

XX ENANCIB

21 a 25 Outubro/2019 – Florianópolis

A Ciência da Informação e a era da Ciência de Dados

ISSN 2177-3688

GT-11 – Informação e Saúde

**VIOÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DADOS SOBRE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL:
PERCEPÇÕES SOBRE DIREITOS DAS MULHERES À SAÚDE E AO ACESSO À INFORMAÇÃO**

***OBSTETRIC VIOLENCE AND DATA ON MATERNAL MORTALITY IN BRAZIL: PERCEPTIONS OF
WOMEN'S RIGHTS TO HEALTH AND ACCESS TO INFORMATION***

Carla Maria Martellote Viola – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia/UFRJ

Silvana Maria de Jesus Vetter – Universidade Federal do Maranhão

Modalidade: Trabalho Completo

Resumo: O uso do termo 'violência obstétrica' foi questionado e considerado inadequado pelo Ministério da Saúde que determinou seu desuso. Após recomendação da Procuradoria da Justiça, o Ministério da Saúde reconheceu que as mulheres tinham o direito de usar o termo para representar suas experiências negativas no parto e nascimento. Contudo, a questão vai além do conflito terminológico. A violência obstétrica está relacionada à mortalidade materna brasileira e requer pesquisa para divulgação de dados e informações. Para tanto, este estudo objetiva identificar e analisar dados sobre mortalidade materna no Brasil, fazendo uso do Sistema de Informação sobre Mortalidade, disponibilizado no portal do Ministério da Saúde, para compreender os meandros que envolvem a relação parto x mortalidade materna no país. A pesquisa é de caráter descritiva-exploratória com delineamento bibliográfico e faz uso dos fundamentos da Ciência da Informação em consonância com os atributos da Ciência de Dados. Utiliza o método indutivo com abordagem quantitativa. Constata que apesar da Organização Mundial de Saúde apresentar várias recomendações para adoção de cuidados pré-natais, de procedimentos adequados no parto e a Agenda 2030, subscrita pelo governo brasileiro, apresentar como objetivo a diminuição da mortalidade materna, os dados de 1996 a 2017 mostram índices que merecem atenção por parte do Ministério da Saúde. Conclui que o alto quantitativo de óbitos maternos, sobretudo, os tardios, demonstra o descaso do governo brasileiro com os Direitos das Mulheres à Saúde e ao Acesso à Informação consagrados na Constituição Federal.

Palavras-Chave: Violência Obstétrica; Ciência de Dados, Direito de Acesso à Informação; Direito à Saúde; Ciência da Informação.

Abstract: Ministry of Health questioned and considered inappropriate the use of the term 'obstetric violence' and determined its disuse. Following a recommendation from the Public Prosecutor's Office, the Ministry of Health recognized the women legitimate right to use the term to represent negative experiences during childbirth and birth. However, the issue goes far beyond the terminological conflict evidenced in this situation. Obstetric violence is related to Brazilian maternal mortality and requires research to disseminate data and information. To this end, this study aims to identify and analyze data on maternal mortality in Brazil, using the Mortality Information System available on the Ministry of Health portal, to understand the intricacies that involve the relationship childbirth x maternal mortality in the country. The research is descriptive and exploratory with bibliographic design and makes use of the foundations of Information Science in line with the attributes of Data Science. It uses the inductive method with quantitative approach. Notes that although the World Health Organization has several recommendations for adopting prenatal care, proper birth procedures, and the 2030 Agenda, endorsed by the Brazilian government, aims to reduce maternal mortality, data from 1996 to 2017

show rates that deserve attention from the Ministry of Health. It concludes that the high quantity of maternal deaths, especially late deaths, demonstrates the Brazilian government's disregard for the Women's Rights to Health and Access to Information enshrined in the Federal Constitution.

Keywords: Obstetric Violence; Data Science; Access to Information Right; Health Right; Information Science.

1 INTRODUÇÃO

Se o termo ‘violência obstétrica’ é inadequado, como se deve descrever os dados sobre a mortalidade materna no Brasil? Por que morrem tantas mulheres durante ou após o parto no país? O que revelam os dados disponibilizados no Sistema de Informação do Ministério de Saúde brasileiro sobre mortalidade materna? Como o exercício do direito à informação pode contribuir para redução das taxas de mortalidade materna brasileira? A motivação desta pesquisa está sob a égide desses questionamentos.

Recentemente o termo ‘violência obstétrica’ foi colocado ‘sob suspeição’. O Ministério da Saúde (MS) em resposta ao ofício nº 17 de abril de 2019, do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simer), o qual questionava o uso do termo ‘violência obstétrica’ e solicitava posicionamento do órgão, expediu orientação¹ por meio do despacho de 3 de maio de 2019, pedindo, que fosse evitado o referido termo em documentos de políticas públicas (BRASIL, 2019a).

O posicionamento oficial do MS foi que, o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado na sequência gestação-parto-puerpério. Contudo, após Recomendação² nº 29, de 7 de maio de 2019, do Ministério Público Federal de São Paulo, (BRASIL, 2019c), que o MS atue contra a violência obstétrica, em vez de proibir o uso do termo, o MS pelo Ofício Nº 296, 07 de junho de 2019, reconheceu o direito legítimo das mulheres de usarem o termo ‘violência obstétrica’, para representar experiências vivenciadas durante o parto e nascimento, que configurem maus tratos, desrespeito e abusos à parturiente (BRASIL, 2019b).

A saúde global é norteadada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)³, a qual descreve ‘violência’ como sendo “o uso intencional de força ou poder físico, ameaçado ou real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta em ou tem uma alta probabilidade de resultar em sofrimento, morte, danos psicológicos, mau desenvolvimento ou privação” (OMS, 1996, p. 5). Essa mesma organização também aponta a mortalidade materna

¹ O documento foi assinado eletronicamente pela coordenadora-geral de Saúde das Mulheres, Mônica Almeida Neri, pelo diretor do departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Marcio Henrique de Oliveira Garcia e pelo Secretário-Executivo substituto, Erno Harzheim.

² Expedida pela Procuradora da República Ana Carolina Previtali Nascimento.

³ Agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), que expede várias recomendações, visando orientar profissionais, mães, pais e parentes como proceder no momento do parto, antes e depois dele.

como um importante indicador da realidade social de um país e da atenção à saúde de sua população.

Considerando os argumentos apresentados, o objetivo geral deste estudo é identificar e analisar dados sobre mortalidade materna no Brasil, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do portal do Ministério da Saúde (MS), para compreender os meandros, que envolvem a relação parto x mortalidade materna no país. Quanto ao objetivos específicos, procura-se discutir sobre a Ciência de Dados, focalizando a contribuição de seus atributos para estudos na área da Ciência da Informação; verificar as recomendações da OMS e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, que corroboram intenções e ações para prevenir/combater a violência obstétrica e diminuir a mortalidade materna; abordar aspectos sobre o direito à informação e examinar os dados e informações levantadas com base nos fundamentos da Ciência de Dados.

2 METODOLOGIA

A pesquisa, quanto à natureza, é descritiva-exploratória. Quanto aos procedimentos técnicos, é bibliográfica, para embasamento teórico, a partir da descrição e discussão de uma série de informações sobre ‘violência obstétrica’, para compreensão de fatos e fenômenos da realidade (TRIVIÑOS, 1987) das mulheres, que têm cotidianamente cerceados o seu direito à saúde e acesso à informação. Esse tipo de estudo busca proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2007).

O método adotado foi o indutivo, por considerar as circunstâncias e a frequência com que ocorre o fenômeno ‘violência obstétrica’; os casos em que o fenômeno acontece, e os casos em que o fenômeno apresenta intensidade diferente. Quanto à abordagem, a pesquisa é quantitativa, pautada nas recomendações de Fonseca (2002). Assim, este estudo envolveu coleta de dados brutos, diretamente no SIM disponibilizado no portal do MS.

Coletou-se os dados encontrados no sistema de mulheres-mães nas categorias ‘óbitos maternos’ e ‘óbitos maternos tardios’, referentes as Unidades brasileiras da Federação, pelo período de 1996 a 2017. O levantamento gerou quantitativos por ano e por Unidade da Federação de ambos os tipos de óbitos, que posteriormente foram compilados e organizados em tabelas para totalização da incidência dos ‘óbitos maternos’ e ‘óbitos maternos tardios’, procedimento, que permitiu a elaboração de gráficos, para melhor visualização das informações e demonstração dos resultados.

3 DADOS, INFORMAÇÃO E SUAS CIÊNCIAS

Originário do século XVII, o termo dados (*data*) significa: única peça de informação. Trata-se de fatos, informações estatísticas, caracteres, símbolos de operações lógicas executadas em computador, objetos digitais (textos, números, imagens, etc.) (SEMELER, 2017).

Semeler e Pinto (2019, p. 115, grifos dos autores) definem dados como “[...] todo objeto criado em formato digital (*digital-born*) ou convertido para o formato digital (*digitalizados*). que possa ser usado para geração de *insights* de informação e conhecimento”. Esses dados podem ser compreendidos, manipulados, interpretados e comunicados por pesquisadores.

Ao serem totalizados, interpretados, e contextualizados, os dados recuperados e organizados resultam em informações, com a possibilidade de disseminação e acesso para prover, que significa “[...] informação, que foi compreendida e avaliada à luz da experiência e incorporada na compreensão intelectual do conhecedor do assunto” (REITZ, on-line, tradução autoras). Quando não manipulados, os dados são categorizados como primários, e quando manipulados (filtrados, analisados, organizados) pelos pesquisadores, são chamados de secundários (SEMELER, 2017; SEMELER; PINTO, 2019).

No contexto atual, em que se vivencia o desenvolvimento de tecnologias digitais de informação e comunicação, e o seu uso em quase todas as atividades humanas, os dados são cada vez mais gerados em computador e compartilhados na internet. Quando se trata de pesquisa científica, os dados, segundo Semeler (2017), são usados como recursos primários, e cada área do conhecimento, concede a esses dados características, atribuições e fundamentos conforme as suas necessidades e contextos.

Nesse sentido, os dados de pesquisa são insumos ou evidências de pesquisa, que podem ser criados, coletados, observados, registrados por pesquisadores, para a elaboração de resultados de estudos científicos (SEMELER; 2017). Esse tipo de dado, validado e compartilhado na comunidade científica, contribui para o desenvolvimento da ciência, e requer estudos, que desvendem a sua complexidade (conceitos, métodos, técnicas, tecnologias relacionadas ao seu uso). Como enfatiza Semeler (2017), a ciência que se ocupa com esse tipo de estudo, é chamada de *Data Science* ou Ciência da Dados (CD).

A CD concentra-se em extrair informações relevantes de um grande e complexo conjunto de dados (DANIEL, 2018), que podem contribuir com estudos da Ciência da Informação (CI), que “[...] se ocupa da geração, coleta, organização, interpretação, armazenamento,

recuperação, disseminação, transformação e uso da informação, com ênfase particular, na aplicação de tecnologias modernas nestas áreas” (CAPURRO; HJØRLAND, 2007, p. 186).

A contribuição das Ciências de Dados e da Informação, se dá por meio da execução de suas duas funções básicas: a função analítica e a invenção/implementação de novas técnicas, que pode gerar *insights* no momento do uso dos dados, destaca Semeler (2017). Assim, a CD torna-se uma área, que deve ser explorada por bibliotecários e cientistas da informação, por lhes proporcionar novas oportunidades de aprendizagem, por meio do uso de seus métodos e práticas de investigação, gestão e análise de dados, em virtude do volume de dados que se tem hoje, relacionado à determinada informação.

Lancaster (1998) comenta que a existência de um sistema de recuperação da informação não muda o conhecimento sobre algo que o usuário encontra na sua investigação, apenas com a localização de documentos e informações. Essas informações precisam ser tratadas e organizadas para serem disseminadas e acessados. Por isso, faz-se necessária a gestão da informação, que é o ciclo organizacional, com aquisição de informações a partir de uma ou mais fontes de dados, a sua custódia e distribuição para que se possa analisar as métricas e buscar resultados, ações fundamentadas na CI, com os atributos da CD.

Nesse sentido, utilizar dados do SIM do portal do MS para subsidiar a discussão sobre a diminuição da violência obstétrica e o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que integram a Agenda 2030, são excelentes razões para a busca de dados sobre o assunto, por apresentar subsídios, que possam contribuir com os gestores na tomada de decisões referentes às políticas públicas, que assegurem os Direitos das Mulheres à saúde, à vida e ao acesso à informação.

4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E A AGENDA 2030

É sabido que, uma gravidez normal e sem complicações deve resultar no nascimento de uma criança saudável. Infelizmente, este processo natural é, muitas vezes, tratado como um evento de alto risco, por medo de desfechos adversos no parto. Isso resulta na intensa prática de cesarianas, superando, inclusive, as preferências das próprias mulheres e levando-as à sujeição, a intervenções desnecessárias.

Segundo Antunes e Silveira (2017, p. 2) “[...] a atenção ao parto e nascimento está ligada a um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam um melhor atendimento[...] e prevenção da morte materna e perinatal”. Existe uma enorme discrepância no apoio prestado

às mulheres em torno do parto. Em um extremo do espectro, são oferecidas demasiadas intervenções médicas cedo demais. No outro, elas recebem muito pouco apoio e em muitos casos, tarde demais, ou não recebem apoio. Em nenhum extremo, as mulheres têm a experiência de parto positiva, que desejam e merecem.

O conflito de informações recebidas, nesse momento especial na vida das mulheres, ocasiona resultados indesejáveis, trazendo frustrações, que refletem no cuidado com o bebê. De fato, “[...] com a informação adequada, a mulher poderá ampliar seu poder de escolha, em relação às condições nas quais ocorrerá o seu parto” (ANTUNES; SILVEIRA, 2017, p. 3).

Além do acesso à informação adequada e efetiva, precisa-se que os Direitos das Mulheres à saúde e à vida sejam respeitados. Nessa perspectiva, a publicação da OMS em 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” declara que “[...] toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014, p. 1). O documento relata que, existe “[...] crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador [...]” e alerta ainda que, “[...] muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde [...]” (OMS, 2014, p. 1).

Na sequência, a OMS recomenda a adoção de 5 (cinco) medidas:

(1) maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; (2) começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; (3) enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; (4) produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais e (5) envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (OMS, 2014, p. 2).

Em nova publicação, “Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez”, a OMS (2016, p. 1) alerta que, “[...] a experiência das mulheres é fundamental para transformar os cuidados pré-natais e para criar famílias e comunidades prósperas”. O documento reúne 39 recomendações relacionadas com cinco tipos de intervenções: “(A) Intervenções nutricionais, (B) Avaliação da mãe e do feto, (C) Medidas

preventivas, (D) Intervenções para sintomas fisiológicos comuns e (E) Intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais” (OMS, 2016, p. 2).

A OMS já alertava desde 2016, que na “[...] era dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a morbidade e mortalidade evitáveis relacionadas com a gravidez continuam excessivamente elevadas”. E destacava que, “[...] apesar dos substanciais progressos alcançados, os países precisam de consolidar e aumentar os seus avanços e de alargar as suas agendas para além da sobrevivência, com vista a maximizar a saúde e o potencial das suas populações” (OMS, 2016, p. 1).

Recentemente, em 2018, a OMS expediu novas recomendações, ainda não traduzidas para o português, no documento, *“Intrapartum care for a positive childbirth experience”*, que dispõem sobre os “Cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto”. A nova diretriz, da OMS, inclui 56 recomendações, baseadas em evidências sobre quais cuidados são necessários durante o trabalho de parto e imediatamente depois para a mulher e seu bebê. As recomendações incluem ter um companheiro de escolha durante o trabalho de parto e parto; garantir cuidados respeitosos e boa comunicação entre as mulheres e os provedores de saúde; manter a privacidade e confidencialidade e permitir que, as mulheres tomem decisões sobre o controle da dor, as posições de parto e nascimento e o impulso natural de empurrar, entre outros.

A OMS (2018) acredita que, “cuidados de alta qualidade” devem abarcar tanto a prestação de serviços quanto a experiência da mulher. As recomendações sobre os cuidados intraparto definem o padrão global de fornecimento e experiência de cuidados durante o parto. As diretrizes colocam a mulher e seu bebê no centro do modelo de cuidado, para alcançar os melhores resultados físicos, emocionais e psicológicos possíveis.

Os componentes críticos de uma abordagem centrada na mulher incluem: evitar intervenções médicas desnecessárias, encorajar as mulheres a se movimentarem livremente durante o trabalho de parto, permitindo que elas escolham sua posição de nascimento e tenham um companheiro de sua escolha ao seu lado. Isto também significa garantir privacidade, confidencialidade e fornecer informações adequadas sobre o alívio da dor.

As recomendações da OMS reconhecem que, cada trabalho de parto é único e que a duração do primeiro estágio ativo do trabalho varia de uma mulher para outra. Em um primeiro parto, geralmente não se estende além de 12 horas. Nos trabalhos subsequentes, geralmente não se estende além de 10 horas. Outra questão reconhecida diz respeito a referência anterior

para a taxa de dilatação cervical a 1 cm/h durante o primeiro estágio ativo do trabalho de parto, que pode não se aplicar a todas as mulheres e é imprecisa na identificação daquelas em risco de desfechos adversos. Taxa de dilatação cervical mais lenta do que este padrão, não deve ser vista como uma indicação rotineira de intervenções para acelerar o parto. Estas diretrizes são um passo para reduzir as altas taxas de intervenções médicas desnecessárias ou ineficazes. (OMS, 2018).

Os ODS citados na Recomendação da OMS de 2016 foram fixados em 2015 pela ONU como um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade. Trata-se de uma agenda de ação até 2030, com 17 Objetivos e 169 metas construídas sobre o legado dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os ODS são integrados e indivisíveis e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: econômica, social e ambiental, fundamentais para a saúde da humanidade e do planeta.

No objetivo 3 (ONUBR, 2015, online) está a preocupação mundial com a saúde e o bem-estar. O ODS 3 “[...] visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” abrangendo os principais temas de saúde (saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, saúde mental) entre outros

Do ODS 3, destacam-se as metas:

- 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”;
- 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos;
- 3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (ONUBR, 2015, online).

Além do ODS 3, outros ODS estão fortemente relacionados à saúde por meio das respectivas metas e indicadores, tais como o ODS 1, que tem como objetivo “acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares” e o ODS 6, que visa “assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos, água e saneamento” (ONUBR, 2015, online).

Em conformidade com tais objetivos, está a atenção com a qualidade da informação. A declaração, no item 15 da introdução, alerta que, a disseminação da informação e das tecnologias da comunicação, bem como da interconectividade global, “[...] têm um grande

potencial para acelerar o progresso humano, para eliminar o fosso digital e para o desenvolvimento de sociedades do conhecimento, assim como a inovação científica e tecnológica em áreas tão diversas como medicina e energia” (ONUBR, 2015, online).

É importante destacar que, todos os 193 Estados-Membros da ONU adotaram formalmente a Agenda 2030. O Brasil, inclusive, criou por meio do Decreto nº 8.892, de 27 de outubro de 2016, a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável “com a finalidade de internalizar, difundir e dar transparência ao processo de implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, subscrita pela República Federativa do Brasil” (BRASIL, 2016).

5 DIREITOS À SAUDE, INFORMAÇÃO E ‘NÃO-VIOLÊNCIA’ INFORMACIONAL

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) garantiu a/ao cidadã/ão o Direito à Saúde como um Direito Social. Compete à União e Estados a proteção e defesa da saúde prestar e aos Municípios com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado propiciar serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, 1988).

Sob o ditame, “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, a CRFB/88 inicia sua Seção II, do Capítulo II, Da Seguridade Social. Elucida-se que, Seguridade Social, “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Corroborando a Carta Magna, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O Estado deve prover as condições indispensáveis ao pleno exercício do direito à saúde. Deve formular e executar “[...] políticas econômicas e sociais, que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições, que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

A Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 alterou a Lei nº 8.080, que passou a garantir às parturientes o direito à presença de 1 (um) acompanhante de sua indicação durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,

2005). A presença de acompanhante busca evitar violências recorrentes como a realização de episiotomia⁴, indicada apenas para quadros clínicos muito específicos, ação que, também consta em grande parte das denúncias de violência obstétrica no país.

Santos e Souza (2015) ressaltam que, muitos procedimentos são realizados sem que as mulheres tenham sido informadas de sua necessidade. Entre eles, tem-se a realização de toques vaginais, muitas vezes frequentes e realizados por mais de um examinador. De acordo com a pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento", publicada em 2014 e produzida pela Fiocruz, entre as entrevistadas, que tiveram parto normal, mais da metade (53,5%) passaram pela episiotomia. Foram entrevistadas mais de 23 mil mulheres.

A pesquisa ainda evidenciou que, 25% das brasileiras, que deram à luz afirmam ter sido desrespeitadas na gestação ou no parto. Outra violência comum é o uso frequente de ocitocina contra a vontade da parturiente, ou sem justificativa. Segundo o estudo, 38% delas receberam a substância para acelerar o parto, quando a prática deveria ser uma exceção, pois causa muita dor e pode deixar sequelas ao bebê e à parturiente (FIOCRUZ, 2014).

Quanto ao acesso à informação, o Poder Executivo brasileiro, sob a presidência da então presidenta, Dilma Rousseff, promulgou em 18 de novembro de 2011, a Lei nº 12.527/2011, Lei de Acesso à Informação (LAI), que atendeu os ditames do inciso XXXIII, do artigo 5º, do inciso II, do § 3º, do artigo 37 e do § 2º, do artigo 216 da CRFB/88. (BRASIL, 1988, 2011). Nobilita-se que, o Direito ao Acesso à Informação é um direito e uma garantia fundamental de toda/o cidadã/ão, que deve ser respeitado, assim como o Direito à Saúde, que em se tratando de 'violência obstétrica', deve ser amplamente disseminado, implementado e gerido com aplicação de ações e serviços regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público.

A 'não-violência'⁵ é conceituada por grandes pensadores, desde antes de Cristo, difundida pela filosofia de Gandhi, adotada por Luther King Jr., e permanecerá sempre em voga, sendo de grande relevância no contexto deste estudo. Martin Luther King Jr., no discurso de recebimento do prêmio Nobel da Paz de 1964, disse: "A não-violência é uma arma poderosa e

⁴ Incisão efetuada na região da área muscular entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de parto.

⁵ O Acordo Ortográfico de 1990 regula legalmente a ortografia da língua portuguesa e é omissivo quanto à hifenização de compostos formados com o elemento prefixal "não-". Logo, não há proibição e é possível a grafia hifenizada: não-violência, permitida por normas ortográficas anteriores. A Academia Brasileira de Letras interpretou o acordo em 2009 e propôs a excluir o emprego de hífen nesses casos, mas sem qualquer autoridade legal tal qual o texto do acordo. Por essa proposta, a grafia seria: não violência. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Usado_h%C3%ADfen_conforme_o_Acordo_Ortogr%C3%A1fico_de_1990#%22N%C3%A3o%22_prefixal. Acesso em: 26 jun. 2019.

justa. Realmente, é uma arma única na história, que corta sem ferir e enobrece quem a usa” (KING JR, 1964).

Propõe-se nessa pesquisa não só a promoção da ‘não violência física’, como também a ‘não-violência informacional’ que é entendida como abstenção da violência, a partir do acesso e disseminação de informações verdadeiras e efetivas, tendo, como base, princípios morais, constituída de elementos ativistas, adotada como instrumento de mudança social.

Russo e Carrara (2017, p. 27) relata que, “[...] as práticas informacionais podem ter uma ação transformadora na vida dos agentes sociais e na produção de novos conhecimentos, visto que tanto a informação quanto o conhecimento podem transformar relações de poder, as quais subordinam e discriminam mulheres [...]”.

A ‘não-violência informacional’ é a ausência de violência e se refere à opção de não causar dano pela capacidade de informar a outro indivíduo suas possibilidades de escolhas e seus direitos provenientes da opção escolhida. A ‘não-violência informacional’ obstétrica proveria a mulher conhecer e combater os altos níveis de desrespeito durante o parto em todas as regiões e culturas. Fato que preservaria um dos momentos mais cruciais da vida de uma mulher - o dia em que ela acolhe seu bebê no mundo. A ‘não-violência informacional’ obstétrica sobreleva o poder da informação “de interferir no processo de ressignificação de estruturas interiorizadas e na ampliação dos direitos sociais” (RUSSO E CARRARA, 2017, p. 27).

Conforme assinala Targino:

A informação é, portanto, direito de todos. É um bem comum, que pode e deve atuar como fator de integração, democratização, igualdade, cidadania, libertação, dignidade pessoal. Não há exercício de cidadania sem informação. Isto porque, até para cumprir seus deveres e reivindicar seus direitos, sejam eles, civis, políticos ou sociais, o cidadão precisa conhecer e reconhecê-los e isto é informação (TARGINO, 1991, p. 155).

Ter a informação eficaz, permite o conhecimento efetivo e a defesa de direitos de forma eficiente. Atingir melhores resultados físicos, emocionais e psicológicos possíveis para a mulher e seu bebê requer um modelo de cuidado, que o sistema de saúde possibilite às mulheres terem acesso à informação em todas as etapas requeridas na gravidez, no parto e no nascimento.

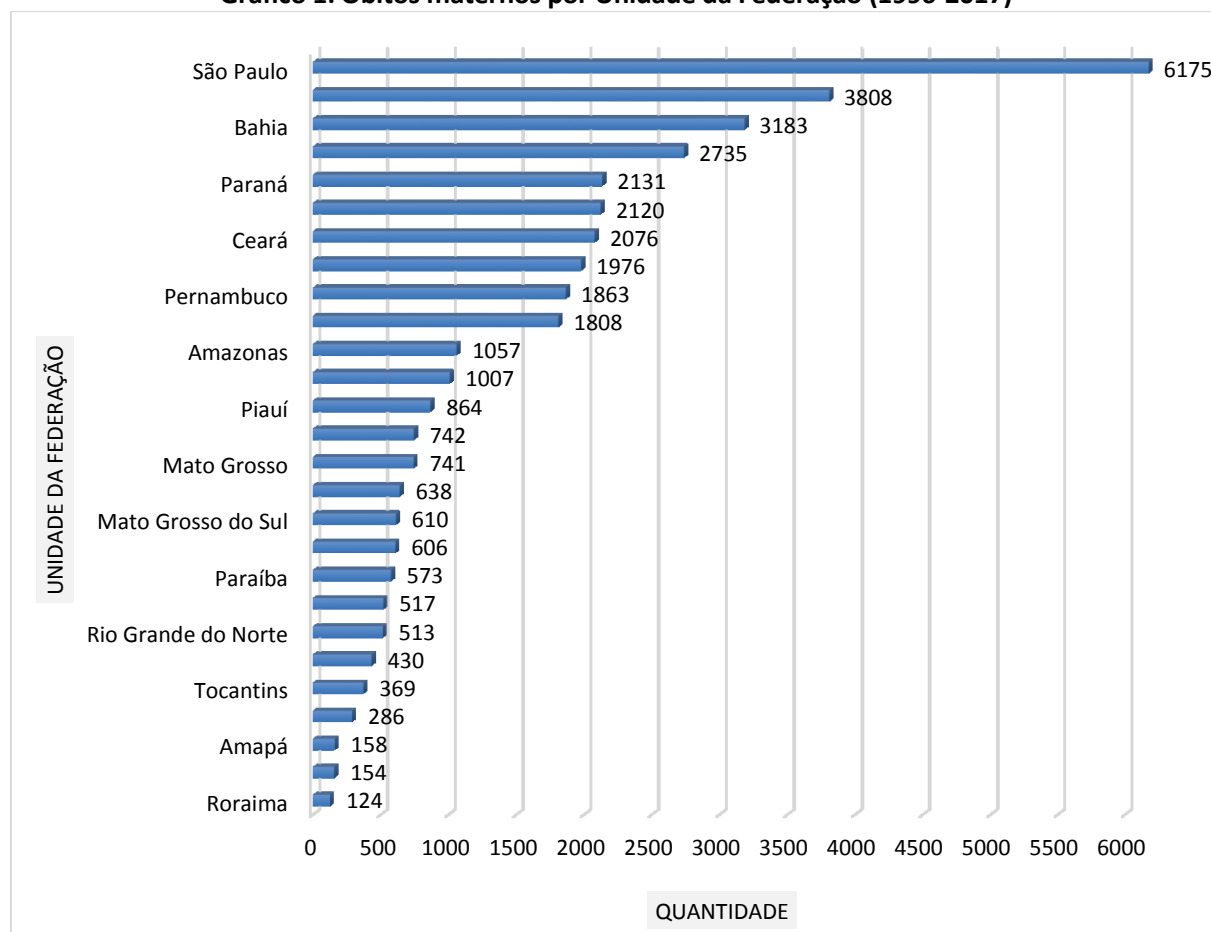
Profissionais de saúde devem informar às gestantes que a duração do trabalho de parto varia muito de uma mulher para outra. Embora a maioria das mulheres queira um parto natural, devem reconhecer que, o nascimento pode ser um evento imprevisível e arriscado, e que pode ser necessário um acompanhamento atento e, às vezes, intervenções médicas. Mesmo quando

as intervenções são necessárias ou desejadas, as mulheres geralmente devem manter um senso de realização e controle pessoal, participando de todas as informações para a tomada de decisão, que a incluam e ao seu bebê antes, durante e após o parto.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES PRELIMINARES

O MS junto com a Secretária de Vigilância em Saúde (SVS) disponibilizam no SIM que é administrado pela Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE), dados sobre mortalidade materna. O SIM foi desenvolvido em 1975 e é produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país (BRASIL, 2019). A partir dos dados coletados no sistema, que posteriormente foram compilados e organizados em planilhas, foi possível construir gráficos e apresentar resultados que contribuam para estudos científicos e da gestão da informação em saúde. O Gráfico 1 apresenta óbitos maternos por Unidade da Federação, no período de 1996 a 2017.

Gráfico 1: Óbitos maternos por Unidade da Federação (1996-2017)



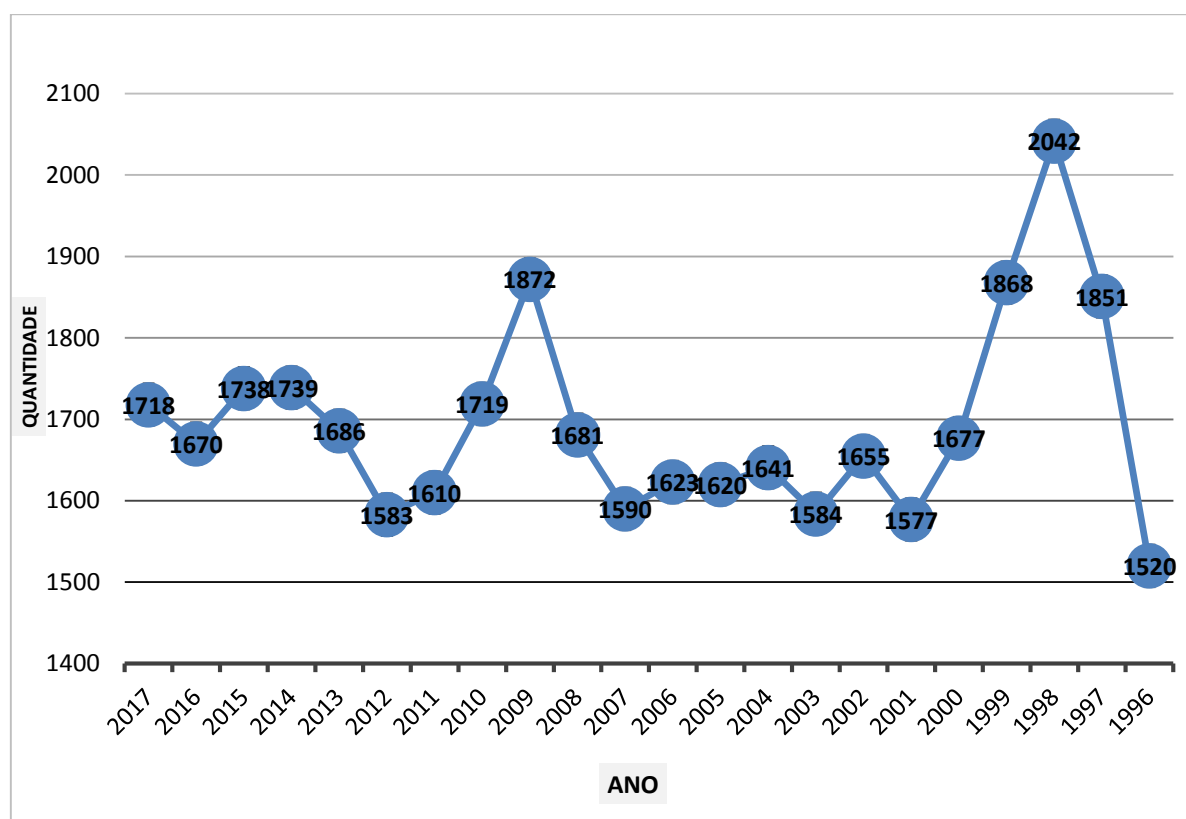
Fonte: Dados de Pesquisa - MS/SVS/CGIAE - SIM (2019)

Os óbitos maternos são aqueles que ocorrem até 42 dias após a gestação. Os Estados que mais apresentaram morte materna formam São Paulo (6.175), Rio de Janeiro (3.808), Bahia (3.183) e Minas Gerais (2.131), esses resultados evidenciam que a Região Sudeste apresenta na maioria de seus Estados, alto índice de óbitos de mulheres nos 21 anos analisados.

O total de óbitos maternos é 37.264 nas Unidades de Federação, representando as mortes de mulheres que tiveram alguma complicação no parto.

O Gráfico 2 apresenta óbitos maternos por ano, no período de 1996 a 2017. Esse gráfico demonstra, que mesmo com o grande avanço da medicina, ao longo dos anos, e as inovações tecnológicas na área da saúde, não houve, ao longo desses 21 anos, diminuição significativa de mulheres que chegam ao óbito por complicações no parto.

Gráfico 2: Óbitos maternos por Ano (1996-2017)

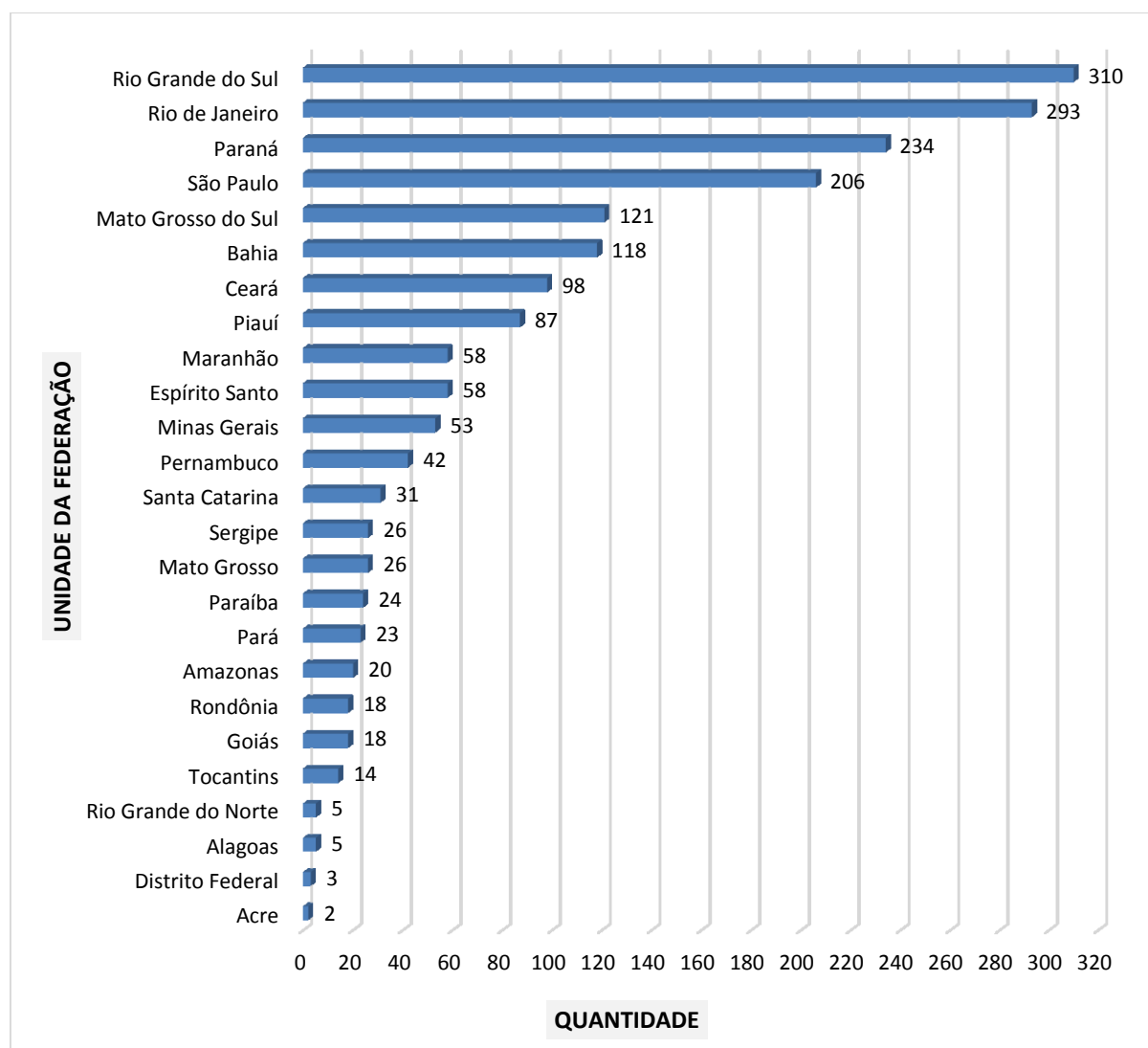


Fonte: Dados de Pesquisa - MS/SVS/CGIAE - SIM (2019)

O ano de 2017, é o último disponibilizado pelo SIM e quantifica 1.718 mortes maternas. Nos últimos 10 anos o Brasil registrou um total de 17.016 de mulheres mortas do total de 37.264 apurados ao longo dos 21 anos. Esses resultados demonstram que o governo e o MS têm feito muito pouco para gerirem o problema de mortalidade materna.

O Gráfico 3 apresenta óbitos maternos tardios por Unidade da Federação, no período de 1996 a 2017. Os óbitos maternos tardios são considerados aqueles que ocorrem de 43 dias a 01 ano após a gestação. Os Estados que mais apresentaram morte materna foram Rio Grande do Sul (310), Rio de Janeiro (293), Paraná (234) e São Paulo (206), evidenciando que as Regiões Sul e Sudeste apresentam Estados com alto índice de óbitos de mulheres nos 21 anos analisados.

Gráfico 3: Óbitos maternos tardios por Unidade de Federação (1996-2017)



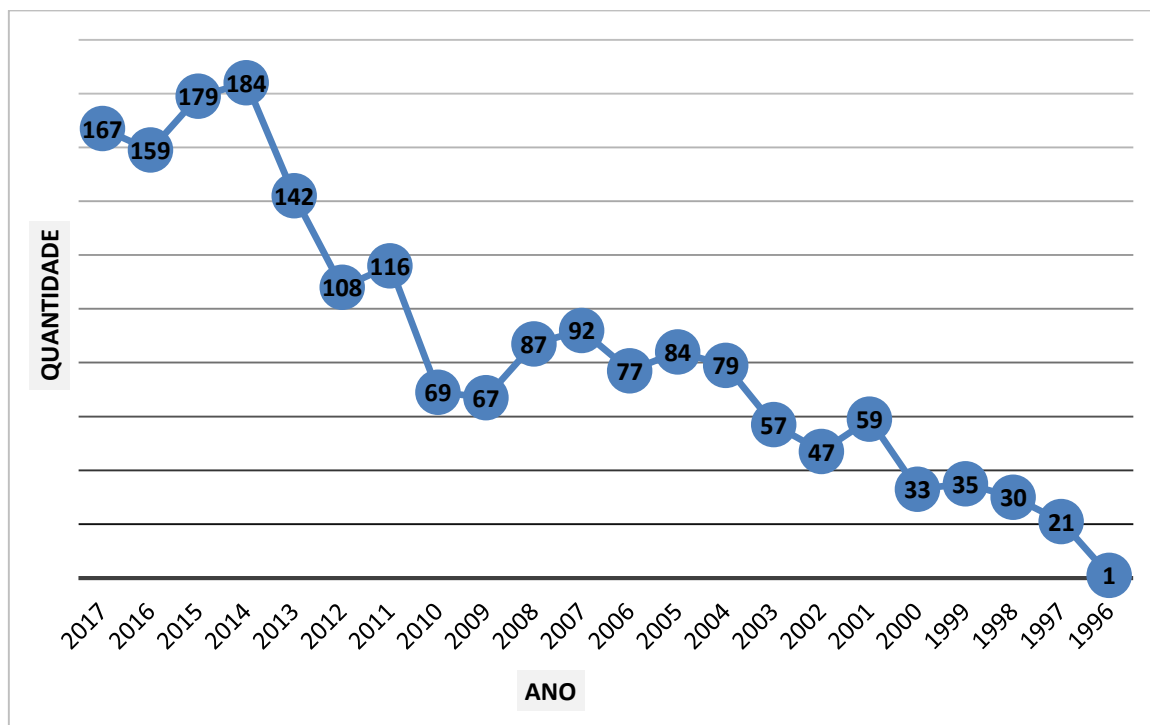
Fonte: Dados de Pesquisa - MS/SVS/CGIAE - SIM (2019)

O total de óbitos maternos nas Unidades de Federação representam 1.893 mortes de mulheres que tiveram alguma complicação tardiamente do parto.

O Gráfico 4 apresenta óbitos maternos tardios por ano, no período de 1996 a 2017. Esse gráfico mostra um panorama negativo com relação aos resultados. Ao longo destes 21 anos a

quantidade de mulheres que tiveram a causa mortis por alguma razão resultante do parto, tardiamente, aumentou.

Gráfico 4: Óbitos maternos tardios por Ano (1996-2017)



Fonte: Dados de Pesquisa - MS/SVS/CGIAE - SIM (2019)

O ano de 2017, como já foi dito, é o último disponibilizado pelo SIM e quantifica 167 mortes maternas tardiamente. Nos últimos 10 anos, o Brasil registrou um total de 1.278 de mulheres mortas do total de 1.893 apurados ao longo dos 21 anos. Esse resultado assinala que, falhas de procedimentos médicos, ou descasos com o pós-parto, ocasionam a crescente mortalidade das mulheres após o nascimento de seus filhos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No dia 28 de maio de cada ano, celebra-se o 'Dia Nacional de Luta pela Redução da Mortalidade Materna'. Essa data visa promover o debate nacional sobre a importância dos cuidados com a saúde da mulher. Além disso, espera-se o fortalecimento de políticas públicas que ajudem a garantir condições médicas de qualidade para as gestantes. Nesta data também é celebrado o 'Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher', comemoração que se iniciou no IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, na Holanda, em 1984 (BRASIL, 2018).

Também ficou definido que o dia 28 de maio seria destinado a reflexões em todo mundo sobre os métodos e ações políticas necessárias para melhorar as condições de saúde da mulher gestante. Essa ação pode contribuir para a redução da taxa de mortalidade materna, um dos mais sensíveis indicadores de saúde, porque é majoritariamente evitável por informações, conhecimentos e tecnologias disponíveis e acomete mulheres jovens, trazendo sérios impactos sociais e na estruturação familiar.

A ‘violência obstétrica’ é real no Brasil e se manifesta de várias formas no ciclo de vida reprodutivo das mulheres. Violência psicológica por insultos verbais, porque sente dor, no momento do parto, e o não uso de analgesia. Violência sexual sofrida em atendimento pré-natal ou em clínicas de reprodução assistida. Uso de fórceps, instrumento semelhante a um tipo de alicate usado para manusear o bebê; na proibição de doulas ou pessoas de confiança na sala de parto e ainda, a cesárea como indicação médica para o parto seguro.

Apesar do MS⁶ ter afirmado que seu despacho estaria atendendo a pedidos de entidades médicas que são contra a expressão, e que a palavra ‘violência’, só se justificaria se praticada de forma intencional contra a paciente, e posteriormente, em razão da recomendação do MPF, terminou por recuar e reconhecer o uso do termo ‘violência obstétrica’, importante avultar que a expressão é consagrada na literatura científica, utilizada por profissionais de saúde e pela sociedade civil, independentemente de outros termos adotados.

Outro órgão que não obteve êxito com seu parecer, foi o Conselho Federal de Medicina (CFM), que se posicionou contra o uso indiscriminado da expressão ‘violência obstétrica’. O Parecer nº 32, de 23 de outubro de 2018, elaborado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM relata que o termo é uma agressão contra a especialidade médica de ginecologia e obstetrícia, contra o conhecimento científico e, por conseguinte, contra a mulher na sociedade, a qual necessita de segurança e qualidade de assistência médica. O documento ainda reforçava que o termo ‘violência obstétrica’ deveria receber outra designação, pois envolveria, na realidade, todas as inadequadas condições dos locais de atendimento, da violência institucional, bem como, de todos os profissionais de saúde e outros personagens envolvidos no atendimento à mulher (CFM, 2018).

⁶ Os documentos citados do MS na introdução e também na conclusão foram conseguidos por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) sob os protocolos nºs 25820005108201984 e 25820005109201929, ambos do dia 22 de junho de 2019.

Contudo, questão que merece relevância nesta discussão, é que um ‘bom parto’ vai além de ter um bebê saudável. Sem dúvida, encorajar as mulheres a parir nas unidades de saúde, onde há parteiras qualificadas, é essencial e tem ajudado a reduzir as taxas globais de mortalidade neonatal e materna por décadas. No entanto, reconhece-se que há espaço para melhorias na qualidade dos cuidados prestados nessas instalações.

Conclui-se que a informação eficaz, para mulher grávida e em trabalho de parto, propicia o conhecimento efetivo antes e depois do parto e consequentemente a defesa de seus direitos de forma eficiente. Cuidados individualizados e de apoio são fundamentais para a experiência positiva no parto. Espera-se que, as mulheres deem à luz em um ambiente seguro, com parteiras qualificadas em instalações bem equipadas. No entanto, a crescente medicalização dos processos normais de parto está minando a própria capacidade da mulher de dar à luz e ter um impacto negativo na sua experiência de parto. O trabalho de parto progredindo normalmente, a mulher e seu bebê estarão em boas condições e não precisarão receber intervenções adicionais para acelerar o trabalho de parto.

Parto é um processo fisiológico normal que pode ser realizado sem complicações para a maioria das mulheres e bebês. No entanto, estudos mostram que uma proporção substancial de gestantes saudáveis é submetida a pelo menos uma intervenção clínica durante o trabalho de parto e parto. Elas também são frequentemente submetidas a intervenções de rotina desnecessárias e potencialmente prejudiciais.

Mesmo quando uma intervenção médica é desejada ou necessária, recomenda-se a inclusão das mulheres com as informações adequadas na tomada de decisões sobre os cuidados que recebem, essa medida é importante para garantir que, elas cumpram o objetivo de uma experiência positiva de parto. À medida que, mais mulheres dão à luz em unidades de saúde com profissionais de saúde qualificados e encaminhamentos oportunos, elas terão melhor qualidade no atendimento

O atendimento desrespeitoso e não digno é prevalente em muitos estabelecimentos de saúde, violando os direitos humanos e impedindo que, as mulheres acessem informações e serviços de assistência durante o parto. Em muitos países, o profissional de saúde controla o processo de parto, o que expõe ainda mais as gestantes saudáveis, a intervenções médicas desnecessárias. A violência obstétrica é uma forma de desumanização das mulheres e em razão dos dados apresentados, entende-se que o governo brasileiro comete injustiça ao se manter em silêncio frente à grave violação dos direitos humanos das mulheres.

XX ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – ENANCIB 2019
21 a 25 de outubro de 2019 – Florianópolis – SC

Este estudo, de forma alguma, pretende esgotar as ilações decorrentes das questões abordadas, mas sim apresentar uma contribuição para se pensar as Ciências da Informação e de Dados agregadas as questões sociais relacionados à saúde, como instrumentos-chave para as mulheres combaterem a ‘violência obstétrica’, que é fato no Brasil e está muito além da contenda terminológica.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Camila da Silva; SILVEIRA, Naira Chistofolletti. O papel do bibliotecário no acesso a informação: a escolha informada na opção do modelo de parto. *In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação*, 18., 2017, Marília. **Anais [...]**. Marília: ENANCIB, 2017. Disponível em:

<http://enancib.marilia.unesp.br/index.php/xviiienancib/ENANCIB/paper/viewFile/100/893>. Acesso em: 24 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer CFM nº 32**: Processo-Consulta CFM nº 22/2018. Brasília, DF: CFM, 23 out. 2018. Disponível em:

<http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

BRASIL [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. **Decreto nº 8.892**, de 27 de outubro de 2016. Cria a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8892.htm. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, 19 out. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. **Lei nº 12.527**, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Despacho DAPES/SAS/MS**, de 3 de maio de 2019, Brasília: DF. Disponível em:

https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_v

XX ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – ENANCIB 2019
21 a 25 de outubro de 2019 – Florianópolis – SC

erificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. **Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**, de 7 de junho de 2019, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Assunto: Recomendação n. 29/2019. IC 1.34.007752/2013-81, Brasília: DF. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 27 jul. 2019.

_____. Ministério Público Federal. **Recomendação nº 29**, de 7 de maio de 2019, São Paulo. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão. **Registrar Pedido**. Disponível em: <https://esic.cgu.gov.br/sistema/Pedido/RegistroPedido.aspx>. Acesso em: 24 jun. 2019.

CAPURRO, Rafael; HJØRLAND, Birger. O conceito de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 12, n. 1, p. 148-207, jan./abr. 2007.

DANIEL, Ben Kei. **Reimaging Research Methodology as Data Science**. Big Data and Cognitive Computing, [s.l.], v. 2, n. 1, p.4-20, 12 fev. 2018. MDPI AG. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/bdcc2010004>. Acesso em: 24 jun. 2019.

FERREIRA, Laizlla Cristie da Silva; CORTES, Gisele Rocha. Enfrentando a violência contra as mulheres por meio da informação: o olhar dos/as estudantes de biblioteconomia. **Revista Conhecimento em Ação**, n. 2, v. 2, p. 19-44, 2017.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acesso em: 24 jun. 2019.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO; 1996. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

LANCASTER, Frederick Wilfrid. **Indexing and abstracting in theory and practice**, 2nd ed., London: Library Association, 1998.

TARGINO, Maria das Graças. Biblioteconomia, Informação e Cidadania. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, Belo Horizonte, v.20, n.2, p. 149-160, jul./dez. 1991.

KING JR, M. L. **The Nobel Prize: Martin Luther King Jr.: facts**. Disponível em: <https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1964/king/facts/>. Acesso em: 24 jun. 2019.

REITZ, Joan Marcile. **Online Dictionary for Library and Information Science**. ABC-CLIO. 1996. Disponível em: <https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1964/king/facts/>. Acesso em: 24 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=5C1079132F6B930D07F6A971A9E784E0?sequence=3. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12_por.pdf?sequence=2. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 24 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Transformando o nosso mundo: a agenda para o desenvolvimento sustentável de 2030**, 2015, online. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun., 2015.

SEMLER, Alexandre Ribas; PINTO, Adilson Luiz. Os diferentes conceitos de dados de pesquisa na abordagem da biblioteconomia de dados. **Ciência da Informação**, n. 1, v. 48, 2019. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/downloadSuppFile/4461/1112>. Acesso em: 22 set. 2019.

SEMLER, Alexandre Ribas. **Ciência da informação em contextos de e-science: bibliotecários de dados em tempos de Data Science**. 2017. 168 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Centro de Ciências da Educação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/185593>. Acesso em: 22 set. 2019.

XX ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – ENANCIB 2019
21 a 25 de outubro de 2019 – Florianópolis – SC

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.