direitos sexuais e reprodutivos, inclusive aqueles relacionados aos serviços de cuidados obstétricos. Não obstante, as quedas globais na mortalidade materna e a assistência ao parto e nascimento continuam sendo umas das desigualdades mais evidentes da saúde no âmbito mundial (WHO, 2015).

Nesta conjuntura social e política surge no Brasil a Estratégia Rede Cegonha (RC) em 2011, com ações voltadas a assegurar atenção qualificada e pautada em direitos às mulheres e crianças no ciclo gravídico-puerperal até os dois anos de idade, somando-se aos programas e propostas já instituídos a nível nacional. A RC propôs modificar o modelo de atenção ao parto e nascimento e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, intentando oferecer apoio institucional a gestores e a serviços de cuidados a este público. Surge, assim, um novo modelo de atenção à saúde materna e infantil, com foco na atenção humanizada ao parto e nascimento (SERRUYA, 2004; BRASIL, 2011a).

A representação social sintetiza tanto o dinamismo de um determinado grupo em suas relações entre si e com o objeto, quanto o movimento de um sujeito que vai se definindo tal na relação com os outros, ao apreender e se apropriar de um objeto (COUTINHO, 2003, pág. 113).

A Teoria das Representações Sociais vem despertando interesse em diversas áreas do conhecimento, principalmente naquelas voltadas para a formulação e concretização de políticas sociais. Os profissionais que atuam nestas áreas ressentem-se das dificuldades de estabelecimento de diálogo efetivo com a população, alvo de suas ações ou intenções (COUTINHO, 2003, pág. 116).

Frente a esta realidade de mudanças nas práticas de atenção à saúde da mulher e da criança, a presente pesquisa objetivou compreender a estrutura das Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca do Programa Rede Cegonha.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de natureza quanti-qualitativa, 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 do Hospital Universitário Júlio Muller, da Universidade Federal do Mato Grosso, sob parecer de Nº: 4.185.977. 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 é na abordagem estrutural que se baseia este estudo. Para esta abordagem existem diferentes técnicas e métodos de análise de dados, a exemplo da geração do quadro de quatro casas desenvolvido por Vèrges (1994), extremamente

difundido e utilizando no campo das pesquisas em representações sociais na área da saúde. 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 ( $Ec$ ) indica a importância do vértice na rede tendo como parâmetro as suas conexões. Portanto, a  $Ec$  demonstra que a importância de um vértice aumenta conforme seus vizinhos são também importantes (NEWMAN, 2006).

Com relação aos participantes deste estudo, a pesquisa foi constituída por 21 participantes, de um total de 74 profissionais (dentre estes profissionais das equipes de saúde e gestores de saúde) que se encaixavam nos critérios de inclusão, e formada por 5 Técnicas de Enfermagem, 8 Enfermeiras, 5 Fisioterapeutas, 2 Médicas e 1 Fonoaudióloga, todas mulheres. Os demais profissionais se recusaram a participar; desistiram ou não trabalhavam nos dias e turnos disponibilizados para a coleta de dados (manhã e tarde).

Os dados foram coletados através da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), utilizando-se como termo indutor “Rede Cegonha”. A coleta ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2020, de segunda a sexta-feira, conforme permissão concedida pelos gestores. Inicialmente havia a permissão da coleta de forma presencial, mas com o avanço da pandemia não foi possível dar continuidade *in loco*, tendo que realizarmos de forma remota por meio de reuniões na plataforma *Google Meet*. Entrávamos em contato com a participante, ela assinava o TCLE e, apenas após esta assinatura fazíamos a entrevista remota.

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 dessatécnica 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, e, neste caso foi possível utilizar um *software* criado para a análise em Representações Sociais (podendo ser utilizado em outras teorias qualitativas também), a partir da ótica do modelo AnCo-REDES, que está em fase de finalização. A interpretação do conteúdo da representação se dá através da identificação e compreensão da estrutura das representações sociais ali contidas no universo semântico apresentado.

As redes sociais ego centradas, ou redes ego, são uma parcela da rede que envolve um nó em particular, nó este que é o foco do estudo em questão (BORGATTI, 2013). Redes Ego Centradas possuem um ator central (ego) e um conjunto de outros atores (alter). Uma rede social é definida como o conjunto de relações aplicáveis a um conjunto de atores, assim como as informações adicionais sobre esses atores e seu relacionamento.

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 das participantes. Esta pesquisa também está de acordo com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que considera que a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes.

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 do *corpus* de análise das palavras evocadas pelos participantes a partir da aplicação do TALP e do material coletado através da entrevista semiestruturada.

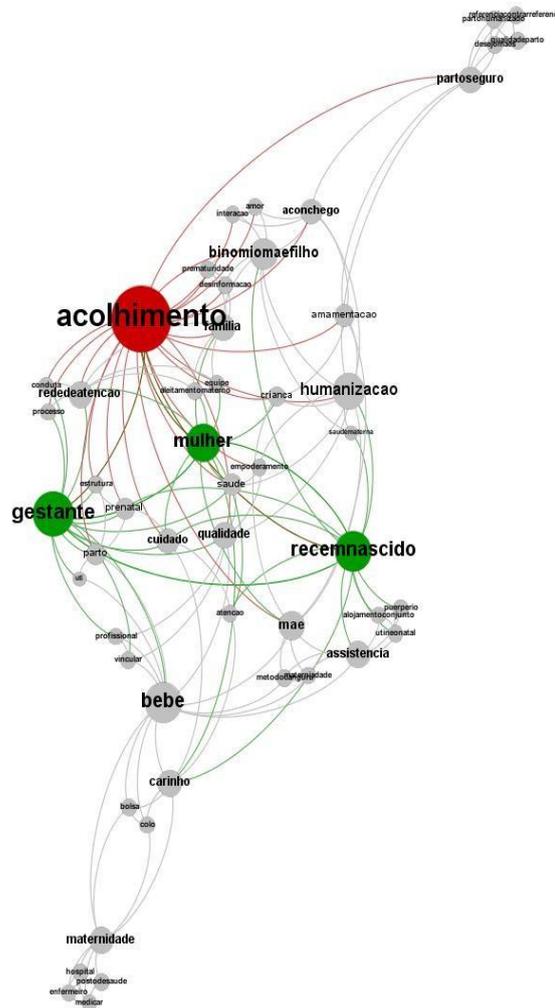
### Análise e discussão do *corpus* de palavras evocadas

A partir dos dados levantados junto ao total dos participantes da pesquisa, contabilizou-se 102 termos evocados, sendo 52 diferentes entre si (vértices) e 165 conexões (arestas), sendo que um vértice representa uma palavra evocada pelos profissionais, e as arestas as conexões entre elas.

Aplicando o modelo AnCo-REDES, foi possível identificar como provável núcleo central (NC) das representações sociais destes atores o termo/vértice “Acolhimento”, como primeira periferia das representações identificou-se os vocábulos “Mulher”, “Gestante” e “Recém-nascido” e, como elemento de contraste evidenciou-se a palavra “Humanização”. Todos estes termos estão representados em forma de rede semântica através da Figura 2, e foram 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 6.346.

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, 2018).

Figura 2. Rede semântica de palavras evocadas, com destaque para o termo que emerge da rede como Núcleo Central das representações analisadas: “Acolhimento” e Elementos de 1ª periferia “Mulher”, “Gestante” e “Recém-nascido”.



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	Acolhimento	25	1	0.274152
Elemento de 1ª Periferia	Gestante	16	0.685	0.094
	Mulher	13	0.597	0.080
	Recém-nascido	14	0.596	0.132

<b>Elemento de Contraste</b>	Humanização	12	0.543	0.055
<b>Elementos de 2ª Periferia</b>	Demais vértices da rede (apresentam $C_g < 6,9$ ou $C_g \geq 6,9$ com $E_c < 0,45$ )			

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Segundo a vertente clássica da abordagem estrutural das Representações Sociais, o Núcleo Central (NC) possui duas funções importantes, a função geradora, pois geram o significado básico da representação; e a função organizadora, pois determinam a organização global de todos os elementos da representação. Constituem parte mais estável e, portanto, que mais resiste a mudanças (ABRIC, 2003; SÁ, 2015).

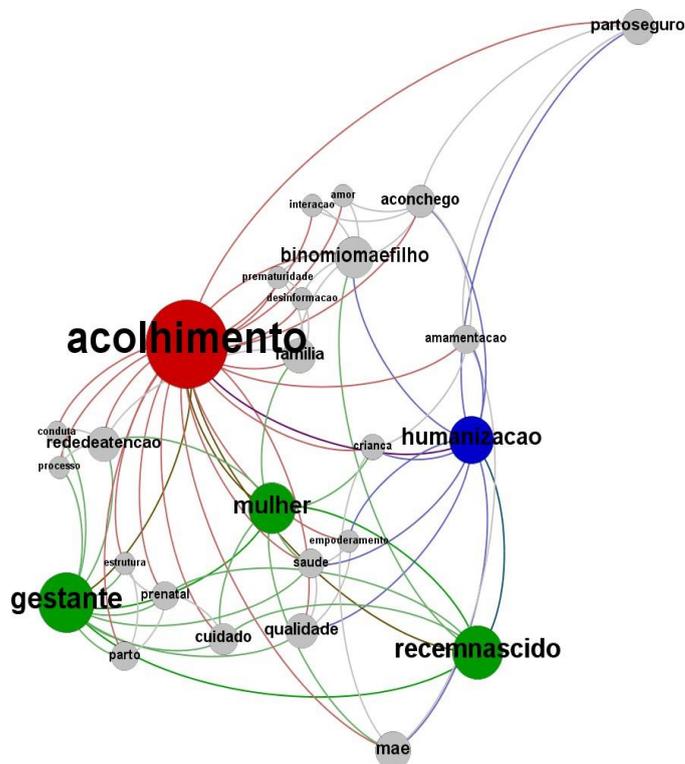
Para o Modelo AnCo-REDES, o NC possui conexões com os outros vértices de maior importância na rede, possui conexões com vértices em todos os grupos de sentido e, se retirado do conjunto de vértices a rede se decompõe em mais componentes, alterando de forma significativa os grupos de sentido. A nova configuração da rede conduz a novas interpretações quanto ao conteúdo das representações (LOPES, 2014, pág. 79).

O acolhimento como ato ou efeito de acolher define uma ação e uma atitude de inclusão. É considerado como um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde, valendo-se como da contextualização ética, em que implica o partilhar de saberes e angústias. É uma estratégia fundamental, em que é necessário reorganizar o processo de trabalho em saúde para que seja possível atender a todos e todas que necessitam destes serviços, fazendo valer o que de fato está garantido constitucionalmente, os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. É garantir o exercício da cidadania Acolhimento e classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal compõe a primeira diretriz do programa Rede Cegonha (RIBEIRO et. al., 2015).

Ao verificar a Rede Ego centrada de Acolhimento, observa-se que este termo está diretamente ligado aos vocábulos: Gestante, Mulher, Parto Seguro, Recém-

nascido, Humanização, aconchego e Rede de atenção, como pode ser visto na Figura 3 abaixo.

Figura 3. Rede ego centrada “Acolhimento”.



A Rede Ego apresentada evidencia que há laços fortemente estabelecidos entre termos, conceitos e estruturas semânticas que possuem relações intensas no que tange a própria fisiologia, como Mulher, Gestante e Recém-nascido, mas que não estão relacionados apenas fisiologicamente, como culturalmente, socialmente e politicamente.

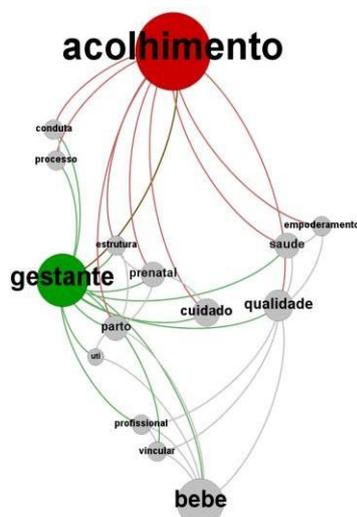
Além disto, liga-se aos termos Parto Seguro, Humanização e Aconchego, que, sob a ótica da Humanização da assistência referem-se à garantia da dignidade da vida da mulher, ao possibilitar, através de processos humanizados da assistência em saúde um parto digno, seguro e livre de condutas sem comprovação científica e que, assim, esta mulher possa ser acolhida, abraçada, é preciso que haja “aconchego” entre ela e os profissionais que cuidam do seu parto, que haja pleno exercício de cidadania no domínio Parto-nascimento. Para tanto, é necessário que haja uma Rede de Atenção fortemente estabelecida para que isto ocorra.

A mudança de modelo de atenção obstétrica e neonatal é somente possível ao se discutir o desenho regional da rede, pois assim há o estabelecimento e fortalecimento de ações entre os gestores, de modificação das práticas de atenção ao parto e nascimento, principalmente, para este domínio de ação do programa, nos serviços hospitalares, para um modelo de cuidado centrado na mulher e na família e baseado nas evidências científicas mais atuais (LEAL, et. al., 2021).

Infelizmente, na presente pesquisa não foi possível verificar o arcabouço cognitivo de grupos de pertença ligados a outros níveis de atenção à saúde, apenas à nível secundário/terciário, porém, é possível verificar a importância das redes de atenção neste âmbito dos cuidados em saúde, elas emergem diversas vezes em falas dos profissionais e emergem ligadas fortemente a atores importantes nas redes ego de Acolhimento e Mulher, o que faz-nos crer que, apesar de não ser ator da estrutura desta representação, alicerça os saberes, dando suporte a esta realidade cognitiva apresentada.

O próprio programa Rede Cegonha se configura como uma Rede Temática de atenção à saúde, e é o estabelecimento e o possível fortalecimento ou não desta Rede que se faz pensar nesta estratégia de cuidados em saúde como motriz dos cuidados a mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal, principalmente, e às crianças em sua primeira infância.

Figura 4. Rede ego centrada “Gestante”.

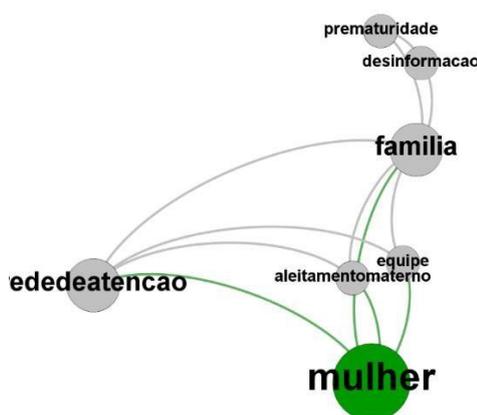


A Rede Ego Centrada do vocábulo Gestante possui relações entre “Acolhimento”, como discutido anteriormente, Pré-natal, Estrutura, Parto, UTI, Profissional, Bebê, Cuidado, Qualidade, Saúde e Empoderamento.

Gestar uma vida em meio a tantos dissabores da sociedade contemporânea exige da mulher um empoderamento para fazer ultrapassar as barreiras impostas pela cultura e pela burocracia. O cuidado em saúde para mulheres no Brasil passa por modificações assistenciais e políticas devido ao enorme abismo referente, principalmente, aos índices de morbimortalidade em comparação a outros países.

Para que o parto ocorra de forma adequada, é necessário que haja um pré-natal de consistência, contínuo, que a estrutura física e política, seja sólida, robusta, de qualidade e válida a todas as brasileiras, que haja o funcionamento desejado a todos os serviços necessários a assistência da mulher/mãe e do bebê, como a existência de UTI’s neonatais e leitos de UTI adulto disponíveis e com profissionais capacitados para atendê-las em todas as suas demandas de cuidados em saúde.

Figura 5. Rede ego centrada “Mulher”.



Rede Ego Centrada do vocábulo Mulher: Relações entre Rede de Atenção, Aleitamento materno, Equipe e família.

Mulher é um léxico que está fortemente relacionado ao termo evocado “Rede de Atenção”. É interessante destacar que o termo gestante não possui essa ligação em sua Rede ego, o que possibilita inferir que uma Rede de atenção fortalecida e plenamente funcionante prescinde a necessidade de mulheres gestantes, sendo imprescindível a todas em mais diversas necessidades em saúde das mulheres no país.



Quando se analisa as redes ego Mulher e Gestante, percebe-se que não há ligação entre estas evocações, mas, estas não são face da mesma moeda, quando se trata do Programa Rede Cegonha? Inclusive este é um ponto de pauta de diversos debates entre estudiosos da saúde da mulher, para determinados grupos mais alinhados ao pensamento feminista haveria na Política que embasa o Programa Rede Cegonha, uma seletividade nos cuidados em saúde a apenas uma dimensão do processo de ser mulher, o ato ou possibilidade de gestar (CARNEIRO, 2013). Mas, na presente pesquisa, para os profissionais e Gestores que fazem parte desse presente trabalho, as duas esferas são distintas quando se trata do termo de evocação Rede Cegonha.

Figura 6. Rede ego centrada “Recém-nascido”.



A Rede Ego Centrada de Recém-nascido possui os termos Assistência, método Canguru, maternidade, UTI-neonatal, puerpério e alojamento conjunto interrelacionados.

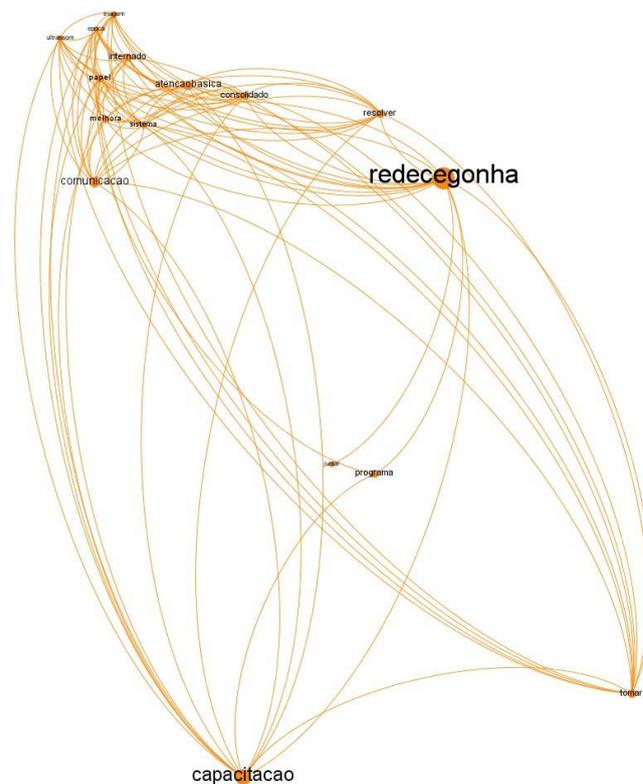
É interessante destacar que o termo evocado “Puerpério” não faz parte da Rede ego de “Gestante” e nem de “Mulher”, mas faz de “Recém-nascido”. Há, neste período, uma ligação intensa entre bebê e mãe, tanto física quanto emocional e, culturalmente, o pós-parto em nossa sociedade é envolto por diversos mitos, relacionados tanto à fisiologia da mulher quanto aos cuidados com o recém-nascido/bebê e, geralmente os olhos de quem está próximo a estes dois se voltam ao recém-chegado, a mulher se desdobra em cuidados ao filho, mas, geralmente, não é cuidada por ninguém.

### **Análise e discussão do *corpus* da entrevista semiestruturada**

No modelo AnCo-REDES existem três possibilidades para a construção de uma rede semântica de representações sociais: rede de palavras evocadas, rede de textos provenientes de entrevistas e rede de textos oriundos de artigos científicos. A categoria de análise a seguir foi constituída após a identificação da existência de grupos de sentido que emergiram do modelo após a análise do material coletado a partir da entrevista semiestruturada (LOPES, 2014, pág. 80).

Um grupo de sentido no modelo AnCo-REDES tem a finalidade de auxiliar a análise cognitiva do conteúdo das representações sociais como estratégia de categorização das evocações a partir das relações mais densas entre os vértices através da utilização de um algoritmo de detecção de comunidades (modularity class) (LOPES, 2014, pág. 99).

Figura 7: Sub-rede do GS15 “Programa Rede Cegonha, desafios práticos e gerenciais” / Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS15.



Vértices: Rede cegonha, capacitação, programa, comunicação, melhora, sistema, atenção básica, internado, papel, consolidado, resolver, tomar, juntar, triagem, ultrassom.

*A única coisa que a RC sabe falar é da parte quantitativa. Ela só fala na quantidade de cesáreas, e só vê isso na frente dela. Ela não vê a parte qualitativa da assistência, ela não pede mais o contato pele a pele, as práticas humanizadas dentro da sala de parto, as práticas humanizadas da assistência [...]. Pela Organização Mundial da Saúde, foi dito sobre a classificação de Robson, que classifica quem realmente deveria ir para a cesárea ou não, e isso é uma coisa da OMS que eles nem sabem o que é, e eles nem querem saber. Eles querem saber da minha taxa de cesárea. Não adianta eu explicar que a minha população aqui é de risco, ela não é o grupo que poderia ter um parto normal, que eles não estão interessados nisto, eles querem saber que você vai fazer um determinado número de cesáreas para eles [...]. Eles não abrem o leque de conhecimento deles [...], teria melhores indicadores na questão da cesárea [ ].* Indivíduo 18

*Ainda percebo que ela não é uma rede que está consolidada, lembra que eu falei da questão da referência e contrareferência? A gente ainda tem muito problema com isso, nós somos um hospital de gestação de alto risco, então as nossas pacientes deveriam vir referenciadas somente gestantes de alto risco e não é assim, a gente recebe as de alto risco e recebe as de baixo risco também, porque as vezes lá na ponta, lá no posto de saúde, na UPA [ ] ela não consegue o atendimento e vem para cá, então eu percebo que a organização da Rede não está consolidada [ ]. A gestante vem já no final da gestação, trinta e poucas semanas, com apenas um ultrassom e antigo e as vezes não é gestante de alto risco, mas ela [...], apresentando algum sinal ou sintoma diferente da gestação acabou procurando o serviço porque é 24h, você vê que a Rede não se consolidou, pelo menos essa é a minha visão. Tem as reuniões, as discussões, eu acho que tem muita discussão, a câmara técnica é formada por diversos profissionais, mas eu acho que essa questão da reorganização da Rede ainda é um pouquinho falha. Internamente a gente consegue se organizar, temos a questão dos protocolos, tem as capacitações, tem a questão da humanização, o acolhimento dessa mãe, do bebê e a gente tenta fazer os demais encaminhamentos e as vezes acaba que essa mãe retorna para o nosso serviço por sentir confiança, por saber que aqui ela vai ter o atendimento, então o hospital vai “inchando”, eu não consigo devolver esse paciente para a Rede, vou só absorvendo, e aí que eu vejo essa falha no sistema[...].* Indivíduo 20

É visível nas falas das gestoras entrevistadas um descrédito frente ao estabelecimento de uma rede de cuidados efetivamente funcionante, o que leva a problemas administrativas e, conseqüentemente, até mesmo de cuidados a estas pacientes, caso haja superlotação. O serviço de ginecologia e obstetrícia do HUIJM é o único de “porta aberta” oferecido, e, segundo o Ministério da saúde, recursos financeiros foram alocados às maternidades de alto risco aderidas à RC a título de incentivos por cumprimento de metas alcançadas, porém, mesmo com este estabelecimento há uma discrepância entre o que é exigido e o que é praticado (BRASIL, 2017).

A proposta do Ministério da Saúde frente a atenção ao pré-natal de alto risco é de que este deve ser realizado de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à Atenção Básica, a qual cabe à coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres (BRASIL, 2016). Deverá ocorrer a informação prévia sobre a maternidade que fará o atendimento à gestante, de forma a evitar a peregrinação na hora do parto (BRASIL, 2011b). Além disto, o pré-natal de alto risco também poderá ser realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e nos ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade (BRASIL, 2013).

Os ciclos regulares de monitoramento e avaliação das ações recomendadas pela Rede Cegonha são fundamentais para aprimorar a qualidade da assistência oferecida às gestantes brasileiras. Agueimi (2021) propõe a adição de sete novos indicadores maternos para aprimorar a avaliação da assistência obstétrica no próximo ciclo de avaliação. Os novos indicadores seriam: uso da classificação de Robson para monitorar as taxas de cesáreas, uso do sulfato de magnésio nos casos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, utilização de suplementos de cálcio pelas gestantes, transfusões de sangue e histerectomia no parto/puerpério, manejo da sepse puerperal, inserções do DIU no pós-parto/pós-abortamento e educação permanente dos obstetras.

Esses indicadores são baseados em evidências científicas robustas e podem contribuir para a redução de cesarianas desnecessárias, prevenir mortes maternas e futuras gestações não planejadas (AGUEIMI, 2021)

No trabalho de Silva, et al (2021), que descreve e analisa o processo de devolutiva dos resultados do 2º ciclo avaliativo das boas práticas na atenção ao parto e nascimento em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, os principais temas registrados nos relatórios estaduais que emergiram na discussão dos resultados da avaliação e seus desdobramentos foram questões relacionadas às maternidades de alto risco e suas especificidades, como a adoção das práticas recomendadas e a manutenção de intervenções desnecessárias, que foram discutidas à luz das recomendações da OMS.

Em debates que envolveram os serviços e gestores do SUS, discutiu-se barreiras para a implementação de um modelo de atenção ao parto e nascimento preconizado pelas diretrizes nacionais e internacionais. O tema da insuficiência de profissionais e de recursos humanos no SUS perpassou as discussões sobre acolhimento e classificação de risco e ambiência, além da necessária reivindicação por maiores recursos materiais e financeiros para o SUS (WHO, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi explicitado e discutido foi possível perceber a complexidade existente entre práticas de saúde e políticas públicas de saúde para o grupo de pertença avaliado. O programa Rede Cegonha, como proposta inovadora de mudança nas práticas sanitárias e culturais no âmbito à assistência à mulher em seu ciclo gravídico- puerperal e à primeira infância se mostra cognitivamente alinhado às propostas de humanização da assistência para os participantes desta pesquisa, além de evidenciar os principais atores envolvidos neste processo de cuidados.

Além da estrutura representacional evidenciada, foi possível discutir problemáticas existentes nos meandros das práticas sanitárias, principalmente aquelas associadas à gestão dos cuidados em saúde e da importância que se mostrou ter uma rede de atenção à saúde fortalecida e funcionante, para que de fato uma Rede temática de assistência à saúde consiga lograr êxito em todos os contextos de atuação em um cenário regional ou mesmo macropolítico.

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

AGUEMI, A.K. Indicadores maternos para monitorar hospitais da Rede Cegonha: uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p.781-787. 2021.

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

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: documentos fundamentais**. Ministério da Saúde (MS). Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal, 2009-2010. Brasília: Editora MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. 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, 2011b. Disponível em: < <http://goo.gl/PkrXAJ>>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, 2017.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad Saude Publica**; v.7, n 2, p.135-149, 1991.

BORGATTI, S P.; EVERETT; M. G. JOHNSON, J. C. **Analyzing Social Networks**. London: SAGE, 2013.

CARNEIRO, R.G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Artigos • Interface (Botucatu)**, v.17, n.44, 2013.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun, 2014. Disponível em: < <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>.

COUTINHO, M. P. L. et. al. **Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar**. Universidade Federal Da Paraíba. UFPB: 2003.

FIGUEIROA, M.N., et. al. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Rev Esc Anna Nery**, v.21, n.4, 2017.

GUIMELLI, C. **Le modèle des schèmes cognitifs de base**: méthodes et applications. In J.-C. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 119-143). Ramonville Saint-Agne, France: Érès, 2003.

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

LEAL, N.P et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p.941-950, 2021.

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](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17751/1/TeseClaudiaLopes_DMMDC_2014.pdf).

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>>.

LOPES, C.R.S.; VILELA, A.B.A.; BARROS, H.B. **AnCo-REDES**: Modelo para análise cognitiva de Representações Sociais. Appris: 2018.

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

PALHARINI, L.A., FIGUEIRÔA, S.F. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**; v.25, n.4, p.1039-1061, 2018.

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**, v.86, p.241-274,2010.

RIBEIRO, J.F., et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. **Rev Enferm UFSM** [Internet], v.5, n.3, p.521-30, 2015.

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](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X199600030002&lng=pt&nrm=iso)>.

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

SÁ, C. P. **Estudos de Psicologia Social: História, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2015.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saude Publica**; v.20(5):1281-1289. 2004.

SILVA, F, et. al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde Soc**; v.28, n.3, p.171-184, 2019.

SILVA, LBRAA et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(3):931-940, 2021.

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 (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/)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: **WHO**, 2018.



**MANUSCRITO 2**

TÍTULO:

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

AUTORAS:

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana

Alba Benemérita Alves Vilela

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Cristina Setenta Andrade.

Este manuscrito foi organizado conforme as normas exigidas para submissão pela revista: Cadernos de Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Link para acesso às normas aos autores:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>

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

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana

Alba Benemérita Alves Vilela

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Cristina Setenta Andrade.

### RESUMO

O presente artigo objetiva discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional de gestores e equipes de saúde participantes da pesquisa. Trata de uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quanti-qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abordagens estrutural e processual, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, da Universidade Federal do Mato Grosso, sob parecer de Nº: 4.185.977. As participantes da pesquisa foram 21 profissionais, de um total de 74 que se encaixavam nos critérios de inclusão (dentre estas, profissionais das equipes de saúde e gestores de saúde). O local de estudo foi o Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), na cidade de Cuiabá, Mato Grosso. Os dados foram coletados através de um formulário contendo perguntas gerais sobre a formação e atuação das participantes; da Técnica de Associação Livre de Palavras utilizando-se como termo indutor “Prática Profissional” e de uma entrevista semiestruturada, ocorrendo no período de agosto a novembro de 2020. Realizou-se análise cognitiva por meio da geração de rede semântica através da aplicação do modelo AnCo-REDES. Os resultados apontaram como prováveis componentes da estrutura das representações sociais dos profissionais os termos *Conhecimento e Equipe Multidisciplinar*, como núcleo central e *Cuidado; Responsabilidade; Humanização; Aprendizagem, Empatia e Perícia*. Não foram identificados elementos da Primeira Periferia. Entende-se que as práticas em saúde apresentadas e discutidas neste trabalho se mostraram coerentes ao que é preconizado.

pelo Programa Rede Cegonha, mas muito mais complexas do que uma simples leitura de um programa de saúde pode apontar.

**Palavras-chave:** Rede Cegonha. Prática Profissional. Teoria das Representações Sociais. AnCo-REDES.

### ABSTRACT

This article aims to discuss the Rede Cegonha program based on the professional practice of managers and health teams participating in the research. It is a descriptive-exploratory research of a quantitative-qualitative nature, based on the Theory of Social Representations, structural and procedural approaches, having been approved by the Research Ethics Committee of the Júlio Muller University Hospital, of the Federal University of Mato Grosso, under the opinion of No.: 4,185,977. The research participants were 21 professionals, out of a total of 74 who fit the inclusion criteria (among them, professionals from health teams and health managers). The study site was the Júlio Müller University Hospital (HUIJM), in the city of Cuiabá, Mato Grosso. Data were collected through a form containing general questions about the training and performance of the participants; of the Free Word Association Technique using “Professional Practice” as an inducing term and a semi-structured interview, taking place from August to November 2020. Cognitive analysis was carried out through the generation of a semantic network through the application of the model AnCo-NETWORKS. The results showed as probable components of the structure of the social representations of professionals the terms Knowledge and Multidisciplinary Team, as the central nucleus and Care; Responsibility; Humanization; Learning, Empathy and Expertise. No elements of the First Periphery were identified. It is understood that the health practices presented and discussed in this work were consistent with what is recommended by the Rede Cegonha Program, but much more complex than a simple reading of a health program can point out.

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

## INTRODUÇÃO

O pensamento social, advindo dos estudos em representações sociais, e as práticas sociais de um determinado grupo social a ser estudado necessitam de correspondência, assim como afirma Sá <sup>1</sup> o objeto de representação “se encontra implicado, de forma consistente, em alguma prática do grupo, aí incluída a da conversação e a da exposição aos meios de comunicação de massa”. Sendo assim, a Teoria das Representações Sociais permite uma compreensão das construções simbólicas, das práticas e das atitudes dos indivíduos que partilham saberes.

Ao ser possível refletir acerca da organização do processo de trabalho, a natureza do trabalho em saúde relaciona-se com a união de pessoas que possuem suas necessidades de saúde com outras que possuem conhecimentos técnicos e científicos necessários à resolução destes problemas, e isto ocorre através do estabelecimento de critérios de prioridades de atenção, permitindo a garantia do atendimento de todos que dependem dos cuidados da equipe de saúde <sup>2</sup>.

O Programa Rede Cegonha (RC) está inserido no conceito de Redes Temáticas de Atenção em Saúde, com o objetivo de promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade, com foco na satisfação dos usuários, e na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno e infantil. Além disto, também prevê 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 <sup>3</sup>.

A perspectiva da RC se alicerça na Política Nacional de Humanização (PNH) e esta considera os processos avaliativos como espaços, momentos de debate e análise do próprio fazer em saúde, questões fundamentais para uma prática e uma gestão em saúde eficientes. A recente avaliação da RC, que apresenta uma devolutiva dos resultados referente às maternidades do Brasil, destaca que 68% das mortes maternas

brasileiras são ainda associadas a causas obstétricas diretas e, portanto, evitáveis, devido principalmente às complicações hipertensivas e hemorrágicas <sup>4</sup>.

A pesquisa supracitada constatou, portanto, que a qualidade da atenção está no cerne do problema da mortalidade materna no país e aponta para os desafios da relação entre os componentes básicos da organização do sistema de saúde; as estratégias de qualificação e a atualização científica dos profissionais de saúde <sup>4</sup>.

Sendo assim, pensa-se na importância de refletir e discutir acerca da prática dos profissionais de saúde e gestores da assistência materna e infantil, em virtude da relevância em se compreender a dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde e gestores vinculados à realidade hospitalar orientada pelo Programa Rede Cegonha. Portanto, o presente artigo objetiva discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional de gestores e equipes de saúde participantes da pesquisa.

## **MÉTODO**

Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quanti-qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural <sup>5-7</sup> e processual <sup>8</sup>.

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 <sup>5</sup>.

Segundo a abordagem processual, fomentada por Denise Jodelet, as Representações Sociais são entendidas como o estudo dos processos e dos produtos através dos quais os sujeitos e os grupos constroem e significam o mundo, integrando as dimensões sociais e culturais com a história. Para Jodelet, um estudo em Representações Sociais (RS) deve abarcar os discursos dos grupos que criam RS de um dado objeto; os comportamentos e práticas sociais que se expressam nas RS; o

exame dos documentos e registros que institucionalizam os discursos e práticas do grupo; e as interpretações a eles dados pelos meios de comunicação, que irão influenciar na manutenção e transformação das RS<sup>8,9</sup>.

Esta pesquisa foi constituída por 21 participantes, de um total de 74 profissionais (dentre estes profissionais das equipes de saúde e gestores de saúde) que se encaixavam nos critérios de inclusão, e formada por 5 Técnicas de Enfermagem, 8 Enfermeiras, 5 Fisioterapeutas, 2 Médicas e 1 Fonoaudióloga, todas mulheres. Os demais profissionais se recusaram a participar; desistiram ou não trabalhavam nos dias e turnos disponibilizados para a coleta de dados (manhãs e tardes, de segunda à sexta-feira).

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), na cidade de Cuiabá, Mato Grosso, tido como referência no estado no atendimento a mulheres gestantes de alto risco, em que o Programa Rede Cegonha foi iniciado no ano de 2012, mediante o Convênio Assistencial nº 05/2012. A administração trabalha com o atendimento à gestante, puérpera e ao recém-nascido dentro do que é preconizado na rede.

A coleta de dados se deu na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e anexos, Unidade de Ginecologia e Obstetrícia e anexos e no setor de Pediatria. Ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2020, de segunda a sexta-feira, conforme permissão concedida pelos gestores. Inicialmente havia a permissão da coleta de forma presencial, mas com o avanço da pandemia não foi possível dar continuidade in loco, sendo necessária a readequação para a forma remota por meio de reuniões na plataforma *Google meet*. Os pesquisadores responsáveis entravam em contato com o participante, após aceitar participar ele assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, apenas mediante esta assinatura fazíamos a entrevista remota.

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<sup>5</sup> e Pianelli<sup>6</sup>, 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.

No presente trabalho, a interpretação do conteúdo da representação ocorreu a partir de uma triangulação de dados feita por meio da análise dos dados se utilizando do Modelo AnCo-REDES<sup>10</sup>, além disto, as justificativas para a evocação de determinado termo como sendo o mais importante durante a aplicação do TALP foram utilizadas na discussão como forma de elucidar os achados, favorecendo a compreensão destes.

Através do Modelo AnCo-REDES<sup>10</sup> foi possível a geração de redes semânticas das evocações dos participantes; a geração de Redes Ego Centradas da rede de evocações livres e a geração de grupos de sentido das evocações livres e do corpus de análise das entrevistas semiestruturadas.

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*<sup>11</sup>. É composto de etapas e processos que auxiliam o pesquisador no campo da análise cognitiva<sup>12</sup>. 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”<sup>13</sup>.

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

<b>Elemento que compõe a estrutura da Representação Social</b>	<b>Medida para identificação</b>
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 <sup>12</sup> (página 78).

A  $C_g$  está relacionada ao número de conexões (arestas) que um ator possui com outros na rede <sup>14,15</sup> e, a centralidade de autovetor ( $E_c$ ), indica a importância do vértice na rede tendo como parâmetro as suas conexões <sup>16</sup>. O grau médio em uma redeseântica 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 <sup>12</sup>.

Este trabalho encontra-se pautado na Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, acerca do respeito pela dignidade humana e pela proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, respeitando as questões éticas, políticas e religiosas dos entrevistados. Também está de acordo com a Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016, que considera que a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes. A coleta de dados ocorreu após a leitura, compreensão e assinatura do TCLE por todos os participantes. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUIJM, da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), sob parecer de N°: 4.185.977.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

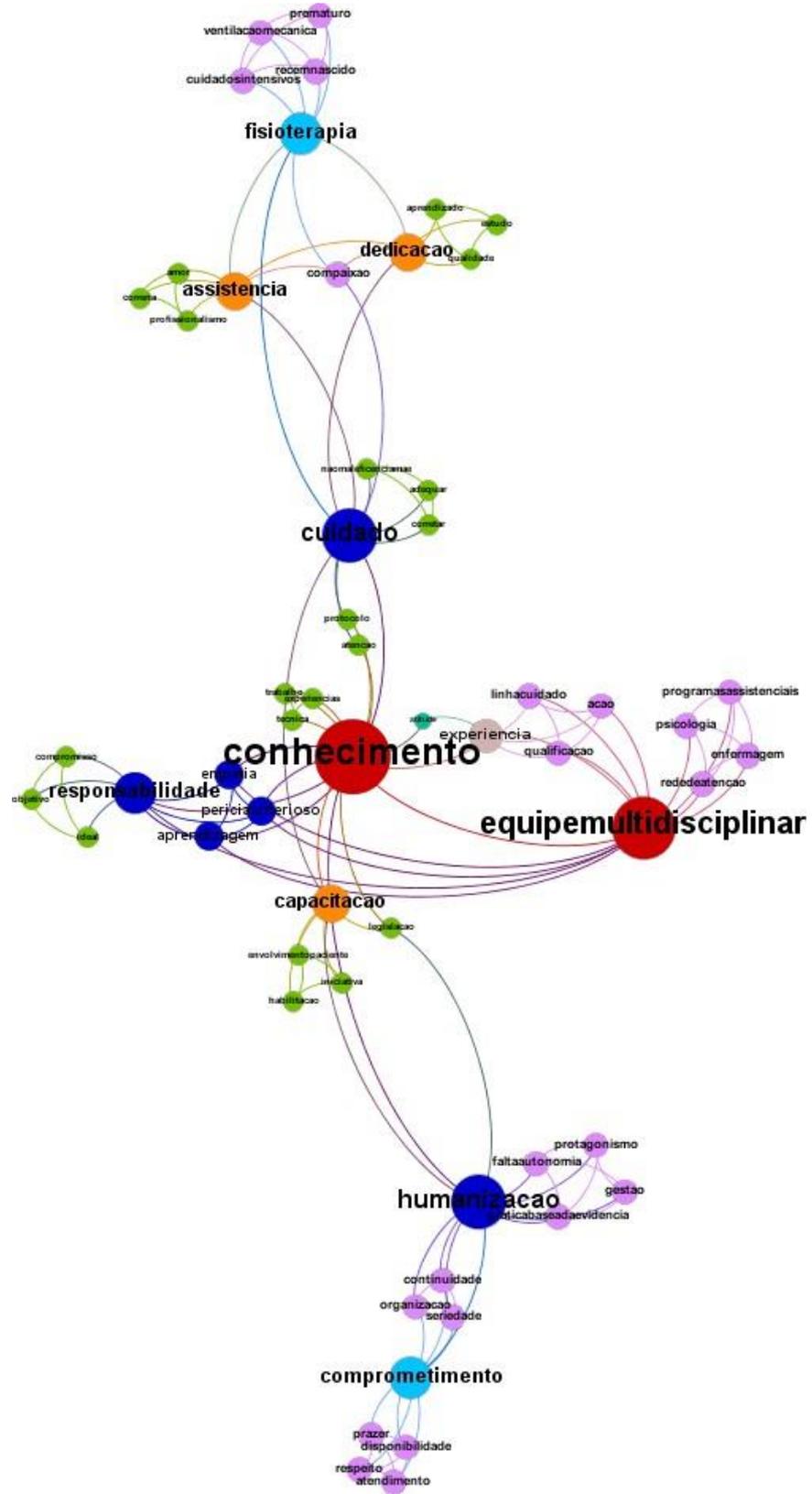


As evocações livres dos participantes da pesquisa constituíram um dos *corpus* de análise de redes, que evidenciou 72 vértices (termos evocados sem repetições) e 163 arestas (conexões entre os vértices). As características topológicas da rede não fazem parte do escopo desta pesquisa, portanto, não serão discutidas.

A aplicação do modelo AnCo-REDES possibilitou a identificação dos componentes da estrutura das representações sociais do grupo social em questão, assim, os vértices/palavras que compõem o NC segundo a análise de Redes são: *Conhecimento e Equipe multidisciplinar*. Não foram identificados elementos da primeira periferia. Os elementos de contraste evidenciados foram: *Cuidado, Responsabilidade, Humanização, Aprendizagem, Empatia, Perícia*. O Grau médio da rede ( $\langle k \rangle$ ) foi de 4,528.

Na Figura 2 vê-se a representação em redes do *corpus* de análise das evocações livres, e na Tabela 1 têm-se a classificação dos vértices conforme as *Cg* e *Ec* dos elementos da representação.

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



Fonte: Dados da Pesquisa.

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	$C_g$	$E_c$	$C_i$
NÚCLEO CENTRAL	Conhecimento	16	1	0.395
	Equipe multidisciplinar	13	0.784	0.122
ELEMENTOS DE CONTRASTE	Cuidado	11	0.575	0.298
	Responsabilidade	8	0.551	0.066
	Humanização	11	0.545	0.235
	Aprendizagem	5	0.497	0
	Empatia	5	0.497	0
	Perícia	5	0.497	0
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

Segundo a abordagem estrutural das representações sociais, a primeira periferia evidencia os elementos periféricos mais importantes e exerce a função de confirmar os sentidos identificados a partir do NC <sup>7,17</sup>, enquanto a zona de contraste se refere aos elementos que possuem baixa frequência, mas são considerados importantes pelos sujeitos. A zona de contraste pode revelar elementos que vão reforçar os sentidos presentes na primeira periferia ou a existência de subgrupo minoritário que possua uma representação diferente sobre o objeto analisado. A segunda periferia é constituída por elementos menos frequentes e menos importantes <sup>18</sup>.

O fato de ocorrer a inexistência de uma primeira periferia nesta estrutura representacional não invalida a existência desta, mas faz-se pensar na provável causa deste acontecimento. Assim, sabe-se que os saberes do senso comum, socialmente partilhados e constituídos por elementos de cognição, de prática, de afeto, apresentam um forte potencial de reprodução, resistente à mudança. Mas estes saberes também são transformáveis, moldáveis, portanto, sementes de mudança e resistência à mudança estão contidas nas representações sociais <sup>19</sup>.

As sementes de mudança são encontradas no meio essencial das representações sociais que é o aspecto comunicativo e da conversação. As ideias se formam precisamente quando são faladas, através dos processos contínuos de diálogo, conflito e confronto entre o velho e o novo<sup>20</sup>. O campo de estudos das Representação Social em Movimento tem possibilitado a verificação das RS em sujeitos que se encontram em contextos geradores de mudança.

Este pensamento pode ser justificado ao se pensar que esta fluidez, este dinamismo é pertencente de forma inerente às Políticas de Saúde, pois estas estão enraizadas nos processos culturais, nos fenômenos que estão vinculados ao nosso cotidiano e, e o contexto sociopolítico do Brasil dos últimos anos evidencia esta fluidez das políticas sociais. O contexto social e cultural do país impactará politicamente as suas ações coletivas. Além disto, é importante ressaltar que a coleta de dados deste trabalho se deu em meio a Pandemia da Covid 19, que acarretou um grande impacto nas práticas dos profissionais da saúde, além de modificar consideravelmente as ações de gestão dos serviços públicos em saúde.

Pensa-se, portanto, que uma provável representação social em movimento esteja se processando neste grupo de pertença para o objeto em questão. Isto se torna ainda mais claro quando compreendemos a complexidade da práxis profissional, haja visto o caráter transformador desta prática ao longo da História. “O trabalho é [...] eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana”<sup>21</sup>.

O trabalho constitui o processo de mediação entre homem e natureza, já que o homem faz parte da natureza, porém, consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Assim, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza convertendo-as ao seu controle e transformando- as em formas úteis à sua vida, e, simultaneamente, transformam a si próprios. Todo trabalho produz algo que tem utilidade e pode ser trocado por outros produtos de necessidade<sup>22</sup>.

O trabalhador é considerado sujeito ativo de transformação da matéria e da história, não sendo passivo ante a organização e o sofrimento no contexto de trabalho

<sup>23</sup>. Práxis é uma ação com reflexão, e o ambiente pandêmico modifica esta realidade. Este caráter de mudança se evidencia ao analisarmos de perto os vértices que compõem os elementos de contraste. Há elementos que vem ratificar os achados do NC e outros apresentam uma simbologia divergente, que será discutido a posteriori.

As práticas sociais são de algum modo a interface entre circunstâncias externas e prescritores internos da representação social. Considerando que, no funcionamento cotidiano da representação, são as prescrições – absolutas e condicionais - que determinam o engajamento dos indivíduos ou grupos em determinadas práticas sociais, deve-se esperar que esses prescritores tendam a absorver as eventuais modificações das práticas, ocorridas em função de um fator circunstancial externo <sup>19</sup>.

Os termos que compõem o provável NC dessas representações, *Conhecimento e Equipe multidisciplinar* apontam para uma dimensão teórico-prática da organização simbólica destes profissionais. Abaixo apresentamos as justificativas para a escolha destes termos como sendo os mais importantes no momento da aplicação do TALP para alguns participantes, contemplando essa dimensão teórico-prática da assistência pautada nos achados do NC:

O conhecimento é a base para dar continuidade no trabalho, adquirir experiência, poder prestar uma melhor assistência para o paciente de forma geral, em especial por causa das gestantes que é o nosso público. I 08

Se eu conheço o que eu estou falando ou o que eu estou fazendo para essa gestante, para esse bebê, [...] eu consigo realizar melhor, se eu for para alguma área que eu desconheço, acredito que é mais difícil eu conseguir ser uma excelente profissional, se eu não estou capacitada eu não dou conta, mas eu preciso conhecer todas as áreas para conseguir interligar essa gestante, esse bebê [...]. I17

É através do conhecimento que a gente põe o restante dos outros itens em prática. Sem conhecimento não consigo por nada em prática, seja para melhoria ou simplesmente para minha atividade técnica. I 21

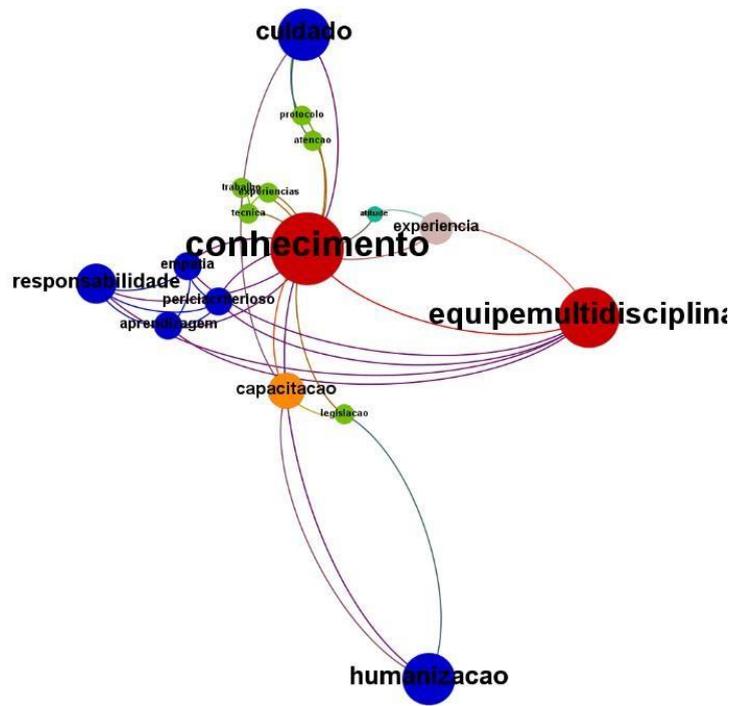
Aqui você tem que ser bem criterioso, porque os bebês são bem pequenininhos. Inclusive a gente faz muito aqui agrupar cuidados, na hora que você vai o “físio” já vai aspirar, você já vai manipular, você já vai fazer tudo porque nós temos prematuros de 470 gramas que não podem ficar toda hora sendo manipulados, então se um vai lá e abre a portinhola para olhar para a criança, fecha a portinhola, entrou ar, outro vai lá e abre a portinhola para fazer um dextro, outro vai lá e abre a portinhola para medir, então não pode, você tem que trabalhar em equipe [...]. I. 03

A articulação da equipe multiprofissional ajuda, quando eles trabalham de forma interdisciplinar e articulada, o paciente, a pessoa que é assistida tem muitos ganhos com isso. I. 12

A seguir apresenta-se a Rede Ego Centrada de *Conhecimento* e o Grupo de Sentido GS1, produto das evocações livres que serão apresentadas em conjunto devido a sua similaridade e complementariedade.

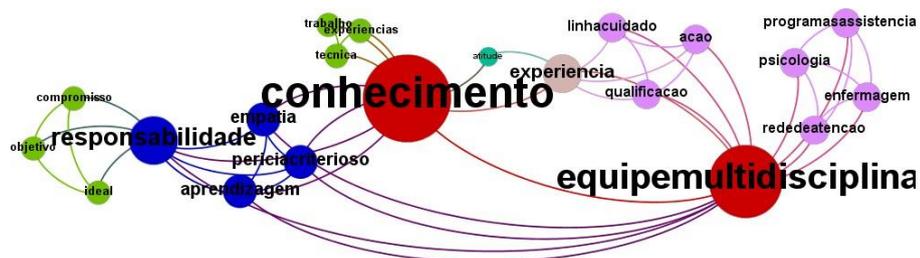
Figura 3. Rede Ego Centrada de *Conhecimento* e o Grupo de Sentido GS1

3a: Rede Ego Centrada de Conhecimento.



Fonte: Dados da Pesquisa

3b: Grupo de sentido GS1, produto das evocações livres.



Fonte: Dados da Pesquisa

Destarte que, Abric <sup>24</sup>, ao discutir as funções das representações dentro do enfoque estrutural, reconhece nelas quatro funções básicas: funções de saber, que permitem compreender e explicar a realidade; funções identitárias, que definem a identidade do grupo além de salvaguardar a sua especificidade; funções de orientações, que guiam comportamentos e práticas; funções justificatórias, que permitem justificar a posteriori as tomadas de posição e comportamentos.

É perceptível que a composição do núcleo central está intimamente relacionada às funções de identidade e de orientações. O *Conhecimento* orienta as práticas e gestão em saúde e a *Equipe multiprofissional* é uma composição de identidade e de orientações das práticas nos serviços de saúde.

Sobre a conceituação de equipe de saúde, sabe-se que as definições se referem aos modos de funcionamento de determinada equipe e estas são estruturas dinâmicas que podem funcionar, ora de forma mais integrada, ora de forma mais estratificada. Uma maior integração pressupõe algum tipo de amadurecimento em termos grupais, o que proporcionará uma maior interação da equipe. Existe a possibilidade de, diante de situações de crise, haver um retrocesso para formas de funcionamento menos maduras <sup>25</sup>.

A apresentação destes dois vocábulos juntos justamente em um momento de crise sanitária mundial, que envolveu de forma inegável a defesa do conhecimento científico, faz-se pensar na importância em se fortalecer a importância do Conhecimento no âmbito das práticas e da gestão em saúde. Ao olharmos para os Elementos de contraste desta representação vemos a presença dos vocábulos *Aprendizagem*, *Responsabilidade* e *Perícia*, que podem reforçar esta ideia, o que se justifica e é validado ao analisarmos o que foi apresentado na Figura 3, a Rede Ego Centrada de Conhecimento e o Grupo de sentido GS1, em que se vê as fortes relações existentes entre estes 3 vocábulos intercomunicados (profundidade 2 da Rede Ego) pelo vocábulo Equipe multidisciplinar Profundidade 1 da Rede Ego).

É possível refletir, portanto, que as equipes multidisciplinares, para alcançarem o conhecimento necessário à uma prática do fazer saúde efetiva e eficaz necessita estar relacionada a uma aprendizagem dos processos de saúde rotineira imbuída de constante responsabilidade das suas ações.

As equipes multiprofissionais, diferentemente das equipes interdisciplinares e transdisciplinares, são tidas como equipes que integram diversos profissionais de diferentes profissões e estes deverão atender os mesmos pacientes em uma escala de tempo, compartilham plantões e serviços, porém, não compartilham seus saberes,agem isoladamente conforme o saber técnico de cada profissão <sup>26</sup>.

As equipes interdisciplinares pressupõem discussões e trocas de saberes, tendo, assim, a possibilidade de troca de instrumentos, técnicas, metodologia e esquemas conceituais entre as diferentes profissões. A transdisciplinaridade diz respeito a uma compreensão que transcende o âmbito de cada disciplina e surge através da articulação que possibilita o surgimento de uma nova visão da natureza e da realidade. Tem sua coordenação assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder <sup>26</sup>.

Faz-nos refletir na importância da busca de conhecimento para que haja trocas de saberes entre os profissionais que compõe a equipe de saúde e para que, de fato, haja engajamento e esta seja atuante e determinante para um cuidado ativo e funcional.

Vale ressaltar que, de uma forma coloquial o termo equipe multidisciplinar é utilizado para tratar todas as vertentes e definições existentes teoricamente, ou seja, não é possível afirmar que não haja a existência de uma equipe interdisciplinar ou transdisciplinar em funcionamento neste campo de estudo, porém, o que é percebido nas rotinas entre os profissionais de saúde é a que a terceira classificação, a transdisciplinar, encontra-se muito mais no campo teórico do que prático.

A equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. As equipes de saúde seriam vistas como base principal de organização dos serviços de saúde. O trabalho consiste na ação racional teleológica, abrangendo a ação instrumental e a ação estratégica: a primeira, orientada por regras



técnicas, e a segunda, por máximas e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão do outro. Como ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho busca o êxito na obtenção de determinado resultado <sup>27</sup>.

Ao olharmos para os demais elementos de contraste verificamos que *Cuidado*, *Humanização* e *Empatia*, por aproximação semântica são vocábulos possuidores de significados e simbolismos que se então significativamente relacionados com a dimensão afetiva das representações sociais. São termos que se opõe ao simbolismo acadêmico de Conhecimento, ao contexto semântico prático de Equipe Multiprofissional, mas que se justificam em existirem no universo semântico de executores das práticas de gestão e de serviços de saúde.

Moscovici afirma seu desacordo com a visão defensora de que quando o indivíduo sofre um estímulo que afeta sua representação, está por sua vez indica a resposta adequada a se ter. Ou seja, ele rejeita a visão de que a representação seria uma mediadora situada entre o estímulo e a resposta. Para Moscovici, a representação não fica entre o estímulo e a resposta, ela é anterior a ambos <sup>28</sup>.

Neste contexto, Abric (1994:231) especifica mais acerca das condições necessárias para que a representação afete o ato. Primeiramente ele afirma que é necessário que a situação "tenha urna carga afetiva forte, e onde a referência -explícita ou não- à memória coletiva é necessária para manter ou justificar a identidade, a existência ou a prática dos grupos" Abric <sup>24</sup>. Este primeiro caso é o que o autor denominou como práticas significantes e correspondem, segundo Abric, ao que Moscovici analisa como "ações representacionais", ou seja, um conjunto de condutas regulares, sem contradição com as normas, realizadas em acordo com o grupo.

É isto que vemos nesta representação, ações pautadas em simbolismos afetivos que estão de acordo com protocolos e regras pensadas e estipuladas há anos, a exemplo da Declaração Universal dos Direitos Humanos e de todos os avanços éticos e bioéticos advindos desde o Código de Nuremberg até os tempos atuais, além de fazerem parte da cultura humana. Prestar cuidados aos seres humanos sempre foi uma atividade de domínio das mulheres, por experienciarem a gestação, o parto e o puerpério realizavam uma assistência baseada nas suas próprias experiências e no

saber popular passados de mães para filhas <sup>29</sup>. Ao longo do tempo esta ação passou a fazer parte daqueles que dedicam suas vidas a cuidar da saúde de outrem, os profissionais da saúde.

Para tanto, surge em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), ou HumanizaSUS, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Tem como diretrizes o acolhimento; a gestão participativa e cogestão; a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários.

É importante mencionar que o termo “Acolhimento” está em uma subrede, em um componente menor quando comparado com a rede total, equivale a um grupo de sentido único, não possuindo arestas com outros componentes da rede, inclusive o componente gigante. Na rede, “acolhimento” emerge como 2ª periferia. Sua rede interna (rede ego) é formada por termos como Incentivo, Paciência, Amamentação e SuporteMãe.

Isso permite refletir sobre a práxis profissional no âmbito da Rede Cegonha, já que em suas diretrizes há a preconização de que as ações executadas neste âmbito estejam em consonância a HumanizaSUS e, nesta, o acolhimento é uma estratégia de interferência nos processos de trabalho e de avaliação de risco como dispositivo tecnológico, promovendo mudanças no trabalho da atenção e da produção de saúde. Talvez, para os profissionais envolvidos o termo Acolhimento esteja mais intimamente relacionado ao próprio Programa Rede Cegonha, em seu constructo teórico, do que à prática que eles exercem cotidianamente. Segue abaixo justificativa para ter escolhido o termo Acolhimento como o mais importante para esta evocação:

Por trás da criança não é só uma criança, tem toda uma família, um contexto, uma história, então eu acho que é muito importante o acolhimento, tanto do bebê como dos familiares porque o bebê, por mais que pareça que não entende, ele já sente, entende. I. 02

É importante salientar que, sob a ótica do PNH as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar

conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

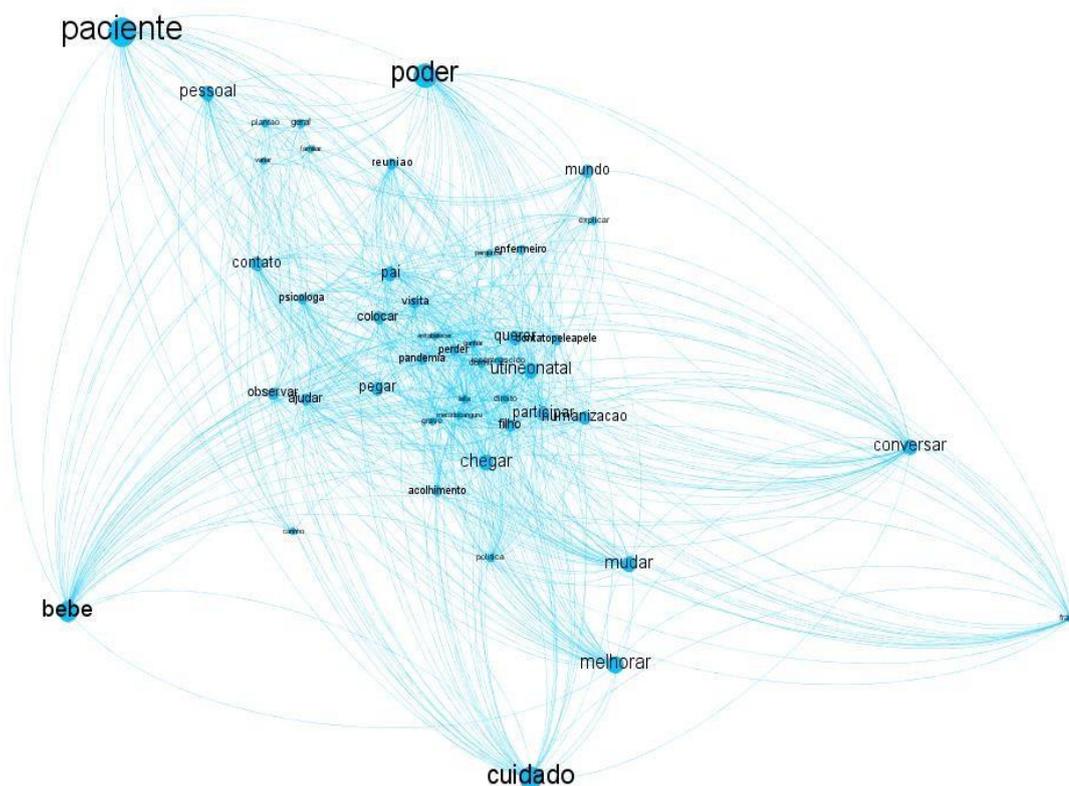
### **Análise e discussão do *corpus* da entrevista semiestruturada**

No modelo AnCo-REDES existem três possibilidades para a construção de uma rede semântica de representações sociais: rede de palavras evocadas, rede de textos provenientes de entrevistas e rede de textos oriundos de artigos científicos. A categoria de análise a seguir foi constituída após a identificação da existência de grupos de sentido que emergiram do modelo após a análise do material coletado a partir da entrevista semiestruturada <sup>10</sup>.

Um grupo de sentido no modelo AnCo-REDES tem a finalidade de auxiliar a análise cognitiva do conteúdo das representações sociais como estratégia de categorização das evocações a partir das relações mais densas entre os vértices através da utilização de um algoritmo de detecção de comunidades (*modularity class*) <sup>12</sup> (pág. 99). É possível, assim, um aprofundamento analítico que se aproxima da vertente processual da Teoria das Representações Sociais.

Dentre os grupos de sentido (GS) detectados pela análise, foi escolhido o que se relacionava aos achados da estrutura representacional discutida anteriormente. O GS foi nomeado à semelhança de uma categoria temática.

Figura 4: Sub-rede do GS11 “O cuidado do paciente pautado na humanização e no acolhimento da família” / Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS11.



Vértices principais: Paciente, cuidado, poder, bebê, melhorar, mudar, mundo, conversar, chegar, pessoal, contato, humanização, participar, pai, acolhimento, observar, ajudar, filho.

A Rede Cegonha é uma estratégia que visa assegurar a efetividade da rede de cuidados materno e infantil, para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, a gravidez, ao parto e ao puerpério; assim como às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Em suas diretrizes há o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização <sup>30</sup>.

Neste GS é possível perceber a dimensão afetiva RS, que está associada à dimensão prática das RS dos profissionais, equipes e gestores, que participaram desta pesquisa. Denise Jodelet <sup>8</sup> (p. 37), reconhece a importância das emoções ao argumentar que (...) *os fenômenos cognitivos engajam a pertença social dos indivíduos com as implicações afetivas e normativas (...) à qual estão ligados*. Para ela, as

representações sociais devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas intervirão.

Percebe-se que estes profissionais entendem a sua realidade de cuidados e de gestão dos processos de saúde como um universo extremamente delicado, pois está balizado em atores sensíveis, são famílias inteiras envolvidas neste processo de cuidar, não é apenas um corpo, é um universo intrafamiliar que necessita ser acolhido.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva <sup>31</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As Representações Sociais da prática profissional dos gestores e equipes de saúde participantes desta pesquisa permeiam a simbologia semântica que envolve os vocábulos *Conhecimento e Equipe Multidisciplinar*, termos inerentes à práxis destas categorias profissionais. Além disto, a estrutura representacional apresentada e discutida neste trabalho aponta para a existência de uma provável representação social em movimento, o que se justifica ao analisar e discutir os meandros do momento histórico em que nos encontramos atualmente.

Tendo em vista que o objeto desta representação é a Prática Profissional dentro do programa Rede Cegonha, as RS assumiram dimensão importante, pois possibilitaram a apreensão dos processos e mecanismos pelos quais o sentido do objeto de trabalho é construído pelos profissionais nas suas relações rotineiras, partilhadas em seu grupo de pertença. As práticas em saúde apresentadas e discutidas neste trabalho se mostraram coerentes ao que é preconizado pelo Programa Rede Cegonha, mas

muito mais complexas do que uma simples leitura de um programa de saúde pode apontar.

As práticas de saúde e de gestão são complexas, portanto, não há como reduzi-las a linhas e ditames teóricos, haja vista que as estratégias de intervenção em saúde são efetivadas por pessoas, que agem segundo suas representações.

## REFERÊNCIAS

1. Sá CP de. A Construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais. Rio de Janeiro: Uerj; 1998.
2. Garlet ER, Lima MAD da S, dos Santos JLG, Marques GQ. Work organization of a health team in attending the user in urgency and emergency situations. *Texto e Context Enferm* 2009;18:266–72.
3. Cavalcanti PC da S, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR de, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2013;23:1297–316.
4. Silva LBRA de A, Angulo-Tuesta A, Massari MTR, Augusto LCR, Gonçalves LLM, Silva CKRT da, et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. *Cien Saude Colet* 2021;26:931–40.
5. Abric J-C. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In: *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne: Érès;2003. p. 60–80.
6. Pianelli C, Abric J-C, Saad F. Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation. *Les Cah Int Psychol Soc* 2010;86:241–74.
7. Sá CP de. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicol* 1996;4:19–33.
8. Jodelet D. *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
9. Almeida AM de O. A Pesquisa em Representações Sociais: Proposições teórico-metodológicas. In: Santos M de F de S, Leda Maria de Almeida, editors. *Diálogos com a Teoria da Representação Social*. Recife: edUFAL/edUFPE; 2005. p. 117–60.
10. Lopes CRS, Vilela ABA, Pereira HB de B. *AnCo-REDES: Modelo para análise cognitiva de Representações Sociais*. Curitiba: Appris; 2018.
11. GEPHI Versão 0.9.2. [Software]. 2017. Sep 30. Disponível em: <https://gephi.org/>

12. Lopes CRS. AnCo-REDES \_ AnCo-REDES: Modelo para análise cognitiva de Representações Sociais: uma aplicação a partir da abordagem estrutural das representações sociais. Universidade Federal da Bahia; 2014.
13. Lopes CRS, Cardoso JPC, Meira SS, Casotti CA, Vilela ABA, Pereira B de B. Significado De Corresidência Na Visão De Idosos : Uma Estratégia Para Análise Cognitiva com Uso de Redes Semânticas. *Saúde.com* 2015;11:174– 82.
14. Freeman LC. Centrality in social networks conceptual clarification. *Soc Networks* 1978;1:215–39.
15. Wasserman S, Faust K. *Social network analysis: methods and applications*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
16. Newman MEJ. Finding community structure in networks using the eigenvectors of matrices. *Phys Rev E* 2006;74:22.
17. Abric J-C. A organização das representações sociais: sistema central e sistema periférico. In: *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1994.
18. Oliveira DC de. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013;21:276–86.
19. Jovchelovitch S. *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes; 2008.
20. Amoretti J. *Participação e mudança: representações sociais de práticas políticas na voz de delegados do Fórum Social Mundial*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2003.
21. Marx K. *O Capital*. 2nd ed. São Paulo: Boitempo; 2013.
22. Antunes R. *O Caracol e sua Concha: ensaios sobre a morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo; 2005.
23. Souza KR de, Rodrigues AM dos S, Fernandez VS, Bonfatti RJ. A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis. *Saúde em Debate* 2017;41:254–63.
24. Abric J-C. *Les représentations sociales: aspects théoriques*. In: Abric J-C, editor. *Pratiques sociales e représentations*. Paris: Presses Universitaires de France; 1994
25. Peduzzi M, Oliveira MA de C. Trabalho em equipe multiprofissional. In: Martins M de A, Flair José Carrilho, Alves VA, Castilho EA de, Cerri GG. *Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva,*

- saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri: Manole; 2009.
26. Galván GB. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. *Rev da Soc Bras Psicol Hosp* 2007;10:53–61.
  27. Habermas J. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa: Edições 70; 1994.
  28. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S, editor. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 29–109.
  29. Coutinho MDPDL, Lima A da S, Oliveira FB de, Fortunato ML. *Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar*. João Pessoa: Universidade Federal Da Paraíba; 2003.
  30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No 1.459, de 24 de junho de 2011 [Internet]. Brasília; 2011.
  31. Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização* [Internet]. Brasília; 2003.



### **MANUSCRITO 3**

TÍTULO:

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE PARA GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE DO PROGRAMA REDE CEGONHA

AUTORAS:

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana

Alba Benemérita Alves Vilela

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Cristina Setenta Andrade.

## **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE PARA GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE DO PROGRAMA REDE CEGONHA**

Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana

Alba Benemérita Alves Vilela

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Cristina Setenta Andrade.

### **RESUMO**

O presente artigo objetiva discutir o programa Rede Cegonha a partir do conceito de boas práticas das equipes de saúde e gestores hospitalares participantes da pesquisa. Trata de uma pesquisa descritiva-exploratória de natureza quanti-qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural e conforme os estudos pioneiros de Moscovici, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, da Universidade Federal do Mato Grosso, sob parecer de Nº: 4.185.977. Os participantes da pesquisa foram 21 profissionais, de um total de 74 que se encaixavam nos critérios de inclusão (dentre estes profissionais das equipes de saúde e gestores de saúde). O local de estudo foi Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), na cidade de Cuiabá, Mato Grosso. 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 agosto a novembro de 2020. Realizou-se análise cognitiva por meio da geração de rede semântica através da aplicação do modelo AnCo-REDES. Os resultados apontaram como prováveis componentes da estrutura das representações sociais dos profissionais os termos: *Cuidado* como núcleo central; *Estudo*, *Humanização* e *Atualização*, como primeira periferia e os termos *Qualidade* e *Técnica* como elementos de contraste. Entende-se que as representações aqui discutidas possuem caráter afetivo, mas também se relacionam fortemente à dimensão da atitude, proposta por Moscovici.

**Palavras-chave:** Rede Cegonha. Boas práticas. Teoria das Representações Sociais. AnCo-REDES. Sistema Único de Saúde.

### **ABSTRACT**

This article aims to discuss the Rede Cegonha program based on the concept of good practices of health teams and hospital managers participating in the research. This is a descriptive-exploratory research of a quantitative-qualitative nature, based on the Theory of Social Representations, a structural approach and in accordance with Moscovici's pioneering studies, having been approved by the Research Ethics Committee of the Júlio Müller University Hospital, of the Federal University of Mato Grosso. Grosso, under opinion No.: 4,185,977. The research participants were 21 professionals, out of a total of 74 who fit the inclusion criteria (among these professionals from the health teams and health managers). The study site was Júlio Müller University Hospital (HUJM), in the city of Cuiabá, Mato Grosso. Data were collected through a form containing general questions about the training and performance of the participants; of the Free Word Association Technique (TALP), using as an inducing term "Professional Practice" and a semi-structured interview, taking place from August to November 2020. Cognitive analysis was carried out through the generation of a semantic network through application of the AnCo-REDES model. The results showed as probable components of the structure of the professionals' social representations the terms: Care as a central nucleus; Study, Humanization and Update, as the first periphery and the terms Quality and Technique as elements of contrast. It is understood that the representations discussed here have an affective character, but they are also strongly related to the attitude dimension, proposed by Moscovici.

**Key-words:** Stork Network. Good health. Social Representations Theory. AnCo-REDES.

### **INTRODUÇÃO**

Representações Sociais abrangem conceitualmente um conjunto de fenômenos e os conceitos que os engloba, além da teoria que foi elaborada para explicar estes

fenômenos. Serge Moscovici, psicólogo social francês, foi o precursor desta teoria no ano de 1961 e, para ele, o tipo de realidade social que aponta este conceito está relacionada a um conjunto de elementos de natureza diversificada, incluindo processos cognitivos, inserções sociais, fatores afetivos e sistemas de valores (SÁ, 2002).

O Ministério da Saúde, profissionais e organizações de mulheres deram início a um movimento na década de 80 almejando modelos de atenção ao parto que garantissem às mulheres direito ao planejamento reprodutivo, atenção de qualidade durante a gravidez, parto e puerpério e, também, visando um nascimento seguro, como cuidado centrado na mulher, garantindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que versam sobre a integralidade, universalidade, igualdade e organização dos diversos níveis da atenção materno-infantil (KAFULAFULA, 2020).

O Programa Rede Cegonha (RC), fundado no ano 2011, tem a assistência humanizada ao parto como um dos seus pilares. Um dos seus principais objetivos trata-se de reduzir a mortalidade materna e neonatal a partir da promoção de um modelo qualificado e humanizado de atenção (BRASIL, 2011).

Brasil reduziu em 8,4% entre 2017 e 2018 a Razão de Mortalidade Materna (RMM), um dos principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. Em 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto no ano anterior era de 64,5. Óbito materno é definido como a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2020).

No Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no SIM, sendo que aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. As causas obstétricas indiretas resultam de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período. De 1996 a 2018, essas causas foram responsáveis por 29% das mortes maternas e o restante foi classificado como causas obstétricas inespecíficas (BRASIL, 2020).

Apesar dos ganhos, o país está acima das metas firmadas com a ONU nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que é de reduzir em pelo menos dois terços

da razão de mortalidade materna, que, no caso do Brasil, seria de alcançar taxas de 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos aproximadamente, até 2030 (WHO, 2015; BRASIL, 2011).

A redução da mortalidade materna no Brasil permanece como sendo um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Se configura como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (IFF FIOCRUZ, 2020).

Diante desta triste realidade, faz necessário refletir a respeito das Boas Práticas no âmbito do Programa Rede Cegonha a partir do olhar das equipes de saúde e dos Gestores desta realidade. Sendo assim, esta pesquisa objetivou apreender as Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca das Boas Práticas em saúde na perspectiva do Programa Rede Cegonha.

## **MATERIAIS E MÉTODO**

Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza quanti-qualitativa, fundamentando-se na Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural, segundo a ótica de Abric e Celso Sá, e abordagem processual, proposta por Moscovici em sua grande Teoria (ABRIC, 2003; PIANELLI, 2010; SÁ, 1996; MOSCOVICI, 1981).

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, 2003). Esta pesquisa foi constituída por 21 participantes, de um total de 74 profissionais

(dentre estes profissionais das equipes de saúde e gestores de saúde) que se encaixavam nos critérios de inclusão, e formada por 5 Técnicas de Enfermagem, 8 Enfermeiras, 5 Fisioterapeutas, 2 Médicas e 1 Fonoaudióloga, todas mulheres. Os demais profissionais se recusaram a participar; desistiram ou não trabalhavam nos dias e turnos disponibilizados para a coleta de dados (manhãs e tardes, de segunda à sexta-feira).

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), na cidade de Cuiabá, Mato Grosso, tido como referência no estado, no atendimento a mulheres gestantes de alto risco, em que o Programa Rede Cegonha foi iniciado no ano de 2012, mediante o Convênio Assistencial nº 05/2012. A administração trabalha com o atendimento à gestante, puérpera e ao recém-nascido dentro do que é preconizado na rede.

A coleta de dados se deu na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e anexos, Unidade de Ginecologia e Obstetrícia e anexos e no setor de Pediatria. Ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2020, de segunda a sexta-feira, conforme permissão concedida pelos gestores. Inicialmente havia a permissão da coleta de forma presencial, mas com o avanço da pandemia não foi possível dar continuidade in loco, sendo necessária a readequação para a forma remota por meio de reuniões na plataforma *Google meet*. Os pesquisadores responsáveis entravam em contato com a participante, após aceitar participar ele assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, apenas após esta assinatura fazíamos a entrevista remota.

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 “Boas Práticas”. 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.

Nesta pesquisa, a interpretação do conteúdo da representação ocorreu a partir de uma triangulação de dados feita por meio da análise dos dados se utilizando do Modelo AnCo-REDES (LOPES, 2014), além disto, as justificativas para a evocação de determinado termo como sendo o mais importante durante a aplicação do TALP foram utilizadas na discussão como forma de elucidar os achados, favorecendo a compreensão destes.

Através do Modelo AnCo-REDES (LOPES, 2018) foi possível a geração de redes semânticas das evocações dos participantes; a geração de Redes Ego Centradas da rede de evocações livres e a geração de grupos de sentido das evocações livres e do corpus de análise das entrevistas semiestruturadas.

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 $E_c < 0,45$

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 ( $Ec$ ), 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).

Este trabalho encontra-se pautado na Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, acerca do respeito pela dignidade humana e pela proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, respeitando as questões éticas, políticas e religiosas dos entrevistados. Também está de acordo com a Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016, que considera que a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes. A coleta de dados ocorreu após a leitura, compreensão e assinatura do TCLE por todos os participantes. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUIJM, da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), sob parecer de N°: 4.185.977.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

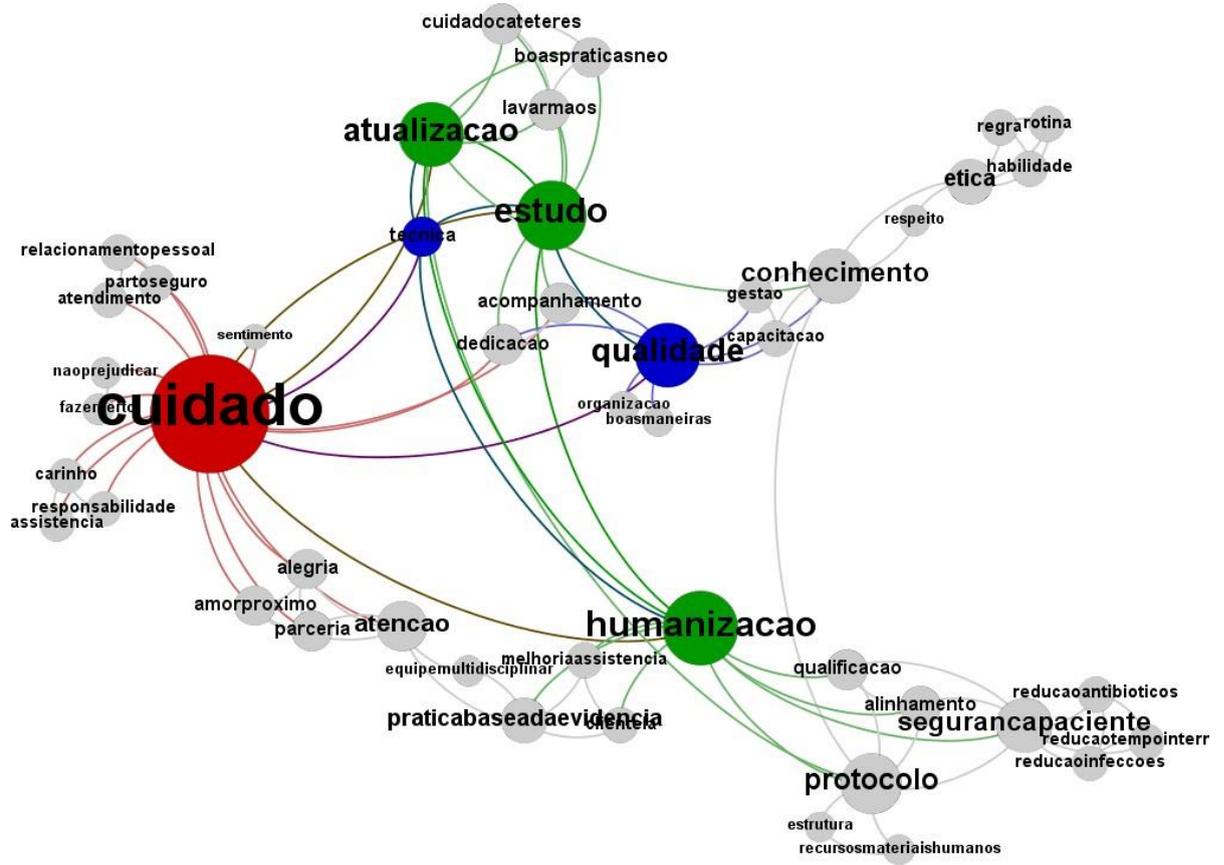
As evocações das participantes da pesquisa constituíram um dos *corpus* de análise de redes, que evidenciou 47 vértices (termos evocados sem repetições) e 103 arestas (conexões entre os vértices). As características topológicas da rede não fazem parte do escopo desta pesquisa.

A aplicação do modelo AnCo-REDES possibilitou a identificação dos componentes das representações sociais do grupo social de equipes de saúde e gestores hospitalares. O vértice identificado como constituinte do NC segundo a análise de Redes foi, *Cuidado*. Como elementos de Primeira Periferia obteve-se os vocábulos *Estudo*, *Humanização* e *Atualização*. Os Elementos de Contraste evidenciados foram *Qualidade e Técnica*. O Grau médio da rede ( $\langle k \rangle$ ) foi de 4,383.

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  $Ec$  dos elementos da representação.



Figura 2. Rede semântica de palavras evocadas para “Boas Práticas”.



Fonte: Dados da Pesquisa

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

ELEMENTOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL	VÉRTICE			
	Label	$C_g$	$E_c$	$C_i$
NÚCLEO CENTRAL	Cuidado	20	1	0.295
PRIMEIRA PERIFERIA	Estudo	10	0.719	0.047
	Humanização	11	0.682	0.162
	Atualização	09	0.653	0.094
ELEMENTOS DE CONTRASTE	Qualidade	09	0.491	0.108
	Técnica	04	0.449	0
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

A abordagem estrutural das representações sociais elucidada que o NC tem função geradora de significado e de organizar a representação; a primeira periferia demonstra os elementos periféricos mais importantes e exerce a função de confirmar os sentidos identificados a partir do NC, enquanto a zona de contraste se refere aos elementos que possuem baixa frequência, mas são considerados importantes pelos sujeitos (SÁ, 1996; ABRIC, 1998).

Nesta perspectiva, Moscovici sistematiza três dimensões presentes nas representações sociais, (análise dimensional) (1978, p. 71), quais sejam: a informação (conceito), o campo de representação (imagem) e a atitude. A informação corresponde à organização de conhecimento de um determinado grupo acerca de um objeto social (IBÁÑEZ GRACIA, 1988). O campo de representação remete-nos à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições relacionadas a um aspecto preciso do objeto das representações (MOSCOVICI, 1978, p. 69), referindo-se, portanto, à organização dos elementos já estruturados na representação.

Destarte que, Tafani e Souchet (2003) lembram que as **atitudes** são definidas como respostas avaliativas baseadas em informações realizadas sobre o objeto de atitude, e elas são consideradas como o resultado de crenças associadas com um determinado objeto, ponderadas pelo valor investido nessas crenças ou representações. Moscovici e Marková (2003) ressaltaram que adquirir uma atitude para com um objeto significa que você deve ter uma representação, que é parte de seu conhecimento cultural, ou do conhecimento popular, como também parte de uma cognição.

A atitude seria a mais frequente das dimensões e se refere à orientação de comportamentos acerca do objeto da representação social, sendo ela quem dinamiza e orienta decididamente as condutas relacionadas ao objeto, provocando reações emocionais imediatas, comprometendo as pessoas com maior ou menor intensidade (IBÁÑEZ GRACIA, 1988, pp. 46-47). Relaciona-se à orientação valorativa que o grupo tem frente a este objeto, sendo está favorável ou desfavorável. A organização dessas atitudes se apresenta sob a forma de RS.

O modelo de atenção proposto pela RC indica mudanças no cuidado à saúde da mulher e da criança, ocasionando como diretriz a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento. Uma das ações é o incentivo à maior participação da enfermeira na assistência pré-natal, ao parto e nascimento, incluindo financiamento do

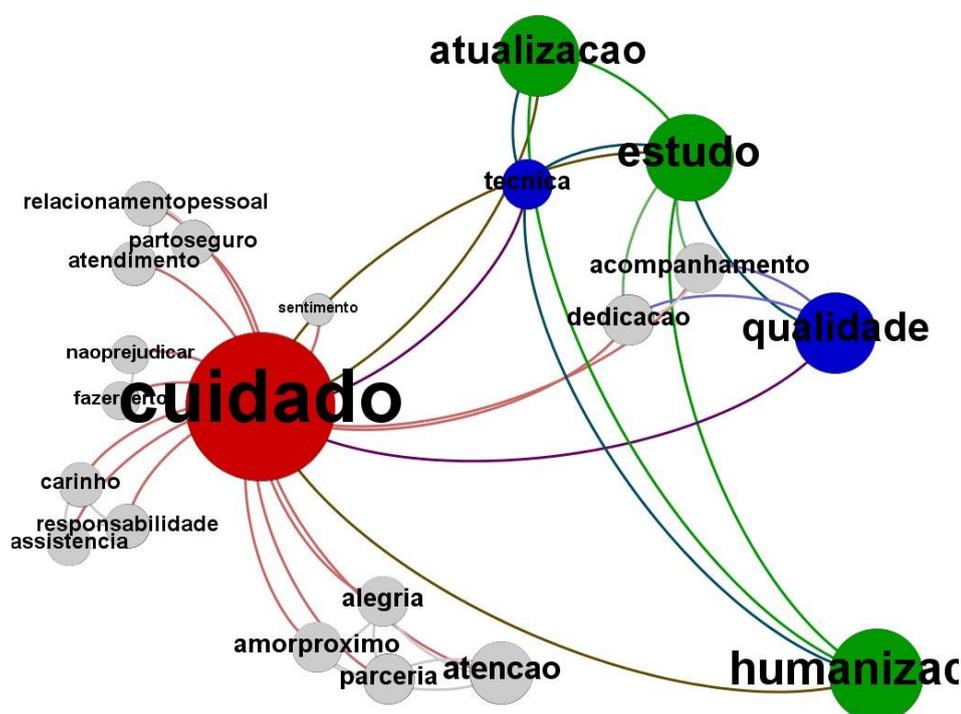
Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) e cursos de aprimoramento de enfermeiras obstétricas em todo o território nacional. Essas diretrizes possibilitaram a ampliação da assistência à mulher pela enfermagem obstétrica/obstetrix, propiciando a ampliação das boas práticas no cuidado ao parto e diminuição das intervenções desnecessárias (SANTOS, SOUZA, 2020).

A RC se contrapõe à lógica do modelo hegemônico, caracterizado por alta frequência de cesariana, medicalização do parto e nascimento, abortos inseguros e taxas elevadas de morbimortalidade perinatal. Volta-se para a promoção de partos e nascimentos saudáveis, possibilitando a privacidade, autonomia e protagonismo da mulher, sem intervenções desnecessárias. Vê-se que estas mudanças estão relacionadas a aspectos ligados ao processo de trabalho, a uma gestão horizontalizada em relação à assistência, entre as categorias profissionais e entre profissionais e usuárias (CAVALCANTI, 2013).

As práticas de saúde dos profissionais são permeadas pelas representações que estes possuem sobre o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) integralidade, neste caso, a sua esfera relacionada ao cuidado. Estas representações evidenciam um amplo espectro de subjetividades e saberes que, em sua maioria, fundamentam e determinam o cotidiano de seus processos de trabalho. Ter a possibilidade de acessar e de também compreender estas referidas representações permite aos pesquisadores identificar possíveis lacunas a serem enfrentadas pelo desencadeamento de novos processos de formação em saúde (ARCE, SOUZA, 2013).

A seguir apresentamos a rede egocentrada do vocábulo “Cuidado”, evidenciando as relações mais fortemente estabelecidas pelo NC na rede semântica identificada e analisada a respeito das representações sociais das boas práticas em saúde para os profissionais em questão.

Figura 3. Rede-ego “Cuidado”.



Fonte: Dados da pesquisa.

Vemos que “Cuidado” mantém relações fortemente estabelecidas com os termos que compõe a Primeira periferia e os Elementos de Contraste, o que permite inferir que esta Representação Social está estabelecida em um grupo social que dialogue e constrói sua imagética cognitiva a partir destes constructos simbólicos. E assim, voltamos à discussão da Atitude, já que boas práticas estão intimamente relacionadas à práxis profissional, ao fazer saúde no cotidiano dos serviços e estabelecimentos de saúde.

Além dos demais elementos que compõe a estrutura das Representações Sociais aqui apresentadas vemos que o NC mantém relações diretas com outros vocábulos, a destacar: “acompanhamento”, “dedicação”, “alegria”, “parceria”, “amor”, “responsabilidade”, “carinho”, “assistência” e “parto seguro” e “sentimento”.

Para Waldow (2008), as atividades de cuidar só podem ser assim consideradas ao serem desempenhadas quando estão acompanhadas de um comportamento

emocional. Para Spink (2013), as representações sociais possuem uma dimensão afetiva e, juntamente com os aspectos operativos e figurativos, é responsável pela estruturação das representações sociais. O NC desta representação denota uma grande carga simbólica associada à dimensão da atitude, já que o cuidado está intimamente relacionado à prática dos profissionais da saúde, como foi dito anteriormente, e, também, afetiva, haja vista os termos “alegria”, “amor”, “carinho” e “sentimento” estarem em sua rede mais íntima de relações.

A dimensão da atitude está claramente presente ao lê-se analiticamente os termos “acompanhamento”, “dedicação”, “parceria”, “responsabilidade”, “assistência” e “parto seguro” e “técnica”. Merhy (2000) sinaliza que a dimensão do cuidado está diretamente ligada a uma relação de acolhimento e vínculo que permite, por meio de processos de fala e escuta, a relação do profissional com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades.

De tal modo, diferentes saberes podem ser organizados na elaboração e condução de projetos terapêuticos. Segundo o autor supracitado, a produção do cuidado ocorre no espaço relacional entre profissional e usuário no qual são produzidos os atos de saúde e isto faz com que o processo de trabalho em saúde se torne singular.

A respeito do cuidado humano e das práticas de saúde, Maia e Vagheti (2008) consideram que a experiência de ser, existir e viver em um mundo contraditório e em transformação evidencia alguns pressupostos da essência do cuidado, como a relação intrínseca com os processos histórico-sociais. O cuidado humano é uma expressão da humanidade, um processo contínuo de sensibilidade, troca e atitude, sobretudo ética, de viver em sintonia consigo e com os outros. Portanto, o fato de viver em sociedade influencia as escolhas e as decisões, estando o cuidado abalizado no diálogo e no pacto social estabelecido quando da vida em sociedade, seja com a diversidade social, cultural, ou outras tantas que possuímos e estes pressupostos contribuem, ou deveriam contribuir, para a conformação das práticas de saúde em diferentes contextos e realidades.

Sobre a Primeira Periferia da representação em questão, identificou-se os termos Estudo, Humanização e Atualização. É possível inferir que estes termos sustentam o conceito do NC, pois o cuidado humano está intimamente relacionado à dimensão afetiva, como discutido anteriormente, e esta não poderia dissociar-se da humanização da assistência em saúde, como veremos a seguir, mas que, para que haja benefícios concretos à cada singularidade humana que recebe esse cuidado é preciso que a técnica, o procedimento aplicado a este corpo, a este ser esteja pautado em estudos acadêmicos, em constantes atualizações, ou seja, que esteja pautada no conhecimento científico vigente.

Humanização do parto relaciona-se à qualidade da assistência proporcionada às gestantes, parturientes e puérperas. Está associado ao lugar central da mulher no processo do nascimento; ao seu direito de estar bem-informada e de tomar decisões em relação ao próprio corpo, à gestação e ao parto e, também, ao direito dessas mulheres de serem ouvidas. Portanto, é importante reconhecer que as políticas públicas empreendidas pelo Ministério da Saúde no Brasil, reunidas e redimensionadas a partir da criação da Rede Cegonha, despontam como ações acertadas, que efetivamente promovem mudanças alvissareiras nos processos de atenção ao parto e nascimento, com a redução efetiva de desfechos maternos e neonatais indesejados (LEAL, et al, 2021a).

Estas ações, inclusive, devem ser valorizadas e aprofundadas, com a estruturação dos serviços prestados pelo SUS. Além dos debates e campanhas públicas, o desafio da universalização do parto humanizado envolve a consolidação de arranjos institucionais no campo da saúde reprodutiva haja vista o fato desta não ser apenas uma demanda pontual em benefício da sociedade, o aperfeiçoamento das políticas públicas voltadas para a humanização do parto é um direito social e um dever do Estado (LEAL, et al, 2021b).

A exemplo do que está sendo discutido, apresenta-se uma fala de uma participante da pesquisa, Indivíduo 18, como justificativa para ter evocado o termo “humanização” como sendo o mais importante no ato da evocação livre de palavras:

[...] Hoje existe um foco na humanização porque a assistência deixou de ser humanizada, se ela fosse humanizada, o tema não precisaria estar tão em foco. E a partir do momento em que a gente tirou isso, a gente tirou o protagonismo das mulheres, a gente tirou a vontade delas de dentro da assistência, e eu acho que isso tem que voltar. Eu acho que tem que ter a vontade própria dentro de um sistema de saúde, elas não podem simplesmente serem ignoradas sobre o que elas sentem, sobre o que elas têm vontade de fazer. I 18

A respeito dos **Elementos de Contraste** identificados nesta pesquisa, “qualidade” e “técnica”, é possível verificar que corroboram com os achados da primeira periferia e do NC, haja vista que Cuidado, Humanização necessitam de uma qualidade na oferta destes serviços e das técnicas empregadas, e para que haja essa qualidade técnica é preciso que estudos e atualizações ocorram constantemente nos serviços de saúde, para tanto existe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS).

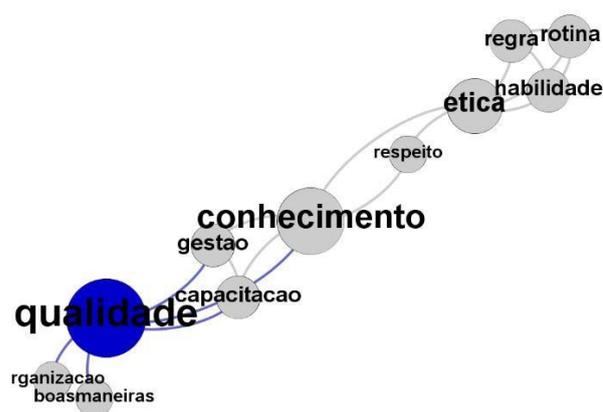
A EPS, instituída no ano de 2004, é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto.

A respeito de cuidado e técnica, deve-se estabelecer uma abertura na relação terapêutica, assim, o profissional, sujeito cuidador, participa do momento assistencial se utilizando de arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades de saúde do usuário, num processo de reconstrução de intersubjetividades apoiado na tecnologia, mas sem que a intervenção em saúde se limite a ela. Deste modo, cuidar da saúde passa pelas competências e tarefas técnicas, mas significa mais que tratar, curar ou controlar, trata-se de respeitar a singularidade do outro, o que desconstrói a perspectiva fragmentária das práticas de saúde a partir da expansão da **atitude** cuidadora (AYRES, 2001).

A seguir apresentamos o Grupo de sentido GS06, resultante do corpus de análise do TALP, tendo como vértice de maior importância o vocábulo “qualidade”. Um grupo de sentido no modelo AnCo-REDES tem a finalidade de auxiliar a análise cognitiva do conteúdo das representações sociais como estratégia de categorização das

evocações a partir das relações mais densas entre os vértices através da utilização de um algoritmo de detecção de comunidades (*modularity class*) (LOPES, 2014, pág. 99). É possível, assim, um aprofundamento analítico que se aproxima da vertente processual da Teoria das Representações Sociais.

Figura 4. Grupo de sentido GS06



Fonte: Dados da pesquisa.

A RC é uma estratégia que envolveu a consolidação de uma cultura de planejamento reprodutivo e pré-natal, incluindo a criação de residências e cursos especializados na área da saúde da mulher, com formações específicas em enfermagem e em gestão participativa e fiscalização hospitalar. Leal et al (2019) indicaram avanços nos indicadores obstétricos a partir da implantação do Rede Cegonha, refletindo no sentido de que esta é uma estratégia que envolveu a consolidação de uma cultura de planejamento reprodutivo e pré-natal, incluindo a criação de residências e cursos especializados na área da saúde da mulher, com formações específicas em enfermagem e em gestão participativa e fiscalização hospitalar.

Os resultados da pesquisa supracitada mostram melhorias expressivas, entre os anos 2011 e 2017, marco de sete anos de criação do programa Rede Cegonha, entre estes o significativo aumento da taxa de partos vaginais; aumento da presença nas maternidades de acompanhantes de livre escolha das gestantes; aumento no uso de métodos não farmacológicos para o abrandamento de dores físicas; e maior liberdade de movimento para a gestante nos momentos preliminares ao parto, Assim, com todos



os desafios existentes e urgentes, a qualidade da atenção ao parto e nascimento no Brasil está em processo de mudança para melhor, a partir de iniciativas de qualificação do modelo de saúde brasileiro (LEAL et al, 2019).

Neste sentido o GS06 demonstra, através do vértice “qualidade”, que é elemento de contraste, e demais vértices a ele relacionados nesta categoria temática, “conhecimento”, “gestão”, “capacitação”, “organização”, “ética”, “regra”, “rotina” e “habilidade”, uma percepção e construção cognitiva de elaboração da realidade do programa Rede Cegonha e das boas práticas que estes preconizam condizentes com o que vem sendo visto ao longo destes 10 anos de existência.

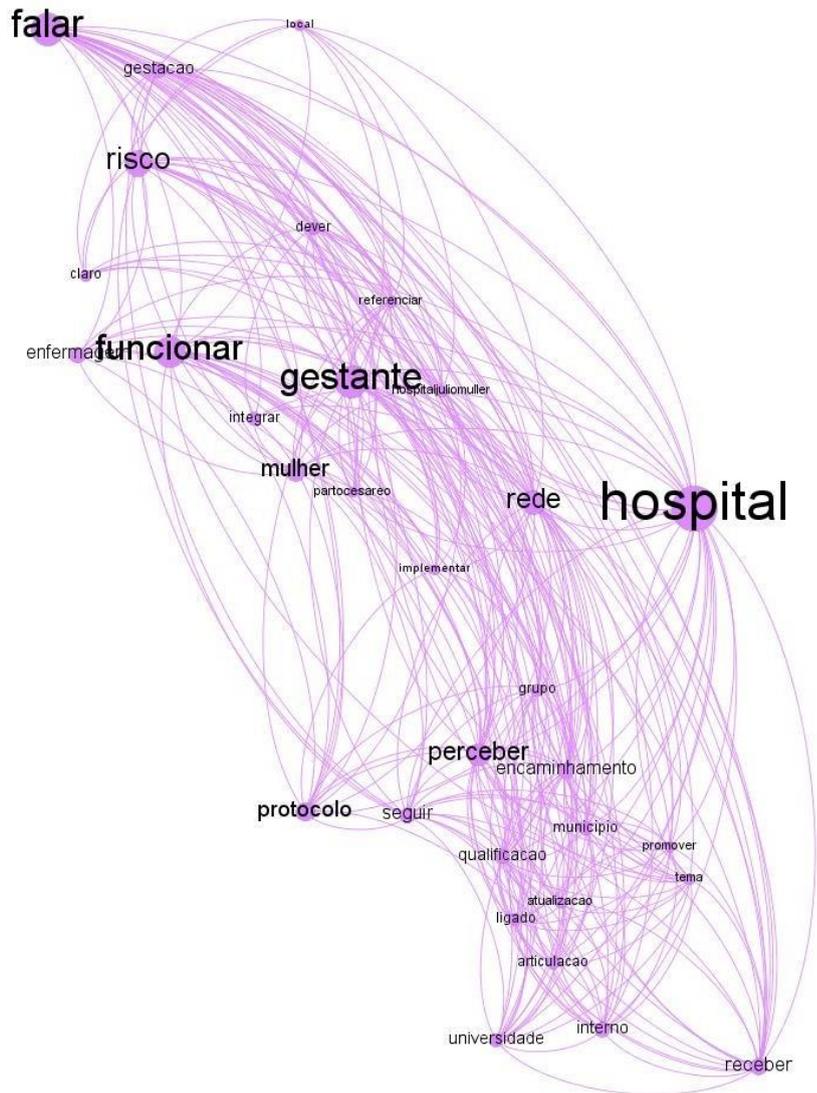
### **Análise e discussão do *corpus* da entrevista semiestruturada**

Existem três possibilidades para a construção de uma rede semântica de representações sociais segundo o modelo AnCo-REDES, quais são a rede de palavras evocadas; rede de textos provenientes de entrevistas e rede de textos oriundos de artigos científicos.

A categoria de análise a seguir foi constituída após a identificação da existência de grupos de sentido que emergiram do modelo após a análise do material coletado a partir da entrevista semiestruturada (LOPES, 2018).

Dentre os grupos de sentido (GS) detectados pela análise, foram escolhidos os que se relacionavam aos achados da estrutura representacional discutida anteriormente, GS 12 e GS 14, nomeados à analogamente à uma categoria temática.

Figura 5. Sub-rede do GS12, denominada “Assistência hospitalar à gestante de alto risco pautada na qualificação, atualização e organização interna e da rede de atenção à saúde” / Falas de profissionais que exemplificam o conteúdo do GS12.



**Vértices principais:** Hospital, falar, funcionar, gestante, mulher, risco, rede, perceber, protocolo, gestação, encaminhamento, qualificação, enfermagem, universidade, atualização, parto cesáreo, município, implementar.

Fonte: Dados da pesquisa.

*Falando fora da pandemia, porque agora nós estamos vivendo uma realidade diferente, por conta da covid, mas eu entendo que os familiares das nossas gestantes são bem acolhidos, a gente consegue fazer com que eles participem, eu acho que a gestante tem sim a opção de trazer quem ela quer para participar do parto, lógico que com regra, com moderação. A questão que eu vejo é que a gente não tem uma estrutura física tão boa para poder acolher o suficiente, mas é o que a gente tem e o que o serviço pode prestar. I. 08*

*O nosso serviço é de extrema qualidade, eu acho que nós temos os melhores profissionais, é um hospital vinculado à Universidade, a gente percebe que eles têm esse conhecimento sempre atualizado, dá uma segurança para o profissional que está aqui dentro, nas tomadas de decisões, nas condutas com essa gestante, o serviço do nosso hospital é de uma qualidade ouro. É um hospital antigo, então a gente as vezes não tem uma infraestrutura totalmente adequada, há uns 3 anos a clínica de internação passou por um processo de reforma, adequação, pintura e instalação de cortinas para separar os leitos para ter um pouco mais de privacidade, é um hospital que atende o*

*SUS, então a gente sabe que o recurso é escasso, a tabela de pagamentos dos procedimentos hospitalares é bem defasada, não cobre os custos, recentemente viemos trabalhando com a contratualização, é aquilo que o hospital consegue ofertar para a Rede, aí quando você olha a consulta de um médico ou o valor de uma internação é bem inferior se comparado ao valor de outros convênios, então acaba não cobrindo todos os custos, mas, tirando essa parte de infraestrutura, de material, nós temos os mínimos necessários para ter um bom atendimento, a questão do profissional eu acredito que um dos melhores do estado, mesmo porque, como é um hospital universitário, nós temos a residência de ginecologia e obstetrícia, então a gente forma esses profissionais para a Rede, então acaba devolvendo esses profissionais para a Rede, então a gente tem essa oportunidade de aprendizado e eu acho que é uma das melhores dentro do estado. I 20 (Gestor)*

É possível verificar que estes profissionais entendem a sua realidade de cuidados e de gestão dos processos de saúde como sendo boas práticas em saúde, tendo consciência dos limites que a realidade do SUS impõe. É uma assistência hospitalar à gestante de alto risco pautada na qualificação, atualização e organização internado hospital universitário, e, também da rede de atenção à saúde municipal, um universo complexo, mas que vem sendo compartilhado consensualmente entre este grupo de pertença conforme as suas atitudes frente aos cuidados em saúde são exercidas, elaboradas e reorganizadas sob a ótica da humanização da assistência e das atualizações e mudanças de paradigmas propostos pelo programa.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As Representações Sociais das Boas Práticas dos gestores e equipes de saúde participantes desta pesquisa estão associadas ao universo simbólico e organizacional relacionados ao termo Cuidado, além de ser sustentado e corroborado pelos vocábulos *Estudo, Humanização, Atualização, Qualidade e Técnica*.

Ao se propor estudar as Boas Práticas sob a ótica dos profissionais da saúde e de Gestores responsáveis pelos serviços ofertados pelo SUS no âmbito materno e infantil, pensa-se serem notórios os achados desta pesquisa, que corroboram com os trabalhos mais recentes envolvendo o programa Rede Cegonha, seu gerenciamento e as melhorias sanitárias e sociais advindas da mudança de paradigmas que este

programa de saúde propõe e está conseguindo executar ao longo dos 10 anos de sua existência.

Foi possível verificar que as representações aqui discutidas possuem caráter afetivo, mas também se relacionam fortemente à dimensão da atitude, proposta por Moscovici, o que possibilitou intercambiar os conceitos e simbolismos que emergiram nas redes semânticas destas representações à luz da teoria clássica proposta por seu criador.

## REFERÊNCIAS

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

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. de. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.109-123, 2013.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BRASIL. 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>>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Editora MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher. 28 de maio de 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>.

CAVALCANTI, P.C.S., et. al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**; v.23, n.4, p.1297-1316, 2013.

EDMONDS, J.K., et. al. **Midwife Led Units**: Transforming maternity care globally. *Annals of Global Health* v.86, n.1, p.44, 2020.

FIOCRUZ. Instituto Nacional Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Mortalidade Materna no Brasil – Boletim Epidemiológico n.º 20/MS**, Maio, 2020.

GAMA, S.G.N., et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p.919-929, 2021.

IBÁÑEZ, G. T. **Representaciones sociales**: teoría y método. In: Ibáñez Gracia, T. (coord.). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona, Sendai, 1988.

LEAL, M. C., et. al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad Saude Publica**, v.35, n.7, p. 1-14, 2019.

LEAL, M. C., et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p.823-835, 2021a.

LEAL, N.P et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p.941-950, 2021b.

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](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17751/1/TeseClaudiaLopes_DMMDC_2014.pdf).

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>>.

LOPES, C.R.S.; VILELA, A.B.A.; BARROS, H.B. **AnCo-REDES**: Modelo para análise cognitiva de Representações Sociais. Appris: 2018.

MAIA, A. R.; VAGHETTI, H. H. **O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico**. In: SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M. S. (Org.). *Cuidar -cuidado: reflexões contemporâneas*. Florianópolis: Papa-Livro, p. 15-33. 2008.

MARKOVÁ, I. **Dialogicality and social representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Trad. por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 291p, 1978.

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

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

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**, v.86, p.241-274.2010.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus - Actas Saude Coletiva**, v. 8, n.2, p. 103-108, 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](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X199600030002&lng=pt&nrm=iso)>.

SANTOS FILHO, S.B., SOUZA, K.V. Metodologia para articular processos de formação-intervenção-avaliação na educação profissional em enfermagem. **Cien Saude Colet.**; v.25, n.1, p.79-88, 2020.

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.

TAFANI, E., et. al. Influences majoritaire et minoritaire sur la représentation sociale de la drogue. **Nouvelle Revue de Psychologie Sociale**, v.2, p.343-354, 2003.

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](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008)>.

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/)>.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do uso de diversos métodos e da possibilidade em triangular os dados, foi possível identificar a estrutura e os diferentes conteúdos que compõe as Representações dos gestores e profissionais de saúde a respeito do programa Rede Cegonha, seguindo o que é estipulado pelas abordagens estrutural e processual.

Conforme proposto inicialmente como objetivo geral analisar as representações sociais de gestores e equipes de saúde de unidades de saúde que prestam atendimento à mulher e ao recém-nascido/criança acerca do Programa Rede Cegonha, percebe-se que, por meio dos caminhos metodológicos percorridos alcançamos o almejado, identificando e discutindo a estrutura representacional das participantes em aspectos relevantes à compreensão deste programa de saúde, e que estão concernentes às práticas dos cuidados e da gestão em saúde, discutindo a orientação valorativa que o grupo tem frente a este objeto.

Os objetivos específicos: Compreender a estrutura das Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca do Programa Rede Cegonha; Avaliar os conteúdos representacionais sobre o Programa Rede Cegonha a partir de equipes de saúde e dos gestores das unidades de saúde que seguem as suas diretrizes; Discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional de gestores e equipes de saúde participantes da pesquisa e Aprender as Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca das Boas Práticas em saúde na perspectiva do Programa Rede Cegonha orientaram os três manuscritos que compuseram os resultados e discussão desta Tese, intentando, através destes, a compreensão do programa Rede Cegonha sob a ótica prática de um serviço de saúde hospitalar no âmbito dos cuidados em saúde materna e infantil.

A pesquisa revelou que as equipes e os gestores em saúde atuantes na assistência à saúde materna e infantil de um hospital referência em atendimento a gestantes de alto risco demonstraram possuir cognições voltadas a uma assistência humanizada, com afinidade ao que é preconizado pelo Programa Rede Cegonha e



pelas boas práticas em saúde, fortalecidas por este. Além disto, foi possível discutir problemáticas existentes nos meandros das práticas sanitárias, principalmente aquelas associadas à gestão dos cuidados em saúde.

Como forma de responder à comunidade a gentileza em ter contribuído com o conhecimento científico será fornecido um relatório final desta pesquisa à instituição que serviu como campo de coleta de dados, além de uma cópia impressa deste trabalho. Além disto, será proposto um momento de partilha de saberes por meio de uma roda de conversa sobre assistência à saúde materna e infantil no SUS, tendo em vista as reais necessidades deste público na atualidade.

É importante destacar que esta pesquisa possui limites e que muito do que foi desejado inicialmente não foi possível de ser realizado, sendo assim, faz-se necessário um maior aprofundamento neste campo de estudo futuramente, principalmente no que tange à compreensão do funcionamento das Redes de Atenção à saúde da Grande Cuiabá sob o olhar, o conhecimento reificado, os valores, crenças e saberes daqueles que atuam diretamente na assistência e na gestão dos cuidados em saúde.

## 7. 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.

\_\_\_\_\_. 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.

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.

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. 124L. 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.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção Especial à Saúde. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira**. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar.. Brasília (DF): MS; 2004b.

\_\_\_\_\_. 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](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão**. Brasília: MS; 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. 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](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/defthtm.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>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas completas de mortalidade por sexo e idade, para o Brasil, para o ano de 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

CAMPOS, G.W.S. Prefácio: **Reforma do modelo de gestão no Hospital Municipal Odilon Behrens**. In: Araújo GF, Rates SMM, organizadores. Cogestão e humanização na saúde pública. Ijuí (RS): UNIJUI, p. 23-4. 2009.

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.

CECÍLIO, LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface Comun Saúde Educ.** 2009; 13(suppl.1):545-55.

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>>.

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.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Júlio Muller. Nossa História. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hujm-ufmt/aceso-a-informacao/institucional/sobre>.

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

FIGUEIRÓ, A.C.; HART, Z.; SAMICO, I.; CESSE, E.A.P. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. **Cad Saude Publica**, v. 28, n.11, p.2095-2105. 2012.

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.

IBÁÑEZ GRACIA, T. **Representaciones sociales: teoría y método**. In: Ibáñez Gracia, T. (coord.). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona, Sendai. 1988.

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

LEAL, M.C. et. al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p. 1915-1928. 2018.

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](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17751/1/TeseClaudiaLopes_DMMDC_2014.pdf).

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>>.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar. 1978

OLIVEIRA, M. O conceito de representações coletivas: uma trajetória da divisão do trabalho às formas elementares. **Debates do NER**, Porto Alegre, ano 13, n. 22 p. 67- 94, jul./dez. 2012.

OLIVEIRA, M. O. de M.; Maria de Lourdes Soares Ornellas. Mídia e educação: interface processual na teoria das representações sociais. **Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 23, n. 42, p. 163-172. 2014.

PÁEZ, D. **Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales**. In: Páez, D. et alii. *Pensamiento, individuo y sociedad: cognición y representación social*. Madrid, Fundamentos (Psicología Básica y Clínica).1987.

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

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.



SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435. 2007.

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.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saude Publica**, v.20, n.5, p.1281-1289. 2004.

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.

SILVA, L.B.R.A.A. et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p.931-940. 2021.

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 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](http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/APR_Progress_Report_2012_final.pdf)> .

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>>.

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>>.

UNICEF/ REHUNA. **Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21**. UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. 2021.

VALA, J. **Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano**. In: Vala, J. e Monteiro, M. B. (coords.). *Psicologia social*. 4 ed. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. 2000.

VÈRGES, 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/)>.

**APÊNDICE A**

**ROTEIRO DE EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS– REPRESENTAÇÕES SOCIAIS  
DE GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE  
CEGONHA**

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

### REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE CEGONHA - FORMULÁRIO COM DADOS GERAIS

Nº Entrevista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 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 C**  
**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE ACERCA**  
**DO PROGRAMA REDE CEGONHA - ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**SEMIESTRUTURADA**

Nº Entrevista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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.

**Questão 3:** Como foi o processo de implementação do programa neste hospital?

## APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Prezado (a) Participante,

Sou Maria Lydía Aroz D’Almeida Santana, discente do Doutorado em Enfermagem e Saúde do PPGES/UESB, e juntamente com a Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade, estou realizando a pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE CEGONHA”. Estamos convidando-o (a) 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 será realizada no Hospital Universitário Júlio Müller, da UFMT, e tem como Objetivo Geral: Analisar as representações sociais de gestores e equipes de saúde de unidades de saúde que prestam atendimento à mulher e ao recém-nascido/criança, acerca do Programa Rede Cegonha e Objetivos Específicos: Compreender a estrutura das Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca do Programa Rede Cegonha; Avaliar os conteúdos representacionais sobre o Programa Rede Cegonha a partir de equipes de saúde e dos gestores das unidades de saúde que seguem as suas diretrizes; Discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional das equipes de saúde participantes da pesquisa; Aprender as Representações Sociais de gestores sobre o processo de implementação e funcionamento do Programa Rede Cegonha no Estado do Mato Grosso, considerando as particularidades das Redes de Atenção à Saúde locais.

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 alguma das perguntas lhe causar 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. Como benefício, a pesquisa em questão possibilitará uma maior compreensão acerca da dinâmica interna de execução de um programa de saúde que possui grande relevância à saúde pública do Brasil. Além disto, permitirá que os profissionais conheçam as suas representações e busquem melhorias nas práticas em saúde.

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 você quiser ou precisar de mais informações sobre esta pesquisa, entre em contato com Maria Lydía Aroz D’Almeida Santana ou Cristina Setenta Andrade 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 email: [marialydiasantana@gmail.com.br](mailto:marialydiasantana@gmail.com.br), ou pelo telefone (65)

98406-1825. Você também pode entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Júlio Müller, da UFMT, localizado à Rua Luis Philippe Pereira Leite S/N, Bairro Alvorada. Cuiabá - Mato Grosso, CEP 78048 - 902, Telefone (65) 3615-7254, e-mail:cephujm@cpd.ufmt.br.

Obrigada.

Cuiabá, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

## ANEXO A

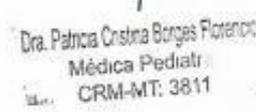
AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Patricia Cristina Borges Florencio  
 ocupante do cargo de responsável técnica e chefe  
 do (a) Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos Neonata

**AUTORIZO** a coleta de dados do projeto "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE CEGONHA" dos pesquisadores Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana, Vanildo Felix da Silva Junior e Alba Benemerita Alves Vilela, após a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Cuiabá, 08 de junho de 2020

ASSINATURA:  SIAPE: 2330089

CARIMBO: 

## AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Debora Prado Martins  
ocupante do cargo de chefeia  
do(a) UASM, AUTORIZO a coleta de dados do projeto dos  
pesquisadores Maria Lydia Aroz D'Almeida Santana, Vanildo Felix da Silva Júnior e  
Alba Benemérita Alves Vilela, após a aprovação do referido projeto pelo Comitê de  
Ética em Pesquisa.

Cuiabá, 18 de maio de 2020

ASSINATURA:

  
Ms. Debora Prado Martins  
Chefe de Unidade de Ensino  
Unidade de Ensino  
UASM

CARIMBO:

---

## ANEXO B



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE ACERCA DO PROGRAMA REDE CEGONHA

**Pesquisador:** Maria Lydia Aroz DAlmeida Santana

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 33548420.7.0000.5541

**Instituição Proponente:** HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.185.977

**Apresentação do Projeto:**

Em setembro do ano 2000 os Estados-Membros da ONU estabeleceram oito objetivos de desenvolvimento do milênio, 18 metas e 48 indicadores de progresso. O objetivo de número 4 “Reduzir a mortalidade na infância”, tinha como meta reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos, e foi alcançado no ano 2012, passando de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 16,9 em 2012, uma das maiores taxas de redução do mundo (68,5%). O quinto objetivo de desenvolvimento do milênio “Melhorar a saúde das gestantes”, cuja meta era de reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna, não foi alcançado, e segue como um desafio para o país (UNICEF, 2013; PASCHE et al, 2014; IBGE, 2015). 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). Sob esse cenário, surge o Programa Rede Cegonha, com intuito de 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

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

**Bairro:** Alvorada

**CEP:** 78.048-902

**UF:** MT

**Município:** CUIABA

**Telefone:** (65)3615-7254

**E-mail:** cepujm@ufmt.br



Continuação do Parecer: 4.185.977

morbimortalidade materno-infantil. 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 (CAVALCANTI, 2013).

Por se tratar de um programa de saúde recente, com dados que demonstram efeito positivo sob aspectos relevantes da saúde pública nacional, a mortalidade infantil, faz-se necessário pesquisar acerca dos grupos sociais que compõe a efetivação prática deste programa, os/as profissionais da saúde e aqueles responsáveis pela sua implementação e administração, os gestores de unidades de saúde hospitalares.

Metodologia proposta:

#### 4.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa possui caráter descritivo-exploratório de natureza quantiquantitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural. O termo "Representação Social" foi descrito por Serge Moscovici na década de 1960, 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). Segundo a abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais, as representações são constituídas por dois sistemas complementares: um central, que confere seu significado, a organização de seus conteúdos e maior estabilidade; e um periférico, o qual propicia a integração no núcleo comum com as experiências cotidianas, protegendo o sistema central, além de indicar processos de mudança (ABRIC, 1994).

#### 4.2 Campo de Estudo

A pesquisa será realizada no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), na cidade de Cuiabá, Mato Grosso, tido como referência no estado no atendimento a mulheres gestantes de alto risco, em que o Programa Rede Cegonha foi iniciado no ano de 2012, mediante o Convênio Assistencial nº 05/2012. A administração trabalha com o atendimento à gestante, puérpera e ao recém-nascido dentro do preconizado na rede.

#### 4.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes deste estudo serão as equipes de saúde e os gestores do local supracitado,

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n  
**Bairro:** Alvorada **CEP:** 78.048-902  
**UF:** MT **Município:** CUIABA  
**Telefone:** (65)3615-7254 **E-mail:** cepujm@ufmt.br





UFMT - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JÚLIO  
MULLER / UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE MATO GROSSO



Continuação do Parecer: 4.185.977

localizados nas cidades de Cuiabá, no estado do Mato Grosso. O número de participantes que farão parte da pesquisa seguirá a recomendação de Sá (1998), ao propor aos pesquisadores da área de representações sociais que utilizam a estratégia de combinar coleta de dados por meio de questionário com o tratamento estatístico ou quantitativo dos mesmos, que a amostra seja representativa da população estudada, como ocorre em grande parte das pesquisas do campo da abordagem estrutural das Representações Sociais. Portanto, serão 50 participantes.

#### 4.4 Técnica de coleta de dados

Para a coleta de dados será utilizada a técnica de entrevista semiestruturada com questões norteadoras para que seja possível o direcionamento ao tema. Triviños (2009) afirma que esta modalidade de coleta de dados possibilita, por parte do entrevistado, uma melhor explicação do que lhe é perguntado, fazendo com que a compreensão do objeto de estudo seja profunda e minuciosa. Será utilizada a Técnica de Evocação Livre de Palavras, muito utilizada no campo das Representações Sociais, abordagem estrutural. Caracteriza-se por ser uma técnica projetiva, que, para De Rosa (1988), permite que os conteúdos latentes no subconsciente do indivíduo sejam evidenciados e o material projetado pode, então, ser acessado e analisado de forma mais fidedigna.

A Evocação Livre de Palavras foi originalmente desenvolvida pelo psiquiatra suíço Jung na sua prática clínica, e adaptado no Campo da psicologia social por Di Giacomo em 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, podendo ser verbal, não-verbal ou icônico (COUTINHO et al, 2003).

Nesta perspectiva, Abric (1994) considera que o caráter espontâneo dessa técnica permite ao pesquisador colher os elementos constitutivos do conteúdo da representação. Esta técnica pode constituir uma boa ferramenta de identificação do conteúdo e do significado de uma representação, tanto mais que pode ser produzida individualmente ou em grupo.

#### Hipótese

As representações sociais dos profissionais de saúde e gestores da saúde a respeito do Programa Rede Cegonha apresentam um saber simbólico vinculado à humanização da assistência e à redução da morbimortalidade materno-infantil.

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

**Bairro:** Alvorada

**UF:** MT

**Município:** CUIABA

**CEP:** 78.048-902

**Telefone:** (65)3615-7254

**E-mail:** cepujm@ufmt.br



Continuação do Parecer: 4.185.977

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais de gestores e equipes de saúde de unidades de saúde que prestam atendimento à mulher e ao recém-nascido/criança, acerca do Programa Rede Cegonha.

Objetivo Secundário:

1. Compreender a estrutura das Representações Sociais de gestores e equipes de saúde acerca do Programa Rede Cegonha;
2. Avaliar os conteúdos representacionais sobre o Programa Rede Cegonha a partir de equipes de saúde e dos gestores das unidades de saúde que seguem as suas diretrizes;
3. Discutir o programa Rede Cegonha a partir da prática profissional das equipes de saúde participantes da pesquisa;
4. Aprender as Representações Sociais de gestores sobre o processo de implementação e funcionamento do Programa Rede Cegonha no Estado do Mato Grosso, considerando as particularidades das Redes de Atenção à Saúde locais.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa que se utilizará da entrevista semi estruturada como método de coleta de dados, há o risco de algum questionamento causar desconforto ao pesquisado. Pretende-se minimizar estes riscos solicitando uma sala reservada para a condução das entrevistas, deixando claro que o participante pode deixar a pesquisa sempre desejar.

Benefícios:

A pesquisa em questão possibilitará uma maior compreensão acerca da dinâmica interna de execução de um programa de saúde que possui grande relevância à saúde pública do Brasil. Além disto, permitirá que os profissionais conheçam as suas representações e busquem melhorias nas práticas em saúde. Será ofertado, ao término da pesquisa, um retorno dos resultados da tese à comunidade hospitalar, que poderá ser em formato de oficinas de capacitação a respeito do Programa Rede Cegonha.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de Tese de Doutorado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE/UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (PPPGES/UESB)

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

**Bairro:** Alvorada

**UF:** MT

**Telefone:** (65)3615-7254

**Município:** CUIABA

**CEP:** 78.048-902

**E-mail:** cephujm@ufmt.br



Continuação do Parecer: 4.185.977

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados:

- projeto (ok)
- TCLE (ok)
- carta resposta ao CEP (ok)
- cronograma (ok)
- Cartas de anuência (ok)

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma proposta.

Ressaltamos as seguintes atribuições do pesquisador: Desenvolver o projeto conforme delineado; Elaborar e apresentar os relatórios parcial (is) e final (como notificação); Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto, citando o nome do HUJM.

Justificar fundamentadamente, perante o CEP, qualquer modificação (emenda) ou interrupção do projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1560905.pdf	06/07/2020 19:02:05		Aceito

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

CEP: 78.048-902

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: cepujm@ufmt.br



Continuação do Parecer: 4.185.977

Outros	Carta.pdf	06/07/2020 19:00:12	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/07/2020 18:55:11	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/07/2020 18:53:22	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/06/2020 10:08:53	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/06/2020 10:07:50	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Outros	Informe.pdf	10/06/2020 16:39:51	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Patricia.pdf	10/06/2020 16:37:29	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Declaração de concordância	Debora.pdf	02/06/2020 16:10:15	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Vanildo.pdf	02/06/2020 16:02:27	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadora.pdf	02/06/2020 16:00:17	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Folha de Rosto	1.pdf	02/06/2020 15:56:21	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	21/05/2020 15:01:38	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Alba.pdf	21/05/2020 14:57:10	Maria Lydia Aroz DA Almeida Santana	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n**Bairro:** Alvorada**UF:** MT**Município:** CUIABA**CEP:** 78.048-902**Telefone:** (65)3615-7254**E-mail:** cepujm@ufmt.br



Continuação do Parecer: 4.185.977

CUIABA, 31 de Julho de 2020

---

**Assinado por:**  
**MARCO ANDREY PEPATO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n  
**Bairro:** Alvorada **CEP:** 78.048-902  
**UF:** MT **Município:** CUIABA  
**Telefone:** (65)3615-7254 **E-mail:** cepujm@ufmt.br