

Karina Gomes Lopes

Mediação informacional, políticas públicas e redes na atenção à saúde da mulher: a Casa de Parto David Capistrano Filho

Dissertação de mestrado
Janeiro de 2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO – ECO
INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA – IBICT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – PPGCI

Karina Gomes Lopes

Mediação informacional, políticas públicas e redes na atenção à saúde da mulher: a
Casa de Parto David Capistrano Filho.

Rio de Janeiro

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO – ECO
INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA – IBICT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – PPGCI

Karina Gomes Lopes

Mediação informacional, políticas públicas e redes na atenção à saúde da mulher: a
Casa de Parto David Capistrano Filho.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciência da
Informação da Universidade Federal do Rio
de Janeiro em convênio com o Instituto
Brasileiro de Informação em Ciência e
Tecnologia como pré-requisito para obtenção
do título de Mestre em Ciência da
Informação.

Orientadora: Regina Maria Marteleto

Rio de Janeiro

2022

Agradecimentos

Agradeço imensamente à minha orientadora, mentora e também fonte de inspiração professora Regina Marteleto, por todo seu carinho, sabedoria, amparo, paciência e dedicação no desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação PPGCI- do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia –IBICT/UFRJ, pela generosidade em compartilhar seus ensinamentos e pelo comprometimento com a produção do conhecimento científico para a transformação social e com a educação pública de excelência, e aos funcionários pela excelente recepção e apoio.

Agradeço aos meus pais, meus maiores incentivadores nessa jornada, que em momento algum duvidaram que eu seria capaz de ingressar na pós-graduação de uma das mais renomadas universidade pública do país.

À minha família “acreoca”, Luana, Aline, Cauê, Geovanna, Olivê, Sueli, minha rede de segurança, que me aturou e aceitou minhas respostas monotemáticas do “não posso, tenho que estudar”.

Ao meu sobrinho Gabriel, pela compreensão e respeito aos momentos em que não pude estar presente como ele gostaria e à minha sobrinha lara, que me fez rir quando era tempo de chorar.

Aos meus irmãos, que apesar da distância de 9 mil quilômetros que separa o Acre do Rio de Janeiro nunca deixaram de me apoiar.

Às minhas avós Bibi (*in memoriam*) e Raimunda, por seus ensinamentos valiosos. E à minha tia Rosânea, que como auxiliar de enfermagem dedicou uma vida inteira à saúde pública.

Ao Thiago, meu parceiro de vida, pela paciência e pela compreensão, e à Coralina (*in memoriam*), nossa filha estrela que me guia com sua luz divina.

Aos amigos, meu mais sincero respeito e gratidão. Foram muitos “nãos” como resposta e o inevitável distanciamento, que mesmo antes da pandemia já se fazia presente, porque o tempo é curto e o cansaço é grande.

Aos amigos do PPGCI, que compartilharam comigo as dores e delícias dessa jornada.

Agradeço aos membros da banca de avaliação pela disponibilidade. É um privilégio poder ter mulheres tão importantes e pioneiras em suas áreas de atuação como avaliadoras.

Às muitas gestantes que me concederam a honra de estar junto no nascimento de seus bebês e que foram a inspiração para a realização desta pesquisa, em especial à Luciana, cujo o sonho era parir na Casa de Parto David Capistrano Filho.

Agradeço a três grandes mulheres enfermeiras/parteiras que me deram a mão quando eu mais precisei, e que sempre me incentivaram a seguir meu caminho: Maysa Ludovice, Heloísa Lessa e Diana Schneider.

Agradeço simbolicamente às enfermeiras e toda a equipe que fazem da Casa de Parto David Capistrano Filho um oásis no meio do deserto.

Agradeço igualmente a todos os profissionais que generosamente compartilham seus conhecimentos e que se dedicam em proporcionar uma experiência de parto mais humana, digna e respeitosa, para as futuras famílias.

Por fim, agradeço à todas as pessoas que vieram primeiro, que lutaram e continuam lutando por condições dignas e igualitárias de assistência ao nascimento, e pela garantia de uma saúde pública de qualidade.

RESUMO

O objetivo geral da presente pesquisa é de compreender as mediações informacionais e de saberes, a formação de redes sociais e a formulação de políticas públicas a partir dos processos históricos e sócio-políticos que culminaram na criação e consolidação da Casa de Parto David Capistrano Filho, no município do Rio de Janeiro, ressaltando a importância das mobilizações sociais e a articulação intersetorial para a qualificação do sistema público de Saúde. Para alcançar este objetivo foram trilhados os seguintes passos: a) desenvolvimento de uma metodologia de análise qualitativa, ancorada em uma abordagem socioantropológica da informação, para compreender, a partir de uma pesquisa histórico-documental, os processos sócio-históricos que favoreceram a existência e a permanência da Casa de Parto David Capistrano Filho, enquanto instituição do SUS; b) mapeamento dos processos de mediação info-comunicacional na construção de políticas públicas, atentando para o estabelecimento e atuação de redes colaborativas na saúde. Os resultados apontam para a centralidade do objeto informação, como potencialidade conceitual de compreensão dos fenômenos sociais em saúde. Práticas de informação, fluxos de informação, redes colaborativas e mediações derivadas de processos informacionais constituem o fator *sine qua non* que viabilizou ações de mobilização social e política, instituindo um terreno de disputa pelo reconhecimento, no campo científico, do saber não centrado no campo da medicina, e no campo social da incorporação dos saberes sociais, ou àqueles construídos no terreno da cultura e da vida cotidiana.

Palavras- Chave: Informação. Mediação. Redes Sociais. Políticas Públicas. Saúde da Mulher. Humanização do Parto.

ABSTRACT

The general objective of the present research is to understand informational and knowledge mediations, the formation of social networks and the formulation of public policies from the historical and socio-political processes that culminated in the creation and consolidation of the David Capistrano Filho Birth Center, in the city of Rio de Janeiro, emphasizing the importance of social mobilizations and intersectoral articulation for the qualification of the public health system. To achieve this objective, the following steps were taken: a) development of a Case Study methodology to understand, through a historical-documentary research, the socio-historical processes that favored the existence and permanence of the CPDCF, as an institution of the SUS; b) mapping of info-communicational mediation processes in the construction of public policies, paying attention to the establishment and performance of collaborative networks in health. The results point to the centrality of the information object, as a conceptual potential for understanding social phenomena in health. Information practices, information flows, collaborative networks and mediations derived from informational processes constitute the sine qua non factor that enabled social and political mobilization actions, instituting a terrain of dispute for the recognition, in the scientific field, of knowledge not centered on the field of medicine, and in the social field of the incorporation of social knowledge, or those constructed in the field of culture and everyday life.

Key words: Information. Mediation. Social Networks. Public Policies. Women's Health. Birth Humanization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Ciclo das Políticas Públicas

Figura 2 – Evolução Histórica das Políticas Públicas em Saúde da Mulher

Figura 3 - Diversidade de atores na governança em saúde - Regiões do Alto Solimões e Metropolitana de Belém.

Figura 4 – Trajetória do Pré-Natal no SUS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 definição dos eixos conceituais

Quadro 2 – Sintaxe de Busca

Quadro 3. Tabela de trabalho *Excel*

Quadro 4. Lista de Referências

Quadro 5. Síntese dos achados

Quadro 6. Documentos Excluídos

Quadro 7 – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

Quadro 8 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Quadro 9 – Plano de Ação da Rede Cegonha- Região Metropolitana I Do Estado Do Rio De Janeiro

Quadro 10 - Caderno HumanizaSUS Vol. 4 - Humanização do Parto e Nascimento

Quadro 11 - Rede Pela Humanização Do Parto E Nascimento Carta De Campinas - Ato De Fundação

Quadro 12 – Carta Aberta do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio De Janeiro

Quadro 13 - Proporção de partos cesáreos ocorridos em nascidos vivos por estabelecimento de saúde do SUS na Região Metropolitana I, de 2009 a 2015

Quadro 14. Representação sistemática dos dados

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
CP	Casa de Parto
CPN	Centro de Parto Normal
CPDCF	Casa de Parto David Capistrano Filho
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CI	Ciência da Informação
JICA	<i>Japan Internacional Cooperation Agency</i>
RC	Rede Cegonha
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
FREBASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
SMS/RJ	Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 Mediação, Informação e Saúde	28
2.2 Redes sociais na saúde	36
2.3 Políticas Públicas em Saúde da Mulher	45
2.4 Mediação, Redes Sociais e Saúde nos Estudos Informacionais	49
2.5 Apresentação dos Resultados	54
2.3 Discussão	60
3 UMA CASA, MUITOS SENTIDOS	61
4 PERCURSO METODOLÓGICO – ANÁLISE DOCUMENTAL	67
4.1 Justificativa Metodológica	72
4.2 “O que é um Documento? Para que serve?”	73
4.3 Coleta de Dados - Categorias Empregadas	74
4.4 Análise dos Dados	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança é capaz de mobilizar grandes redes de atenção e cuidado com o intuito de garantir uma infância plena e saudável, seja na instância familiar, seja na dimensão social coletiva de maior espectro. *“It takes a village to raise a child”*, ou em português: “é preciso uma aldeia para criar uma criança”.

Este provérbio africano se mostra revelador no que se refere à compreensão de um evento que é atravessado por diferentes perspectivas culturais e sociais, conferindo importância à necessidade vital de comprometimento e convergência de diferentes fatores e atores, seja no espaço privado familiar, seja no provimento institucional das políticas públicas.

Partindo dessa premissa, adiciono a importância conferida ao binômio “mãe-bebê”, no processo denominado ciclo gravídico puerperal, propondo a observação do fenômeno do nascimento considerando a totalidade do processo, ou seja, de uma ontologia dos processos sociais que delinearão e determinaram as condições históricas do sujeito mulher, frente ao fenômeno abordado.

Nessa perspectiva, compreende-se que a constituição de uma “vila” para cuidar do infante se constrói mesmo antes de seu nascimento, quando, ainda no ventre, e mesmo antes, criamos, enquanto sociedade, as condições de saúde necessárias para garantir à pessoa gestante o direito de vivenciar com dignidade e equidade o nascimento de seus rebentos.

Michel Odent, obstetra francês pioneiro na construção de um ideal de humanização do nascimento, afirma que:

As condições habituais de nascimento nos países industrializados são desumanas, porque implicam uma separação mãe-filho, porque a dupla mãe-filho é, ela própria, separada “radicalmente” de tudo o que evoca as origens da vida. A tecnocracia e o puro intelectualismo são outros aspectos exemplares de desumanização por separação e por ausência de contato com as raízes sociais. (ODENT, 1982. p. 19).

O surgimento das inovações tecnológicas e do desenvolvimento industrial impactou fortemente o modelo de atenção ao parto no mundo ocidental. Sendo assim, a presente pesquisa adota o fenômeno do nascimento como ponto de partida para levantar questões e reflexões sobre a saúde da mulher, situando os processos sociais de saúde em um contexto de abordagem interdisciplinar, à luz de acontecimentos históricos, políticos e culturais, que definiram a predominância de determinados saberes em detrimento de outros e que culminaram em uma sedimentação e estabilização de práticas e discursos sobre a compreensão do que seja a saúde da mulher e mais especificamente no que se refere à assistência obstétrica e perinatal.

Proponho observar processos de reconfiguração do paradigma de assistência obstétrica brasileiro pela via dos processos informacionais, especificamente processos de mediação de saberes e práticas, que se delinearam a partir da atuação e mobilização social, e do desenvolvimento de redes, ou vilas, de colaboração, com ampla participação dos diversos segmentos sociais, e que resultaram em conquistas de direitos fundamentais de emancipação social e exercício da cidadania. Destaca-se o direito à saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as diretrizes norteadoras da integralidade e participação social.

De início retomo um pouco de minha trajetória pessoal, recuperando o contexto e os acontecimentos que me levaram a realizar esta pesquisa.

Em 2014, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) publicou a pesquisa Nacer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014), maior estudo do gênero realizado no país, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que se tornou um marco histórico no campo de atenção à saúde pública da mulher e da criança, ao mapear a qualidade da assistência obstétrica no país.

As reflexões temáticas suscitadas pela pesquisa Nacer no Brasil e o interesse pelo universo da saúde pública, com o recorte da saúde da mulher, tornaram-se temática central em minha trajetória acadêmica, fruto, também, de experiências empíricas a que tive acesso.

Entre os anos de 2014 e 2017, além de ser estudante no curso de jornalismo da Universidade Federal Fluminense (UFF), atuei profissionalmente como *doula*¹, profissão regulamentada no Rio de Janeiro através da Lei Estadual 7.134 de 15 de Junho de 2016, que me permitiu vivenciar a assistência obstétrica em diferentes maternidades públicas e privadas.

A partir dessas experiências pude observar de perto o trabalho desenvolvido no SUS em termos de assistência ao período gravídico-puerperal e os esforços para melhorar as condições do parto e nascimento, mas também as contradições de um modelo tecno/médico centrado, que cria um paradoxo assistencial entre as boas práticas obstétricas preconizadas pelas políticas públicas existentes, reivindicadas pelos movimentos sociais, e a manutenção de um *status quo* de uma medicina que ainda resiste em adotar terapêuticas baseadas nos princípios da humanização do parto e nascimento, reconhecendo outros saberes e afirmando o protagonismo e autonomia das gestantes usuárias do sistema.

Em 2017 desenvolvi minha monografia de conclusão da graduação em jornalismo, onde realizei uma análise de conteúdo em dois jornais de grande circulação, justamente sobre a pesquisa Nascer no Brasil. Em termos acadêmicos, o conhecimento científico me proporcionou a descoberta das linhas de pesquisas científicas voltadas para os estudos da informação e da comunicação em sua interface com a saúde.

Nesse contexto pude conhecer o trabalho da professora Regina Marteleto, cuja trajetória de atuação e produção nos estudos da informação e da saúde constituem o norte da presente pesquisa, pois é inspirada pelo caráter dialógico e interdisciplinar do seu trabalho que procurei desenvolver este estudo.

Como ponto de partida ressalto a adoção de um olhar diferenciado para o fenômeno do nascimento e o paradoxo da assistência não apenas pela ótica da saúde, mas também a partir de um referencial que incita a dialética entre diferentes campos de

¹O termo se refere às “profissionais treinadas e capacitadas para oferecer educação perinatal durante o ciclo gravídico-puerperal e suporte emocional e físico contínuo para a gestante antes, durante e logo após o parto.” (Associação de Doulas do Rio de Janeiro-ADOULASRJ).

estudos, aqui, especificamente, pautado pelo referencial teórico de uma abordagem social do campo informacional.

Para demarcar os elos entre o objeto de estudo, minha trajetória acadêmica e minha prática profissional enquanto *doula*, destaco minha vivência na única Casa de Parto (CP) do município do Rio de Janeiro, a Casa de Parto David Capistrano Filho, localizada no bairro de Realengo, Zona Oeste, onde pude ver de perto o trabalho realizado e liderado pela enfermagem obstétrica em uma instituição de saúde comunitária. Essa instituição, assim como tantas outras Casas de Parto no Brasil, representa um arcabouço simbólico da cultura do parto em nossa sociedade.

Ressalta-se que a consolidação dessa instituição, como veremos mais adiante, não seria possível sem a múltipla articulação, em diferentes níveis, de atores sociais e institucionais, que contribuíram para a reconfiguração de políticas públicas no âmbito do SUS.

Para fins de identificar e trazer à luz aspectos estruturais, contextuais e sociais de assentamento das políticas públicas em saúde da mulher, a partir da reconstituição dos processos históricos, sociais e informacionais, que culminaram na implantação da Casa de Parto, partimos da seguinte indagação: **como se caracterizam as interações em rede, as práticas e processos de mediação informacional que contribuíram para a consolidação da Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF) e de que forma dialogam com as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher?**

A Casa, inaugurada em 2004, está integrada à rede estadual de assistência às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal através das ações do programa Cegonha Carioca, “pautado na organização e definição das maternidades referência para as municípios do Rio de Janeiro.” (RIO DE JANEIRO, 2011, p.4).

De um modo geral, pode-se dizer que a regulamentação das casas de parto foi favorecida por um contexto político singular, frente às reivindicações de ampliação e atualização das políticas públicas para qualificar a assistência obstétrica no país.

De acordo com Azevedo (2008), a Casa de Parto David Capistrano Filho se distingue das demais instituições de saúde por reconhecer a autonomia das práticas obstétricas realizadas no escopo de atuação das enfermeiras(os).

Essa característica vai na contramão do modelo hospitalar, vigente em grande parte das maternidades, e deixa espaço para um modelo de atendimento desmedicalizado, com uso de tecnologias de cuidado não-invasivas, conferindo à pessoa gestante o papel de protagonista do processo de gravidez e parturição, como afirma Azevedo:

[...] como pressuposto teórico posso dizer que a Casa de Parto é um campo obstétrico desmedicalizado, relativamente autônomo, dotado de leis próprias, com tecnologias não invasivas desenvolvidas como princípio norteador de sua relação de cuidado. [...] diferencia-se de seus opositores ideológicos ao mostrar que seus valores incorporados de respeitar a fisiologia do parto, a autonomia e o protagonismo da mulher, geram práticas distintas para a redução da morbimortalidade perinatal. (AZEVEDO, 2008, p.18).

A Casa está localizada na Área de Planejamento (AP) 5.1 do município do Rio de Janeiro, a qual abrange 10 bairros e uma população total, segundo o censo do IBGE de 2010, de cerca de 671.041 habitantes. Estão incluídos nela os bairros de Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.

Foi regulamentada pela Resolução SMS nº 97 971 25/03/2003 e Resolução SMS nº 1041 11/02/2004. As gestantes atendidas pela unidade contam com serviços de: acolhimento; incentivo ao aleitamento materno; práticas educativas; serviço social; acompanhamento pré-natal e puerpério. A Casa de Parto caracteriza-se como uma instituição comunitária, por não estar inserida em uma unidade hospitalar, e atende somente às gestantes classificadas para o parto de baixo risco ou risco habitual. (AZEVEDO, 2008).

A partir da compreensão e descrição dos processos sócio-históricos observados à luz do referencial teórico do intercampo informação-saúde, buscou-se construir o objeto de estudo em questão, utilizando o referencial metodológico da socioantropologia da informação, para traçar um percurso teórico- metodológico de abordagem qualitativa sobre o fenômeno estudado. Para coleta, análise e apresentação dos resultados, optou-

se pela realização de uma pesquisa documental, a partir da seleção e utilização de fontes documentárias de caráter público disponibilizadas na *web*.

Os processos sócio-históricos da evolução das políticas públicas em saúde da mulher, as ações em rede, a convergência de atores sociais, e os processos e práticas de mediação e compartilhamento de saberes parecem apontar caminhos para que seja possível ressaltar a importância do trabalho desenvolvido pela CP, resgatando sua trajetória de luta e resistência comunitária, mas também para reafirmar o estatuto fundamental de sua importância enquanto fruto de políticas públicas articuladas a partir do entrelace dos diferentes atores sociais, que em um nível macro nos permite também traçar um panorama histórico, social, político e cultural das mudanças ocorridas na saúde pública brasileira como um todo.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro se refere à problematização e contextualização do objeto de estudo, localizando o tempo-espaço dos paradoxos da obstetrícia moderna. Ressalta-se o caráter conflituoso entre o que se verifica no plano teórico em termos de políticas públicas existentes, orientadas pelo ideário da humanização e integralidade da assistência, e o modo como são aplicadas, na prática, nas maternidades brasileiras.

A dificuldade de integrar terapêuticas que se distanciam do modelo de atendimento histórico e culturalmente aceito de característica curativa e hospitalar, engendrado e enraizado discursivamente no campo da obstetrícia moderna, gera terreno tanto de disputa política, quanto de disputa por política pública, como destaca (MAIA, 2010, p. 43).

A enfermagem obstétrica, como veremos mais adiante, desenvolve uma papel central nesse tabuleiro, uma vez que tem atuado de forma decisiva não apenas no sentido de promover as boas práticas na assistência perinatal, mas também de articular a mobilização social em diferentes setores da sociedade por melhores condições de assistência e garantia de políticas públicas adequadas, além de protagonizar uma luta histórica de afirmação e reconhecimento dos próprios saberes.

No segundo capítulo apresentamos o referencial teórico em que se sustenta a pesquisa, desenvolvido a partir de três eixos conceituais: mediação informacional, redes sociais e políticas públicas. Abordaremos o conceito de mediação, localizando-o nos ambientes da cultura, considerando sua relevância para refletir sobre aspectos simbólicos de construção, circulação e compartilhamento de saberes, com especial atenção aos processos engendrados no intercampo da informação e da saúde.

No eixo que aborda os estudos de redes sociais destacamos o papel das redes como a “possibilidade de ação aberta aos indivíduos pela estrutura”, investigando os modos de estruturação das relações institucionais, comunitárias, os atores, identificando os modos de compartilhamento de experiências e saberes locais e processos de transformação social.

É ancorada nesse pressuposto central do cuidado em saúde que a presente pesquisa propõe a utilização do referencial teórico das redes, indicando a importância, como afirma Portugal (2018), de uma ampla convergência de atores, de práticas, de saberes e de relações presentes em uma abordagem reticular do cuidado em saúde.

Em seguida, discutiremos o desenvolvimento e evolução das políticas públicas em saúde da mulher e da criança, resgatando aspectos históricos de construção da saúde pública no Brasil e apresentando uma linha do tempo das políticas que favoreceram as mudanças de paradigma da assistência ao parto e nascimento no país, e de que forma foram influenciadas pelas mobilizações sociais.

O terceiro capítulo tem por finalidade a apresentação e localização do campo empírico da pesquisa, onde apresentaremos o contexto histórico de implantação da Casa de Parto, recuperando aspectos da luta do sanitarista e seu fundador David Capistrano Filho e seu papel decisivo, que tornou as Casas de Parto uma realidade no Brasil. Posteriormente, apresenta-se o percurso metodológico da pesquisa, indicando os procedimentos adotados para coleta e análise dos dados.

O quarto capítulo apresenta os dados obtidos na pesquisa. A primeira parte apresenta os resultados de uma revisão sistemática da literatura construída com a finalidade de apresentar um perfil das pesquisas voltadas para o estudo das mediações

e das redes sociais no campo da CI, especificamente na interlocução com o campo da saúde, e suas implicações no âmbito da gestão e políticas públicas.

Na seção seguinte são apresentados os resultados obtidos a partir da pesquisa documental, que recuperou documentos de caráter público, tais como manuais e cartilhas do Ministério da Saúde, bem como documentos produzidos no âmbito das organizações sociais. Tais documentos alimentaram a presente pesquisa com informações de caráter histórico, social, cultural e político, contribuindo para a construção de um panorama dos processos sociais que possibilitaram a existência e funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho.

O último capítulo apresenta as considerações finais do estudo, contendo um resumo dos principais achados, apontando novos questionamentos ou percepções que a realização da pesquisa suscitou em relação ao objeto estudado.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

A pesquisa *Nascer no Brasil* (2014), além de identificar os entraves para a sistematização de um assistência pautada nas políticas de humanização do nascimento, concluiu que um dos principais problemas encontrados pelo estudo foi o número alarmante de cesarianas. No ano de publicação dos resultados da pesquisa, a percentagem de partos realizados pela via da cesariana eletiva (sem indicação), na rede privada, correspondia a 88% do total de partos e 56% na rede pública. Um percentual muito maior do que os 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mesmo com os esforços do setor público e dos movimentos sociais no que tange a luta pela implementação de políticas e ações de incentivo ao atendimento obstétrico humanizado.

No documento intitulado *Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015*, (Nações Unidas, 2015), para avaliação dos objetivos do milênio, consta que, no plano global, houve uma redução da mortalidade materna e aponta melhores condições de acesso aos serviços de saúde e atendimento profissional qualificado. Apesar dos números favoráveis, a meta de redução da mortalidade materna e

erradicação das mortes evitáveis em crianças e recém-nascidos permanecem e atualmente estão entre os 17 objetivos da Agenda 2030.

No Brasil, um estudo recente realizado pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com a FIOCRUZ e a Universidade Federal do Maranhão (UFM), avaliou 606 maternidades em diferentes regiões do país, com o objetivo de analisar os componentes da atenção ao parto e nascimento na Rede Cegonha (RC), programa instaurado pelo Ministério da Saúde, em 2011, cuja principal finalidade é “alcançar mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento, de forma a ampliar o acesso e a qualificação das práticas de cuidado e gestão na assistência à saúde da mulher e da criança”. (Gama, S; Thomaz, E; e Bittencourt, S. 2021. [s.p]).

No estudo citado acima, foram apresentados 17 artigos, com diferentes abordagens metodológicas, analisando aspectos da assistência na Rede Cegonha. Os resultados apontam importantes avanços na assistência, principalmente no que diz respeito aos temas da discriminação racial, melhoria nos índices de cesarianas e atuação da enfermagem obstétrica.

Apesar de apontar indícios de que uma política pública bem estruturada, com atuação efetiva tripartite e participação social, pode contribuir para mudanças no cenário da assistência ao parto e nascimento no país, quase uma década após a publicação da pesquisa Nascer no Brasil, o cenário obstétrico brasileiro ainda enfrenta desafios.

Os obstáculos aparecem, principalmente, no sentido de estabelecer uma terapêutica do ciclo gravídico puerperal que se diferencie do cuidado tradicionalmente pautado pela perspectiva medicalizante da assistência e que considere a abrangência do fenômeno a partir de uma abordagem integrativa entre os diferentes fatores que compõem o panorama assistencial da saúde da mulher e da criança, (parto, mortalidade materna, mortalidade neonatal, direitos reprodutivos, contexto social/cultural, participação social, entre outros).

As Casas de Parto (CP), ou Centro de Parto Normal (CPN), cujas diretrizes foram redefinidas pela portaria nº 113, em 2015, se caracterizam por serem instituições incorporadas ao programa Rede Cegonha, onde os serviços básicos de

acompanhamento pré-natal são oferecidos e a gestante pode, ou não, escolher esses espaços como primeira opção para a realização do parto.

Enquanto unidades autônomas, as Casas de Parto podem funcionar em espaços físicos próprios, com exigência de que possa ser integrada a uma maternidade municipal, para casos que necessitem de transferência. Alguns critérios de risco devem ser obedecidos, o principal é que a gestação deve ser considerada de “risco habitual”, ou seja, uma gravidez que se enquadra nos padrões de segurança para que um parto normal ocorra, de acordo com AZEVEDO (2008).

Para ilustrar o cenário onde ocorrem as disputas e conflitos do fenômeno em questão, apontamos, inicialmente, os questionamentos tanto dos pesquisadores, quanto dos movimentos sociais e usuárias(os) do sistema, seja público ou privado, que têm ressaltado a necessidade de reconfiguração do modelo hegemônico e excludente de atenção ao parto.

Os conflitos parecem se constituir no sentido de garantir e implementar de modo efetivo as diretrizes já existentes nas políticas públicas de saúde materno-infantil que: 1) levam em conta a autonomia das mulheres na escolha pelo tipo de parto que desejam, como aponta Azevedo (2008); 2) consideram as evidências científicas que apontam a eficácia de modelos de atenção que privilegiam o atendimento multidisciplinar, onde o médico não atua como figura central no processo, diminuindo as iatrogenias² e intervenções desnecessárias, apontadas por Declercq (2014); 3) aposte em um modelo de atenção no sistema público que pode salvar milhares de vidas sem a necessidade de excessivos investimentos tecnológicos, propondo uma tecnologia do cuidado que respeita o corpo, os diferentes saberes e valoriza a escuta e o entendimento de tal fenômeno a partir de uma perspectiva da experiência coletiva feminina, permitindo acesso igualitário a um serviço de qualidade.

É evidente o papel central das mobilizações sociais na luta por melhores condições e políticas de saúde. Esse caráter histórico sugere, portanto, que a busca

² De acordo com o autor, iatrogenia se caracteriza como a ação médica de intervir excessivamente no processo do nascimento.

pela compreensão de questões relacionadas à realidade obstétrica brasileira pela lente informacional, passa pela constituição das redes, processos de mediação e compartilhamento de saberes que envolvem os atores (sejam eles estatais, civís ou privados) nesse processo. Marques (2018) afirma que:

No caso específico das políticas públicas, isso permite incorporar nas análises um conjunto amplo de atores localizados dentro e fora do Estado, sem ser necessário preestabelecer as fronteiras entre esses dois campos, assim como quais tipos de atores a considerar. Além disso, as redes permitem incluir simultaneamente nas análises vínculos formais e informais de vários tipos. (MARQUES, 2018. p. 832).

A escolha pela Casa de Parto David Capistrano Filho como campo empírico se deu a partir da compreensão da importante atuação social e comunitária desempenhada por essa instituição de saúde. Sua conflituosa trajetória de implantação é marcada por muitas querelas judiciais que envolveram a classe médica, respaldada por suas instituições reguladoras, a saber, o Conselho Regional de Medicina (CRM), a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (SGORJ), os gestores municipais de saúde, a enfermagem obstétrica e o Ministério da Saúde.

A Casa se caracteriza por ser um local diferenciado para o acompanhamento ao ciclo gravídico-puerperal. O Ministério da Saúde reconheceu e estabeleceu a autonomia desse tipo de instituição, que são lideradas pela enfermagem obstétrica, cuja formação permite o atendimento integral, do pré-natal ao puerpério, às gestantes consideradas de “baixo risco”. Apesar de regulamentada e incorporada como unidade autônoma ao SUS, a Casa de Parto David Capistrano Filho enfrentou sérios entraves para garantir sua existência e funcionamento. Destaco aqui um trecho do comunicado emitido pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia³ no ano de 2009 sobre a regulamentação, de um modo geral, das Casas de Parto:

A Assembléia Geral das Federadas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia de 26 estados e Distrito Federal reunida em

³Documento disponível em:

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8721:&catid=3

Brasília reitera sua posição contrária à implantação e funcionamento das chamadas “Casas de Parto”[...] A FEBRASGO reitera serem inadmissíveis, além de serem temerárias sob o ponto de vista materno-fetal, as tentativas insistentes e frequentes de afastar o médico obstetra, profissional que detém os maiores conhecimentos e habilidade do processo de atendimento ao parto. (FEBRASGO, 2009, [s.p].)

Essa pequena ilustração discursiva dá uma ideia dos conflitos que envolvem a assistência ao parto no Brasil. Em maio de 2017, a então vereadora Marielle Franco, que na ocasião presidia a Comissão de Defesa da Mulher, na câmara de vereadores, apresentou o projeto de lei Nº 265/2017, que “estabelece diretrizes para a criação do programa centro de parto normal e casa de parto, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, e dá outras providências”⁴. Como um contraponto discursivo ao comunicado de 2009 da FEBRASGO, destaca-se o seguinte trecho, presente na justificativa do referido projeto de lei:

[...] ressalta-se que a garantia dessas unidades não tem como objetivo substituir o trabalho das maternidades, cujo acompanhamento e intervenção médica são necessários para gestações que apresentem níveis elevados de complexidade ou intercorrências. Trata-se, portanto, do acesso de que precisa à assistência que precisa. (RIO DE JANEIRO, 2017).

A Casa de Parto David Capistrano Filho é a única em funcionamento no estado do Rio de Janeiro e registrou desde o início de suas atividades, em 2004, mais de 3 mil atendimentos, contabilizando um total de zero mortes maternas ou neonatais.

Mesmo após a aprovação do projeto de lei da vereadora Marielle Franco, assassinada no ano de 2018, a implementação das diretrizes e a construção de novas casas de parto, de acordo com áreas programáticas de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ainda não tem previsão para acontecer.

Há uma miríade de tensões que se traduzem em formações discursivas hegemônicas e ideológicas de uma medicina estruturada em bases patriarcais de controle do corpo feminino, onde estão em jogo o poder e o domínio, também, sobre um determinado saber. Ao longo dos séculos, o desenvolvimento de políticas disciplinadoras

⁴ Documento eletrônico disponível em: <https://mail.camara.rj.gov.br>.

possibilitaram o aprimoramento de dispositivos de controle dos corpos, como assinala Foucault:

[...] em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. Muitas coisas entretanto são novas nessas técnicas. A escala, em primeiro lugar, do controle: não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável mas de trabalhá-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica — movimentos, gestos atitude, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo. (FOUCAULT, 2005. p. 163).

Colocada em perspectiva, essa visão foucaultiana pode nos servir de complemento para pensar, especificamente, sobre o debate a respeito do paradigma de assistência tecnocrático da medicina moderna ocidental, ao qual se refere Davis-Floyd (2001), quando chama a atenção para a vigência de um modelo de atendimento centrado na compartimentação dos indivíduos, ou seja, na separação entre corpo e mente.

O modelo tecnocrático investe de autoridade os médicos, suas instituições e funcionários. O uso do avental branco é um claro sinal de autoridade. [...] No parto, uma das maiores demonstrações gráficas do poder da 'escolha do médico' é a posição de litotomia tão popular entre médicos não porque faz sentido do ponto de vista fisiológico, mas porque lhes permite acompanhar os partos de pé, com um claro campo de ação. (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 4).

As terapêuticas desenvolvidas nesse tipo de assistência frequentemente estão submetidas ou restritas a um tipo de acompanhamento que privilegia o corpo tutelado pelos avanços tecnológicos da medicina, instaurando a ideia de um corpo que é assimilado essencialmente como uma máquina, passível de reparos, que deve corresponder aos modos de ser e estar em uma sociedade neoliberal.

Para Foucault (2010), a vigilância e controle dos corpos exercidos pela bio-política se estabelecem na medida em que surgem as primeiras sociedades altamente industrializadas e reificadas:

[...] o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do séc XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 2010, p. 80).

Não é estranho, portanto, que esse paradigma tenha dominado a assistência médica nos sistemas de saúde, o que nos permite traçar um paralelo que justificaria, em parte, sua aplicação também ao modelo hegemônico das práticas obstétricas caracterizadas por uma visão mecânica do corpo. Davis-Floyd aponta que:

[...] como resultado, apesar da crescente aceitação do nascimento enquanto um processo mecânico, tal como qualquer outro processo biológico, também passou a ser visto como inerentemente imperfeito e não confiável, e a metáfora do corpo feminino como uma máquina defeituosa eventualmente moldou os fundamentos filosóficos da obstetrícia moderna. (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 6, tradução nossa).

Moraes; González de Gómez (2007) também exploram, em certa medida, a dicotomia corpo/mente para debater a respeito dos sistemas de informação e informática em saúde, cuja lógica opera nas mesmas instâncias de separação e desconstrução das subjetividades do indivíduo em detrimento de uma manutenção do corpo enquanto coisa homogênea, desprovido de qualquer identidade ou história. As autoras afirmam que:

O Estado Moderno estabelece dispositivos de atuação voltados para a gestão da vida, que permitem o exercício de um poder disciplinar que se expressa capilarmente em todo campo social, de um biopoder, que nasce imerso na constituição de uma sociedade panóptica. (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007, p. 555).

Em contrapartida, um modelo baseado nas prerrogativas humanísticas de assistência pressupõe a adoção de práticas de assistência que privilegiam a compreensão do corpo, menos de uma perspectiva da oposição corpo/mente, ou do domínio de um sobre outro, e mais a partir de um ponto de vista que admite o funcionamento do corpo enquanto um organismo, que contém características físicas, psíquicas e sociais (DAVIS-FLOYD, 2001).

A compreensão dos processos de fragmentação do corpo e mente nas terapêuticas que envolvem o cuidado em saúde são importantes para este estudo, pois versam também sobre as origens e as formas pelas quais os processos de dominação e patologização do corpo feminino se deram ao longo da história da obstetrícia moderna.

Diante desse contexto, o objetivo geral da presente pesquisa é de compreender as mediações informacionais e de saberes, a formação de redes sociais e a formulação de políticas públicas a partir dos processos históricos e sócio-políticos que culminaram na criação e consolidação da Casa de Parto David Capistrano Filho, no município do Rio de Janeiro, ressaltando a importância das mobilizações sociais e a articulação intersetorial para a qualificação do sistema público de Saúde.

Para alcançar este objetivo foram trilhados os seguintes passos: a) desenvolvimento de uma metodologia para compreender, a partir de uma pesquisa histórico-documental, os processos sócio-históricos que favoreceram a existência e a permanência da Casa de Parto David Capistrano Filho, enquanto instituição do SUS; b) mapeamento dos processos de mediação info-comunicacional na construção de políticas públicas, atentando para o estabelecimento e atuação de redes colaborativas na saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito ou definição do objeto informação constitui-se a partir da compreensão de seu caráter polissêmico que, de acordo com ALBAGLI (2013), pode ser concebido em termos políticos, estratégicos, econômicos, rizomáticos, documentais, físicos, cognitivos. Nesse sentido, destacamos as considerações de Capurro (2003), onde distingue os três principais paradigmas que constituem a evolução e transformações da CI: a) o paradigma físico, que remete ao desenvolvimento das Teoria matemática da informação, proposta por Shannon & Weaver; b) o paradigma cognitivo, ou a instância da informação objetiva, influenciada pela concepção popperiana do conhecimento e da ideia de necessidade informacional e sujeito cognoscente; c) o paradigma social, que concerne aos processos socialmente construídos de produção, circulação e consumo da informação. (CAPURRO, 2003, p.5).

Essa modulação paradigmática resulta também em uma variação histórica de compreensão e definição do objeto informação. A questão do que é ou para que serve a informação, depende da pergunta a ser respondida, sendo necessário ou indicado observar a relação ou interação com outros conceitos, tais como os de documento ou mídia, por exemplo. (Capurro e Hjørland, 2007).

2.1 Mediação, Informação e Saúde

São múltiplas as abordagens e perspectivas a respeito do conceito de mediação, que perpassam diferentes períodos históricos, que vão da Antiguidade até os dias de hoje, constituindo-se enquanto objeto de diferentes correntes filosóficas.

Sendo assim, a mediação aparece como categoria analítica em diferentes áreas do conhecimento; mediação e cultura; mediação e psicologia; mediação e ciências jurídicas. (MARTINS, 2011).

Para fins de adequação aos objetivos da pesquisa, nos deteremos com maior atenção à categoria que trata da mediação no âmbito dos processos info-comunicacionais partindo, inicialmente de uma explanação ancorada na vertente francesa dos estudos de mediação, seguida pela contextualização dos estudos na América Latina para, finalmente, desenvolver uma heurística de utilização do conceito no campo da saúde.

Por seu caráter multivariável, no sentido de comportar diferentes perspectivas analíticas, desenvolveu-se uma linha de raciocínio que tem por objetivo a reflexão sobre dois aspectos principais do conceito de mediação; a) sua inscrição no terreno da cultura e da representação e construção simbólica do real; b) como aporte conceitual circunscrito nas dinâmicas info-comunicacionais em sua interface com o campo da saúde.

De imediato adotaremos uma compreensão conceitual sobre o termo info-comunicacional, como aquele que engloba “mídia, aparato, situação de comunicação, documento [...]”. (JEANNERET, 2009, p.30).

Como ponto de partida inicial recuperamos em Jeanneret (2009) uma sintética afirmação a respeito dos fundamentos que norteiam a utilização do conceito de mediação no intercampo da informação e da comunicação: “Fornece ferramentas para uma descrição acurada dos processos comunicacionais; permite qualificar socialmente as dinâmicas e regimes da cultura [...]”. (JEANNERET, 2009, p. 26).

No campo da CI, com a emergência e consolidação do paradigma social, tem-se um direcionamento para a centralidade nos processos de comunicação do

sujeito/conhecedor em suas dinâmicas e práticas sócio-culturais. Esse direcionamento resultou em novas formulações analíticas no que diz respeito à construção dos modos informacionais e de conhecimento nos processos sociais.

Nesse sentido, destaca-se a compreensão do objeto informação enquanto artefato cultural que, de acordo com Marteleto (1995) só existe enquanto produto de condições socio-históricas de compartilhamento e construção de práticas sociais e institucionais. Para a autora, “toda prática social é também uma prática informacional”.

Martins (2011) ao desenvolver um extenso panorama analítico de utilização e aplicação do conceito mediação na CI, situa igualmente o objeto informação no território conceitual da cultura:

[...] localiza a informação como procedimento, fenômeno e artefato da ordem da cultura, sendo contextual e historicamente circunscrita e atrelada à instituição de sentidos e significados para as coisas e fenômenos do mundo. (MARTINS, 2011, p. 23).

Ainda que uma definição conceitual sobre a cultura seja demasiadamente complexa, nos beneficiaremos antes de uma concepção geral sobre a cultura, a partir da seguinte afirmativa:

[...]Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões sociais enigmáticas na sua superfície. (GEERTZ, 2008, p. 4).

Estabelecendo diálogo com DAVALLON (2007) temos uma perspectiva que reconhece a possibilidade de exploração dos elementos simbólicos e, circunstancialmente, das teias de significados circunscritos na sociedade, que de acordo com o autor designam a pertinência e validade do conceito de mediação para os estudos info-comunicacionais.

No terreno de reconhecimento e debate da comunicação enquanto processo não linear, recuperamos a partir do autor acima citado a noção de mediação compreendida a partir da seguinte constatação:

[...] há necessidade de descrever uma ação implicando uma transformação da situação ou do dispositivo comunicacional, e não uma simples interação entre elementos já constituídos – e ainda menos uma circulação de um elemento de um polo para outro. Emitirei assim a hipótese de que há recurso à mediação quando há falha ou inadaptação das concepções habituais da comunicação: a comunicação como transferência de informação e a comunicação como interação entre dois sujeitos sociais. (DAVALLON, 2007, p.11).

Embora afirme que não há, no campo da comunicação e da informação, uma definição geral para o conceito de mediação, Davallon aponta três usos recorrentes do termo mediação na literatura científica do campo. O uso comum, relacionado ao senso comum, e que se divide, em parte, pela existência de conflito, que portanto pressupõe conciliação ou reconciliação; o que trabalha com a ideia de um intermediário nos processos de comunicação; ou a necessidade de um terceiro elemento, ou “terceiro simbolizante”, implicado na melhora da comunicação. E o uso operatório, onde o autor distingue por categorias o uso do conceito: mediação social, mediação pedagógica, cultural, institucional, mediação técnica. Destacamos abaixo uma sintética assertiva a respeito do conceito:

[...] podem-se destacar três constantes. (i) O emprego das mesmas componentes para definir a mediação: a intersubjetividade, a linguagem, o político. (ii) O princípio segundo o qual a comunicação social é um produto da mediação e não o inverso. (iii) E, acrescentaria eu: a mediação constrói-se em torno de um ponto de fuga – chamado exterioridade, neutro, negativo, conforme os casos – que intervém no processo de comunicação sem que aqueles que nele participam possam ter controle sobre ele. (DAVALLON, 2007, p.14).

Davallon parte de uma análise dos principais autores (Bernard Lamizet, Jean Caune, Louis Quéré, Antoine Hennion), que contribuíram para pensar definições acerca do conceito. A partir dessa análise identifica elementos que apontam para a centralidade do “terceiro”, enquanto aquilo que designa a mediação, destacando três pontos principais de distinção entre as abordagens analisadas: processos de linguagem e sujeito; processos de constituição da cultura; antropologia do espaço público (DAVALLON, 2007). O consenso, então, reside no reconhecimento, justamente, do terceiro elemento e da sua importância, como marca determinante na mediação.

Ao investigar a aplicação teórica do conceito de mediação na literatura, o autor identifica quatro características constantes a respeito do terceiro elemento; 1) produz

efeito sobre o destinatário da comunicação; 2) o objeto, os atores ou a situação de partida sofrem modificações; 3) o operador da ação pode ser de origem humana ou um dispositivo; 4) a ação do terceiro elemento tem impacto sobre o ambiente no qual ele se situa.

Considerando os componentes apontados anteriormente, Jeanneret aborda o conceito de mediação estabelecendo uma via relacional de compreensão do objeto a partir de sua filiação, enquanto pesquisador, a uma determinada comunidade que busca analisar práticas de comunicação das quais fazem parte a construção e compartilhamento de conhecimento e dos objetos culturais na sociedade (JEANNERET, 2009). Essa sistematização caracteriza-se por aquilo a que o autor denomina como *trivialité* (trivialidade).

Para melhor compreensão dos termos utilizados acima recuperamos em Marteleto e Thiesen (2018), uma síntese de três conceitos centrais na obra de Jeanneret, cuja articulação nos fornece subsídios de reflexão:

1) Seres Culturais: conjunto de ideias e valores representados por um objeto da cultura numa sociedade, transformando-se a partir da circulação de textos, de objetos e de signos. A imagem da ciência, ou cientificidade, tem um papel determinante na nossa sociedade; ela se concentra em concepções bastante vagas mas insistentes do que são a precisão, a medida, a racionalidade, ideias essas que os números estão particularmente aptos a representar.

2) Trivialidade: caráter transformador e criativo da transmissão e da reescrita dos seres culturais através de diferentes espaços sociais. A tomada de consciência do fato de que a terra não está no centro do universo não se limitou à transmissão de resultados científicos, mas deu origem a uma longa série de interpretações políticas e filosóficas.

3) Mediação: atividade produtiva e criativa que consiste em intervir no curso da comunicação, dando-lhe uma dimensão nova. A invenção do catálogo nas bibliotecas da antiguidade modificou expressivamente a relação com os textos,

permitindo ter uma visão sintética das obras disponíveis, logo, de coletá-las, compará-las, reescrevê-las.

No horizonte da pesquisa aqui desenvolvida, a articulação desses três conceitos nos servem de subsídio investigativo para uma compreensão mais acurada das condições sociais de produção das dinâmicas informacionais, das mediações, da formação dos atores sociais em atores políticos, e mais concretamente sobre a formação das redes sociais e de sentido. (MARTELETO, 2000); (ARAUJO, 2009).

De um lado temos no paradigma físico da CI a predominância da teoria matemática de Shanon-Weaver, que pressupõe o processo comunicacional fundamentado na transmissão da mensagem do ponto A ao ponto B, sem considerar atribuições e aspectos semânticos/cognitivos do binômio emissor/receptor, tampouco as eventuais interferências ocorridas em função do “meio” por onde foi transmitida a mensagem, como apontam Capurro e Hjørland (2007). Por outro lado, o paradigma social da informação redireciona o olhar para o objeto informacional a partir do entendimento de uma comunicação em processo, que sugere aspectos observacionais para além da instância meramente instrumental da transferência de informação.

Na perspectiva socio-antropológica, a informação é estudada nos processos sociais de mediação, produção, circulação e apropriação do conhecimento, onde o imbricamento dos diferentes atores implica na emergência de um novo conhecimento denominado “terceiro conhecimento”, ou como afirma Marteleto (2017):

A categoria-noção “terceiro conhecimento” é empregada nas pesquisas para estudar as mediações e as disputas simbólicas entre os atores institucionais do campo da saúde (pesquisadores, técnicos, agentes do Estado), as mídias e a população, sobre os sentidos culturais, biológicos, sociais e políticos de saúde e doença, associadas às condições de vida. A “terceridade” do conhecimento está pois relacionada aos diferentes pesos de legitimidade e de poder das formas de conhecer, bem como às possibilidades de formação de elos cognitivos e simbólicos entre os saberes de cada parte para intervir nas políticas públicas e no controle social da saúde. (Marteleto, 2017, p.87).

A mediação, compreendida também enquanto um modelo de estudo da informação e da comunicação, como dito anteriormente, se distingue da abordagem meramente instrumental dos processos info-comunicacionais, e passa a conferir “uma

importância maior ao papel dos públicos e usuários e à democratização cultural, assim como aos dispositivos e às redes.” (MARTELETO, 2009, p. 20).

Mediação e conhecimento tornam-se, portanto, categorias-chave de compreensão dos meandros informacionais na análise de processos sócio-históricos no campo da saúde. Chamamos a atenção para a complementaridade dos conceitos de mediação e dispositivo, na medida em que permitem “pensar sobre os elementos culturais, humanos, técnicos e institucionais componentes dos processos de construção e apropriação dos saberes nas esferas da ciência, da cultura e da sociedade”. (MARTELETO; COUZINET, 2013, p. 2).

Em linhas gerais designamos a seguinte definição para sintetizar a compreensão sobre o conceito de mediação tendo em vista os pontos de reflexão abordados até o momento:

Mediação é uma construção teórica destinada a refletir sobre as práticas e os dispositivos que compõem os arranjos de sentidos e formas comunicacionais e informacionais nas sociedades atuais, sem perder de vista os elos que, tanto os conteúdos quanto os suportes e os acervos, mantêm com a tradição cultural. (MARTELETO, 2009, p.19).

E é com especial foco nas tradições culturais em que se estabelecem as bases para o contexto de desenvolvimento dos estudos de mediação na América Latina, em meio a consistente produção científica de autores como Manuel Martín-Serrano e Jesús Martín-Barbero, dois dos principais representantes dessa linha de estudos.

Martin-Serrano confere importância aos meios de comunicação onde, de acordo com Martins:

[...] parte da proposição de que os mesmos atuam de modo a afetar os processos cognitivos das audiências, já que oferecem junto dos relatos de acontecimentos, modelos de representação do que acontece e como estes devem ser lidos. (MARTINS, 2011, p.63)

A partir dessa compreensão, o autor indica dois tipos principais de mediação: a mediação cognitiva e a mediação estrutural. A primeira diz respeito aos processos realizados pelos meios de comunicação, ou seja, a partir da emissão e construção de sentido unidirecional que, a grosso modo, obedecem ao agendamento midiático e todo o aparato ideológico de produção do real. A segunda trata das formas de manifestação da

mediação cognitiva, ou seja, da forma como se organizam e se apresentam a produção do relato, daquilo que foi/ é selecionado. (MARTINS, 2011).

Em outro polo, pode-se afirmar que o trabalho de Martín-Barbero (1997) manifesta-se com significativa representatividade nos estudos de mediação, cuja elaboração teórica vai na contramão da abordagem até então predominante e propõe o deslocamento da atenção dispensada aos “meios”, para contemplar a dinâmica e processamento da comunicação engendrada no plano das “mediações”.

Em “Dos meios às mediações” Martín-Barbero desenvolve um contraponto em relação aos pressupostos que contemplam a comunicação apenas a partir da característica linear dos processos comunicativos (emissor-receptor), propondo um desvio teórico metodológico em direção à compreensão da comunicação em processo e da informação como “processo de comportamento coletivo”, conferindo ênfase às dinâmicas sócio-culturais e reconhecendo a natureza comunicativa da cultura, que reconfigura a ideia de um receptor passivo subjugado à mera circulação de informações, para sujeito igualmente produtor de mensagens. (MARTÍN-BARBERO, 1997).

Ao falarmos de informação e comunicação em saúde partimos de uma heurística que coloca em perspectiva uma abordagem crítica do modelo info-comunicacional praticado nas instituições de saúde. Marteleto (2009) aponta que para além da lógica de transmissão linear de informação, esse modelo estaria orientado pela lógica de “oferta informacional”, caracterizado por um sistema unidirecional de produção e acesso de informações em saúde.

No escopo das pesquisas de informação e comunicação em saúde, cabe, de acordo com MARTELETO (2017) a premissa de **compreender/transformar/agir sobre projetos, saberes e representações de construção prática do conhecimento na sociedade e nas instituições à luz de elementos da cultura e do cotidiano. Nesse cenário, a mediação pode ser inserida em um terreno de disputa pela produção/apropriação de sentidos e apreensão da realidade diferentes daquelas já estabelecidas.**

A utilização do conceito de mediação informacional, enquanto referencial teórico, justifica-se no sentido de abordar os aspectos de negociação da realidade e produção de sentidos, considerando a informação enquanto um recurso simbólico (REIS; MARTINS, 2009).

A propósito da mediação enquanto elemento terceiro, Reis; Martins (2009, p. 11) o reconhecem como “componente elementar da experiência, interpretação, associação, relação e conexão dialética que os sujeitos estabelecem acerca de elementos da realidade.”

Tal perspectiva nos fornece matéria prima para refletir sobre os processos de renegociação da realidade a qual estiveram submetidas as mulheres no que concerne à sua saúde, onde a análise histórica denuncia a insuficiência do protagonismo discursivo nos processos de saúde-doença.

Acreditamos que o universo simbólico do processo de parturição é determinado por uma infinidade de códigos, condutas e práticas sociais desenvolvidas ao longo do tempo, que se condensaram e se tornaram subjugadas por uma construção discursiva engendrada em meio a determinadas condições históricas e culturais.

Tais contextos possibilitaram o desenvolvimento e produção do que chamaremos aqui de uma racionalidade obstétrica que corresponde a certos conhecimentos ditos hegemônicos e que constituíram a dimensão cultural, portanto simbólica, de compreensão e manejo do corpo feminino e suas representações diante do fenômeno do nascimento.

Não à toa, encontramos de modo recorrente a utilização do termo “realidade obstétrica” para se referir aos paradigmas de assistência do parto e nascimento. Uma realidade construída, via de regra, por homens brancos, orientados por uma racionalidade eurocêntrica, no seio de uma sociedade capitalista, de característica patriarcal.

Nesse tabuleiro, retomamos a ideia de informação enquanto elemento simbólico que confere aos sujeitos engajados em práticas e ações coletivas a possibilidade de questionar e modificar a realidade instituída a partir das mobilizações sociais, sendo a

mediação, de acordo com REIS; MARTINS (2009, p. 11), “o entre - lugar dos processos de elaboração dos sentidos”.

Guimarães Rosa afirma em sua obra Grande Sertão Veredas: “O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”. Enquanto recurso metafórico, propomos compreender essa travessia da qual nos fala Guimarães como a arena de confluência por meio do qual ocorrem os processos de mediação informacional.

As considerações teóricas que aqui se aventam, partem do desejo de colocar em perspectiva a trajetória da Casa de Parto, considerando a instância informacional, e a conformação de elementos que contribuíram para a transformação e ação social pela via da mediação e da construção de redes colaborativas compreendidas tanto na dimensão científica/acadêmica, quanto das mobilizações sociais.

2.2 Redes sociais na saúde

As atribuições conferidas ao termo “redes sociais” constituem diversas abordagens teóricas, metodológicas e correspondem a uma multidisciplinaridade no que se refere à sua utilização em pesquisas científicas.

Podemos afirmar que, no imaginário social, o termo está associado, de uma maneira geral, ao desenvolvimento recente dos aplicativos e sites de interação social virtual tais como *Facebook*, *Instagram*, *Twitter*, etc. No entanto, o conceito/teoria de redes sociais encontra sua gênese histórica sedimentada como método das ciências sociais, com prolífica aplicação nos campos da antropologia e sociologia.

De acordo com Portugal (2007) o conceito permite analisar a estrutura social a partir da interação/elos sociais. Assim, temos que: “As estruturas sociais podem ser representadas como redes – como conjuntos de nós (ou membros do sistema social) e conjunto de laços que representam suas interconexões”. (PORTUGAL, 2007, p.7).

O conceito de rede (*network*) para Marteleto (2001) compreende um grupo de significados entre os quais; “sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede”. Rede social seria então uma derivação desse conceito

onde “passa a representar um conjunto de participantes autônomos, unindo ideia e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”. (MARTELETO, 2001, p.72).

Dutra (2017), a partir dos apontamentos teóricos de Manuel Castells, ressalta o potencial de utilização do conceito para compreender fenômenos sociais e enquanto “dispositivo metodológico para a apreensão dos sentidos e fluxos das interações humanas, ou ainda para o estudo da circulação de poder nos espaços microssociais.” (DUTRA, 2017, p. 40).

A autora destaca ainda quatro princípios norteadores da teoria das redes sociais, onde:

- 1) os atores e suas ações são vistos como interdependentes e não como autônomos e independentes; 2) os laços relacionais entre os atores são canais por onde circulam recursos materiais e imateriais; 3) os modelos de redes centrados nos indivíduos concebem as estruturas de relações como meios que configuram oportunidades ou constroem a ação individual; 4) os modelos de rede conceitualizam a estrutura (social, econômica, política) como padrões constantes de relações entre atores. (DUTRA, 2017, p.42)

Marteletto (2001) aponta a aplicabilidade do conceito e da análise de redes a uma gama variada de questões e contextos sociais. A análise de rede social (ARS) enquanto recurso metodológico tem sido utilizada no campo informacional como ferramenta para perceber a dinâmica entre informação e conhecimento nos meandros das relações sociais na medida em que permite “estudar como os comportamentos ou as opiniões dos indivíduos dependem das estruturas nas quais eles se inserem”. (MARTELETO, 2001, p. 72).

Temos em (DUTRA, 2017, p.37) a distinção das redes a partir de quatro categorias tipológicas: redes sociotécnicas; redes socioinstitucionais e redes socio humanas, como forma de sistematização, entre outros aspectos, dos atores, dos aspectos organizacionais da rede por eles estabelecida e o intercâmbio das trocas materiais e simbólicas envolvidas.

Podemos ainda distingui-las enquanto primárias ou secundárias. A primeira refere-se “às relações significativas que uma ou mais pessoas estabelecem cotidianamente ao longo de suas vidas (relações familiares, parentesco, vizinhança, amizade)”. (STOTZ, 2009, p. 29). Enquanto a segunda se caracteriza pela via coletiva

da organização seja em grupo, instituições ou movimentos que possuem interesses comuns. Outra distinção importante feita por Stotz identifica a linguagem e a reflexão sociológica como dois níveis que dimensionam o valor social do conceito.

Para situar a importância dos estudos de redes sociais no campo da saúde, partimos das considerações apontadas pelo autor acima citado que localiza na crise de atuação do Estado, via políticas de ajustes macroeconômicos, um aspecto facilitador da expansão e constituição das redes sociais no âmbito das organizações não governamentais e por sua vez de outros tipos de organizações e relações sociais fora do escopo de atuação estatal.

Um dos principais aspectos dos estudos de rede que gostaríamos de apontar, diz respeito à **dimensão mobilizadora de recursos no âmbito dos movimentos sociais, e seu potencial de intervenção social e comunitária.**

O processo de globalização marca a emergência de um paradigma infotecnológico, caracterizado pela consolidação das tecnologias de informação e comunicação (TIC), que se desenvolveram em circunstâncias históricas de transformações sociais, políticas e econômicas de redefinição das estruturas de atuação da máquina do Estado. É no decurso de tais modificações que Stotz (2009) situa a emergência e consolidação de atores organizados em rede. Tanto no âmbito empresarial, cujo pano de fundo são as organizações econômicas de mercado, quanto no plano social de mobilização dos sujeitos.

Nas análises que têm por objetivo a compreensão de uma determinada realidade organizacional no campo da saúde, percebe-se, de acordo com Jariego (2016) que:

As coalizões e alianças comunitárias permitem desenvolver uma visão compartilhada sobre as necessidades de saúde e servem para desempenhar uma ação estratégica consensual [...] resultam especialmente úteis na integração de serviços (tanto no diagnóstico, quanto no planejamento estratégico e implementação de programas). Por um lado geram normas sociais de saúde. Por outro lado, melhoram a coordenação entre as organizações do setor. (JARIEGO, 2016, p.4 – Tradução nossa).

Afirmamos a necessidade de trabalhar o conceito de mediação em conjunto com as contribuições teóricas dos estudos de redes na saúde, a partir de uma abordagem qualitativa. Marteleto (2010) afirma que:

[...] o conceito de redes sociais leva a uma compreensão da sociedade a partir dos vínculos relacionais entre os indivíduos, os quais reforçariam suas capacidades de atuação, compartilhamento, aprendizagem, captação de recursos e mobilização[...]. (MARTELETO, 2010, p. 28).

Já destacamos anteriormente o papel das redes como a possibilidade de ação aberta aos indivíduos pela estrutura, portanto, é nessa seara teórica e conceitual que pretende-se estudar as redes que se constituíram a partir das mobilizações, políticas e ações sobre a saúde da mulher, fortalecendo as propostas das Casas de Parto, investigando os modos de estruturação das relações institucionais, comunitárias, os atores, seus papéis e posições nessas relações.

É ancorada nesse pressuposto central do cuidado em saúde que a presente pesquisa propõe a utilização do referencial teórico das redes, indicando a importância, como afirma Portugal (2018) de uma ampla convergência de atores, de práticas, de saberes e de relações presentes em uma abordagem reticular do cuidado em saúde.

1.1 Políticas Públicas

De modo geral, a concepção do que vem a ser uma política pública está atrelada a um conjunto de intervenções, ações e planejamentos feito pelo Estado, com o intuito de resolver questões sociais complexas. O Estado, embora seja a instância de sedimentação e desenvolvimento das políticas públicas, coexiste e atua em simultaneidade com outros segmentos institucionais e sociais.

Embora não seja o foco da presente pesquisa, é imprescindível compreender determinados aspectos e características que o constituem, na medida em que contribuem para o melhor entendimento do complexo papel desempenhado por esta instituição, entendida aqui enquanto lugar de sedimentação e gestão dos processos políticos, econômicos, sociais e culturais, e que na relação Estado- sociedade se traduzem em políticas públicas.

Há um consenso no campo de estudos das políticas públicas quando se trata de determinar analiticamente o papel do Estado de modo que:

Há poucas dúvidas quanto ao objeto de análise da subdisciplina de políticas públicas. A análise do “Estado em ação”, [...] tem como objeto específico o estudo de programas governamentais, particularmente suas condições de

emergência, seus mecanismos de operação e seus prováveis impactos sobre a ordem social e econômica.” (ARRETCHE, 2003, p.02 APUD BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 77).

O Estado, nas teorias clássicas, aparece como um “ente” orientado para o bem comum, dotado de poder, que garante a ordem social. Bourdieu (2014), em sua extensa análise do que seja o Estado como o lugar de construção e representação do mundo social, o define, ainda que seja apontada pelo autor como uma definição temporária, a partir dos seguintes pressupostos:

[...] o setor do campo do poder, que se pode chamar de “campo administrativo” ou “campo da função pública”, esse setor em que se pensa particularmente quando se fala de Estado sem outra precisão, define-se pela posse do monopólio da violência física e simbólica legítima. (BOURDIEU, 2014, p. [33-34]).

Bourdieu aponta como característica fundamental para o modo de existência dos mecanismos de Estado, o exercício do poder simbólico e da violência simbólica, caracterizado por uma atuação “invisível” e submissão/cumplicidade inconsciente dos sujeitos sociais ao Estado. O Estado é, portanto, “o principal produtor de instrumentos de construção da realidade social”. (BOURDIEU, 2014, p.312). É o lugar do registro, da certificação e ratificação das “coisas sociais”, de acordo com o autor.

A luta pela apropriação do poder estatal conforma agentes externos e internos. A disputa interna no espaço burocrático se dá no sentido de garantir, aquilo a que o autor atribui às demandas de proteção social, ou à mão esquerda do Estado, em referência aos pressupostos filosóficos do Estado-Providência.

No caso específico brasileiro, **pode-se afirmar que as modificações históricas observadas no binômio Estado-sociedade contribuíram para o desenvolvimento e aprimoramento, especificamente, das políticas públicas em saúde da mulher.**

A partir desse recorte identifica-se a importância do Estado, compreendido a partir do seu potencial de construção da realidade social, na medida em que é no seio institucional, pelo caráter de registro e construção do documento escrito, e nas disputas no microcosmo do campo burocrático (Bourdieu, 2014), em que ocorre o vislumbre de novos horizontes em termos de diretrizes e reestruturação de políticas públicas em saúde da mulher, que vigoraram durante um determinado período.

Nesse sentido, ressaltamos as configurações inauguradas a partir da emergência dos chamados *Welfare States* na década de 1930, que, a grosso modo, definiram a responsabilidade estatal no provimento do bem-estar básico dos cidadãos, e na garantia dos direitos sociais como característica que fundamenta a existência do Estado: “A edificação do *Welfare State* supõe uma verdadeira revolução simbólica, que tem como centro a extensão da responsabilidade pública no lugar da responsabilidade privada.” (BOURDIEU, 2014, p.667).

Ainda que os modelos de bem estar social tenham se desenvolvido de modo diferente em cada Estado-Nação, Esping-Andersen (1991) aponta três modelos distintos ou regimes de *Welfare State*: o liberal, o corporativista e o social - democrata, que variam em termos de maior ou menor atuação estatal, salienta-se a atuação social como importante fator de mobilização na busca pela condição de cidadania, na perspectiva dos direitos sociais garantidos pelo Estado.

A micropolítica realizada no campo da administração burocrática constituiu-se como fundamental para o que se delineou no campo da política pública brasileira de um modo geral. É a partir de uma reconstrução histórica e social de tais processos que abordaremos, especificamente, as transformações ocorridas no domínio das políticas públicas em saúde da mulher.

Compreende-se por política pública (*policy*), a construção e proposição de ações coletivas, resultantes de processos políticos (*politics*) e vice-versa. Secchi (2013) ressalta que o termo em inglês *politics* remete à ideia de política no sentido de obtenção e manutenção do exercício do poder, enquanto *policy* estaria relacionado à construção e atuação em processos políticos decisórios (*policymakers/decisionmakers*).

Não há um consenso a respeito de uma definição universal sobre o conceito de política pública, de modo que utilizaremos aqui a seguinte definição apresentada por Amabile (2012):

Políticas públicas são decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. Podem também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade. (AMABILE, 2012, p. 390).

Essa definição pode ser complementada pela perspectiva encontrada em Secchi (2013), quando afirma que “uma política pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público [...] é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante”. (SECCHI, 2013, [s.p]).

Ainda no que se refere às políticas públicas, encontramos variadas abordagens quanto à centralidade e agência do Estado na conformação de políticas públicas. Para fins de recorte, consideraremos aqui a abordagem de origem multicêntrica, que confere igual relevância participativa aos atores estatais, não estatais, organizações governamentais ou privadas, redes de políticas públicas, etc. (SECCHI, 2013, [s.p]).

A abordagem multicêntrica nos permite ainda a visualização de um importante aspecto analítico, pois reconhece o poder coercitivo e legítimo da instituição Estado, e reconhece a centralidade e abrangência do seu aparato instrumental de atuação, ao passo que “os atores sociais têm acesso a outros instrumentos de política pública (informação, campanhas, prêmios, incentivos positivos, prestação de serviços, etc). Em outras palavras, coerção é um mecanismo de política pública, mas não é o único.” (SECCHI, 2013, [s.p].)

Nesse sentido, recuperamos em González de Gomez (2003) o conceito de regime de Informação, a partir do qual é possível reposicionar e observar o papel desempenhado pelo Estado, na atual configuração de uma sociedade denominada “da informação”. Temos assim, que o Regime de informação pode ser definido como:

[...] o modo de produção informacional dominante em uma formação social, o qual define quem são os sujeitos, as organizações, as regras e as autoridades informacionais e quais os meios e recursos preferenciais de informação, os padrões de excelência e os modelos de sua organização, interação e distribuição, vigentes em certo tempo, lugar e circunstância, conforme certas possibilidades culturais e certas relações de poder. Um “regime de informação” se desdobra, logo, em um conjunto mais ou menos estável de redes formais e informais nas quais as informações são geradas, organizadas e transferidas de diferentes produtores, por muitos e diversos meios, canais e organizações, a diferentes destinatários ou receptores de informação, sejam estes usuários específicos ou públicos amplos. (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2003, p.61)

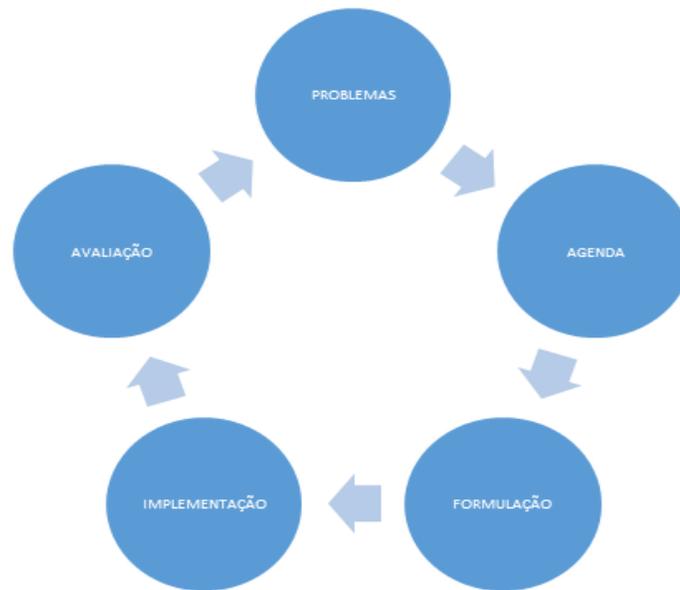
De acordo com a autora, o Estado configura-se como ente privilegiado de geração, recepção e agregação das informações. Em que pese a necessidade de

considerar o conceito de RI em toda sua complexidade e abrangência, como nos mostra González de Gómez (2012;2019), gostaríamos de chamar a atenção para a centralidade da informação nas dinâmicas que estruturam as relações de poder entre Estado e sociedade e destacamos a operacionalização do conceito de RI enquanto “um dos recursos interpretativos para abordar as relações entre política, informação e poder” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2012, p.50).

São múltiplas e complexas as variáveis que convergem para a existência de uma política pública. No que diz respeito à temática da presente pesquisa, destacamos a dimensão social de um problema que, inicialmente, poder-se-ia considerar a partir de uma perspectiva individual e privada, na esfera familiar, e que, no entanto, se mostrou de grande relevância coletiva, notadamente impactado por transformações reais ocorridas no terreno político das *policies* e na formação de uma agenda pública para a resolução dos problemas apontados.

A figura abaixo representa o Ciclo de Políticas Públicas (Howlett; Ramesh; Perl, 2013), que de um modo geral orienta a estruturação de uma política em potencial. Cabe ressaltar que os elementos não são fixos, e não correspondem, obrigatoriamente a uma ordem linear.

Fig 1. - Ciclo das Políticas Públicas



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Ainda que a implementação e manutenção de uma política pública ocorram fundamentalmente por meio do Estado, os estágios que antecedem o *status* de sua validação na forma da lei, são compostos por uma série de aspectos que irão influenciar sua legitimação pelos tomadores de decisão no âmbito governamental.

Para KINGDOM (1995), a conformação de uma política pública é composta por pelo menos alguns dos seguintes aspectos: estabelecimento de agenda; especificação das alternativas a partir das quais as escolhas são feitas; escolha final das alternativas por meio de votação no legislativo ou decisão presidencial; implementação.

Agenda, que aqui nos é particularmente relevante, é definida pelo autor como “ a lista de temas e problemas que são alvo em dado momento de séria atenção, tanto da parte das autoridades governamentais como de pessoas fora do governo, mas estreitamente associadas às autoridades.” (KINGDOM, 1995, p.222).

Há ainda um outro aspecto destacado pelo autor supracitado que pode ser considerado determinante quando olhamos para a emergência das políticas públicas de saúde da mulher que foram analisadas para essa pesquisa: a existência de uma janela

de oportunidade na esfera governamental. De acordo com o autor: “Janelas abertas apresentam oportunidades para que haja uma ligação completa entre problemas, propostas e política.” (KINGDOM, 1995, p. 238).

No Brasil, a partir de 2003, têm-se a emergência de um governo, cuja atenção estava pautada, principalmente, pelo enfrentamento dos problemas sociais do país, e no fortalecimento do Estado-provedor. Nesse sentido, seria correto supor que tal configuração favoreceu maior permeabilidade na esfera política, dos problemas apresentados pelos segmentos sociais que se ocuparam das reivindicações por melhorias nas políticas de saúde da mulher.

A ampliação, na esfera política, da presença dos diferentes atores (indivíduos, grupos ou redes), resultaria em processos que favoreceram sua atuação e influência nos espaços de governança.

2.3 Políticas Públicas em Saúde da Mulher

Em um primeiro momento iniciamos a explanação recuperando, brevemente, processos que se desenvolveram ao longo dos séculos XVII e XVIII, que de forma sintética podem servir de ponto de partida para compreender o percurso histórico dos modos de atuação do Estado no que diz respeito à gestão pública da saúde, passando pelas mudanças decorrentes do desenvolvimento da medicina moderna, que influenciaram diretamente as práticas obstétricas, cujos resíduos, ainda hoje, permanecem.

Em seguida apresentaremos a constituição temporal histórica de conformação das políticas públicas em saúde da mulher no contexto brasileiro, especificamente aquelas desenvolvidas no campo da assistência obstétrica.

Em “*O Nascimento da Medicina Social*” Foucault (2010) descreve os processos de constituição no seio da sociedade europeia de diferentes morfologias organizacionais que constituíram a gestão pública do corpo e da saúde. A partir do processo de modernização e constituição do Estado na Europa dos séculos XVII e XVIII surgem, de acordo com Foucault, as primeiras manifestações de uma medicina social, com ações de caráter coletivo. O autor aponta três etapas relativas à formação da medicina social:

“medicina de Estado, medicina urbana e, finalmente, medicina da força de trabalho.” (FOUCAULT, 2010, p.80.).

Foucault faz análises distintas quanto às formas de estatização da medicina na Alemanha, na França e na Inglaterra. Na Alemanha, especificamente, desenvolveu-se o que Foucault caracteriza como uma prática médica, voltada de modo mais efetivo para a melhoria do nível de saúde da população, a partir da criação, pelo Estado alemão, da *Medizinichepolizei*, a polícia médica, em 1764.

Na França, o desenvolvimento de uma medicina de Estado ocorreu a partir da ideia de uma medicina urbana, ou medicina das coisas. E, por fim, o aparecimento, na Inglaterra de uma medicina voltada para o controle do corpo e da saúde das populações mais vulneráveis, com o objetivo de torná-los mais aptos ao trabalho e menos “perigosos” aos mais ricos. (FOUCAULT, 2010).

Ao que tudo indica, o investimento maciço dos mecanismos de Estado no poder/saber médico, sedimentaram também o processo de medicalização da vida, mais tardiamente acentuado pela grande revolução técnico-industrial do séc. XIX.

Esse acontecimento, em alusão à ideia de gênese dos discursos em Foucault, parece ter favorecido a estabilização das práticas e dos discursos médicos no âmbito da administração pública, conferindo-lhes o estatuto da verdade, característica predominante do discurso científico.

Especificamente no campo obstétrico, Martins (2005) aponta dois fatores determinantes que contribuíram para a entrada do médico na cena do parto entre os séculos XVII e XVIII e, por conseguinte, em maior regulação institucional de tal fenômeno: 1) a expansão e produção do conhecimento no campo das ciências biológicas; 2) o crescente interesse pelo estudo da anatomia do corpo feminino, marcado por conflitos profissionais e disputas ideológicas entre cirurgiões e parteiras.

Há uma proliferação, no referido período, dos manuais de obstetrícia, produzidos, tanto por cirurgiões quanto por parteiras. De acordo com Martins:

Algumas parteiras europeias ficaram muito famosas por sua capacidade e perícia, publicando manuais de partos que foram tão ou mais importantes do

que os manuais dos cirurgiões, ou então, deixaram registrada em diários a experiência de uma vida inteira dedicada à parturição. (MARTINS, 2005, p.13).

Afirma-se que a obstetrícia moderna carrega uma marca residual dos períodos referentes à expansão do pensamento científico, que resultou em monocultura de um campo do conhecimento, exclusão de saberes e práticas tradicionais, e exacerbação do estatuto de verdade incumbido à ciência, culminando no desenvolvimento de uma obstetrícia culturalmente iatrogênica e acrítica quanto ao uso das tecnologias.

A prática residual de uma medicina obstétrica centrada em um modelo tecnocrata perpetuou-se nas instituições de saúde ao longo dos séculos, atribuindo assim determinados sentidos, valores, significados culturais e sociais não apenas ao fenômeno do nascimento, mas à própria mulher, enquanto alegoria predisposta à reprodução humana. Objetivamente, parece correto afirmar que essa mentalidade permeou o desenvolvimento de ações do Estado, traduzidas nas políticas públicas, que durante um longo período de tempo dominaram a assistência médica obstétrica.

Afirmamos anteriormente que os processos que qualificaram a assistência pública à saúde das mulheres brasileiras foram favorecidos, entre outros fatores, pelo contexto político iniciado na virada do século, que permitiu a evolução e transformação no campo das políticas públicas, especificamente, aquelas que se referem à assistência obstétrica. No entanto, a luta por melhores condições de saúde tem origem, principalmente, no contexto de reforma do sistema de saúde brasileiro, cujo marco histórico foi a criação e incorporação do Sistema Único de Saúde (SUS) à constituição, em 1988.

No Brasil, ao observarmos as políticas públicas para saúde da mulher e da criança é possível enxergar avanços ao longo dos últimos 30 anos. No esteio da mobilização e discussão que prepararam o terreno para a criação e consolidação do SUS, discutia-se também a reorganização de ações políticas e de práticas de assistência à saúde da mulher.

PRATA, PROGIANTI, PEREIRA (2012) constataram que o avanço das políticas neoliberais, também são relevantes para a análise histórica sobre o tema, pois incitaram processos que favoreceram uma maior participação da enfermagem obstétrica no cenário do parto. Do ponto de vista econômico, ofereciam menor custo-benefício para o

sistema público de saúde, gerando terreno para que essas profissionais pudessem também reivindicar melhores condições de assistência às usuárias.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, marcam a consolidação de uma disputa simbólica no campo das lutas feministas, de acordo com Encarnação (2015). Até aquele momento, os programas e políticas públicas estavam extremamente arraigados em uma perspectiva patriarcal, onde o gênero feminino informa apenas questões de saúde relacionadas ao período gravídico-puerperal, como dito anteriormente. O termo saúde materno-infantil, utilizado para caracterizar as políticas do setor, expressa muito bem essa perspectiva. Portanto, considera-se a elaboração dos referidos programas como um ponto de corte crucial, no plano macro, para a compreensão e o desenvolvimento do que se delineou posteriormente nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher.

A construção histórica do conceito de política pública de saúde se insere fundamentalmente no contexto de transformações no binômio Estado/sociedade, sendo definido como:

[...]conjunto de ações encetadas pelo Estado e pelas instituições da sociedade com vistas a responder a questões relativas: 1) às condições de saúde individuais e coletivas, e 2) à produção, distribuição, regulação e gestão de bens e serviços que afetam tais condições. (DI GIOVANI E NOGUEIRA, 2018, p. 736).

No campo das políticas públicas específicas para a assistência ao parto e nascimento temos o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000, que surge para dar respaldo aos processos de mudança no campo da assistência perinatal. Temos também a redefinição, através da portaria Nº 11, de 7 de Janeiro de 2015, da regulamentação dos Centros de Parto Normal, que viabiliza a autonomia das casas de parto no âmbito do SUS. Em 2009, o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal (PQM) integra o conjunto de ações que em 2011 culminariam com a criação, pelo Ministério da Saúde, da Rede Cegonha (RC). Apesar das críticas que fazem referência ao nome do programa, a ideia de promover uma assistência organizada em forma de rede foi algo pioneiro na trajetória das políticas

públicas voltadas para o setor. A figura abaixo representa uma linha do tempo das políticas instituídas:

Figura 2. Evolução histórica das Políticas Públicas



Por fim, ressaltamos que a conformação de tais políticas não seria possível sem a intersecção dos múltiplos atores, sem o estabelecimento de redes, e principalmente sem a vontade política, na esfera do governo, de promover mudanças. A articulação política dos movimentos sociais, entidades civis, atores governamentais e acadêmicos, formaram o quadro decisivo para enfrentamento dos problemas apresentados.

Destacamos as pesquisas epidemiológicas e indicadores de saúde como elementos chave, que contribuíram para dar visibilidade aos problemas enfrentados pelas gestantes durante o ciclo gravídico e puerperal, como veremos mais adiante nos documentos analisados para o estudo.

2.4 Mediação, Redes Sociais e Saúde nos Estudos Informacionais

Para delinear o perfil e aplicação metodológica dos conceitos de mediação, redes sociais e saúde nos estudos informacionais, realizou-se uma revisão da literatura, considerando as interseções e articulações entre as diferentes abordagens, buscando estabelecer a importância de tais estudos para compreensão dos fenômenos sociais e suas implicações no campo da saúde, e das políticas.

Os critérios de busca foram norteados pela metodologia da Revisão Sistemática da Literatura (RSL), que foi desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: 1) definição da pergunta geradora; 2) busca exploratória nas bases de dados; 3) identificação dos tipos de estudos/intervenção e fenômenos; 4) definição dos termos e conceitos; 5) critérios de exclusão do material recuperado; 7) análise e apresentação dos resultados.

Inicialmente, delimitamos, através da construção dos eixos conceituais, a constituição do *corpus* e a pergunta geradora do material a ser recuperado. Partiu-se da seguinte indagação: Quais as características dos estudos ancorados nos aportes teóricos de redes sociais e mediação, no campo informacional, e de que modo contribuem para a compreensão de elementos que favorecem a percepção das práticas, fluxos e protagonismo social e político no campo da saúde?

A partir de uma primeira exploração não sistematizada nas bases de dados, empregamos, de acordo com o quadro abaixo, a seguinte estrutura para definição dos eixos conceituais da pesquisa:

Quadro 1 – Definição dos eixos conceituais

Questão de pesquisa:	Qual a contribuição dos conceitos de Mediação e Redes Sociais para para a compreensão informacional de questões relacionadas ao campo da Saúde?	
População alvo	Intervenção/Observação	Resultados
Rede e mediação informacional na saúde	Mediação informacional	Protagonismo Social
	Redes sociais	Letramento informacional
	Movimentos sociais	Apropriação de conhecimentos
	Saúde	Necessidade informacional
		Redes de mobilização
		Produção do conhecimento

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Definiu-se como população-alvo do estudo, as redes e mediações na saúde. Foram identificados como pontos de intervenção/observação: mediação informacional; redes sociais; movimentos sociais; saúde. Os resultados obtidos a partir das palavras-chave foram: protagonismo social; letramento informacional; apropriação de conhecimentos; necessidade informacional; redes de mobilização; produção do conhecimento.

As bases de dados foram selecionadas de acordo com a relevância e pertinência do conteúdo indexado para o tema em questão. Sendo assim, foram selecionadas as seguintes bases de dados: **BRAPCI e o Repositório Institucional da Fiocruz:ARCA.**

Para construção da estratégia de busca, sintaxe geral e específica nas bases, foram utilizados os operadores *booleanos AND, OR e NOT* para operacionalização dos termos utilizados na busca. Os operadores são designados “como palavras que informam ao sistema de busca como combinar os termos de sua pesquisa.” (UERJ, 2020).

Para a sintaxe geral estabelecemos os seguinte termos: (mediação) *and* (saúde *or* saúde da mulher) *and* (análise de rede social). Para a busca realizada na BRAPCI utilizou-se a seguinte sintaxe: (mediação) *and* (saúde *or* saúde da mulher) e foram recuperados 42 artigos, com 1 redundância. Ressalta-se que a utilização dos operadores foi limitada ao essencial, o que pode ser considerado um fator limitante da pesquisa. Especificamente nesta base de dados a combinação dos termos e construção da sintaxe foram “induzidos” pelo próprio sistema de busca, com base na sintaxe sugerida.

Já no repositório Arca/Fiocruz, foi utilizada a seguinte sintaxe: (mediação) *and* (informação) *and* (análise de redes sociais) *and* (saúde da mulher *or* saúde) *not* (*blogs*) *not* (*facebook*). A busca se restringiu ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT). A utilização do operador *not* buscou reduzir o número de resultados que não correspondiam ao escopo da pesquisa, pois em uma primeira tentativa de recuperação da literatura foram obtidos 3.339 resultados.

Os artigos foram exportados para uma tabela de trabalho do *excel* para aplicação dos seguintes critérios de exclusão: a) ser artigo; b) estar em acesso aberto; c) ser artigo em português; d) relacionar-se especificamente com o campo da saúde. Este último critério foi avaliado e identificado a partir da leitura dos resumos, palavras-chave, e objetivos explicitados no artigos. Segue abaixo a representação visual dos resultados obtidos após aplicados os critérios de exclusão:

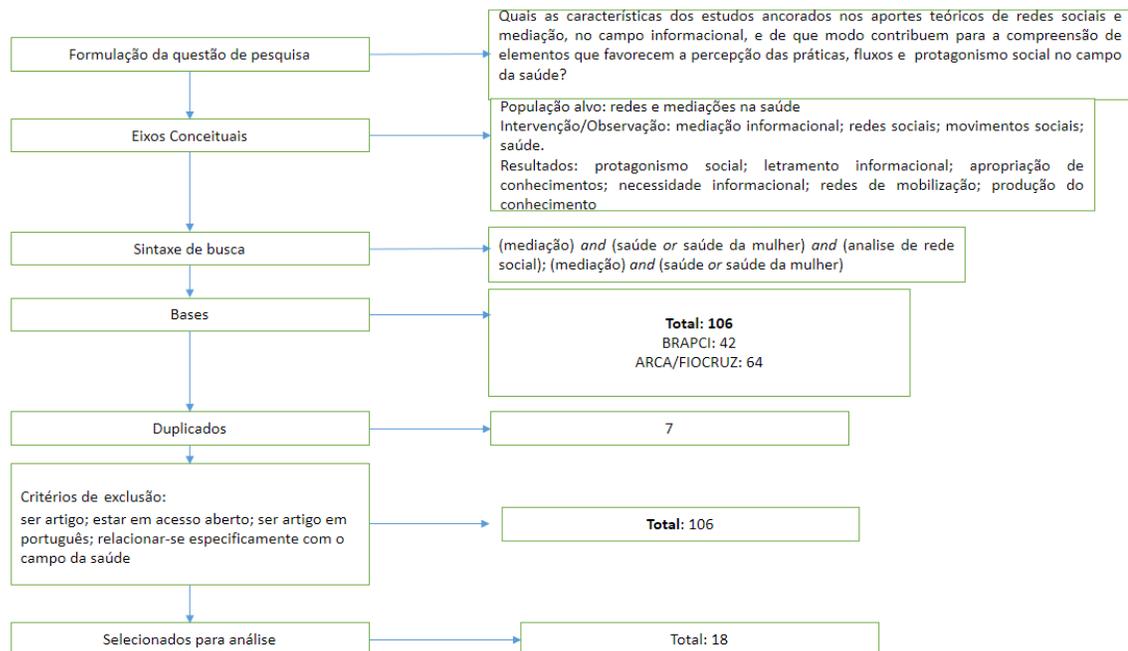
Quadro 2 – Sintaxe de busca

Sintaxe Geral	
(MEDIACÃO) AND (SAUDE OR SAUDE DA MULHER) AND (ANALISE DE REDE SOCIAL)	
	Resultados
Sintaxe BRAPCI	
(MEDIACÃO) AND (SAÚDE OR SAÚDE DA MULHER)	42
Sintaxe ARCA FIOCRUZ	
(MEDIACÃO) AND (INFORMACÃO) AND (REDES SOCIAIS) AND (SAUDE DA MULHER OR SAÚDE) NOT (BLOGS) NOT (FACEBOOK)	64
	TOTAL: 106

Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

Após a aplicação das restrições foi recuperado um total de 106 artigos, com 7 redundâncias. Uma vez selecionado o material para análise, utilizou-se o *software Zotero* para gestão e classificação do material recuperado. O fluxograma a seguir representa as etapas da revisão para seleção do material analisado.

Figura 1. Fluxograma de desenvolvimento da Revisão Sistemática de Literatura.



Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

O total de artigos selecionados, para o *corpus* da análise, após uma segunda leitura, foi de 18. A segunda leitura foi sistematizada de acordo com as categorias

listadas abaixo, seguidas pela elaboração do quadro de referência dos artigos selecionados:

Quadro 3. Tabela de trabalho *Excel*

Id.	Fenômeno estudado	Objetivos	Perspectiva Teórica	Achados e interpretação dos achados
-----	-------------------	-----------	---------------------	-------------------------------------

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Quadro 4. Lista de Referências

	Referências
1	ALENTEJO, E. S. Qualidade da informação em saúde mediada em biblioteca pela percepção de seus usuários. <i>Biblionline</i> , v. 6, 2010. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/16660 .
2	BARROS, M. M. M. de; SOUZA, C. T. V. de; GUIMARÃES, M. C. S. Estratégias de Comunicação dos Resultados de Pesquisas Clínicas: A Visão dos Voluntários de Ensaio Clínicos. 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27223 . Acesso em: 4 jul. 2021.
3	BIAGGI, C., C.; VALENTIM, M. L. P.; BIAGGI. Perspectivas e tendências da atuação do bibliotecário na área da Saúde. Revista Brasileira de Educação em Ciência da Informação , v. 5, 2018. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/71791 .
4	CARAN, J. C. A., G. M.; BIOLCHINI. Eixos conceituais do acesso à informação pelo deficiente visual: suportes cognitivo, social e tecnológico. Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação , v. 9, 2016. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/119667 .
5	CARDOSO, J. M.; LERNER, K. Os jovens e os discursos sobre aids: da centralidade dos contextos para a apropriação de sentidos. 2009. DOI 10.3395/reciis.v3i3.286en. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/850 . Acesso em: 4 jul. 2021.
6	DELFINO, L. C. A., S. S.; SOUSA, R. P. M.; BARROSO, P. A. L.; COSTA. MEDIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE DEFICIENTES AUDITIVOS E SETOR DE SAÚDE. Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação , 2019. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/122495 .
7	EVANGELISTA, M. B., A. S.; GUIMARÃES, M. C. S.; LEAL. Fluxos de Informação no SisHiperDia: um estudo de caso. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde , v. 7, 2013. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/130826 .
8	FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; DALL ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. 2012. DOI 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.620pt. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17258 . Acesso em: 4 jul. 2021.
9	FERREIRA, P. M. Desafios da saúde global para a educação de profissionais de saúde: (re)definição de modos de produção de conhecimento em iniciativas de combate às desigualdades de saúde. 2013. DOI 10.3395/reciis.v7i4.870pt. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17226 . Acesso em: 4 jul. 2021.
10	GOMES, H. F. Protagonismo sócio-informacional na saúde coletiva. Informação em Pauta , v. v. 3, 2018. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/106553 .
11	LIMA, C. M.; STOTZ, E. N. Religiosidade popular na perspectiva da Educação Popular e Saúde: um estudo sobre pesquisas empíricas. 2010. DOI 10.3395/reciis.v4i3.388pt. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24753 . Acesso em: 4 jul. 2021.
12	MARTELETO, R. Jovens, violência e saúde: construção de informações nos processos de mediação e apropriação de conhecimentos. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde , v. 3, 2009. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/130435 .
13	MENDES, T. Experiência sensível e sociabilidade no IPPMG: quando o cinema vai ao hospital. 2016. DOI 10.29397/reciis.v10i2.1007. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16962 . Acesso em: 4 jul. 2021.

14	PINTO, L. M. M., J. M.; DUMONT. Interlocuções entre o procedimento de tradução de Boaventura de Sousa Santos e os preceitos de letramento informacional em saúde. Comunicação & Informação , v. 21, 2018. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/142929 .
15	PITTA, A. M. da R. Estratégias de comunicação para a prevenção da Aids: estudo de caso em Salvador, Bahia (Brasil). 2000. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/484 . Acesso em: 4 jul. 2021.
16	PORTUGAL, C. M. Entre o consultório e o terreiro: mediações, ruídos e silenciamentos nos itinerários terapêuticos de adeptos do candomblé. 2016. DOI 10.29397/reciis.v10i1.955. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16944 . Acesso em: 4 jul. 2021.
17	SANTOS, A. K.; RIBEIRO, A. P. G.; MONTEIRO, S. S. Comunicação na hanseníase: a recepção de materiais educativos por profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, no município do Rio de Janeiro, Brasil. 2012. DOI 10.3395/reciis.v6i4.661pt. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17297 . Acesso em: 14 mar. 2021.
18	VILLELA, M. A., E. F. M.; ALMEIDA. Mediações da informação em Saúde Pública: um estudo sobre a dengue. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde , v. 6, 2012. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/128342 .

2.5 Apresentação dos Resultados

A apresentação dos resultados buscou identificar abordagens e características das pesquisas em informação e saúde, desenvolvidas a partir dos aportes conceituais das redes, das mediações e na articulação destes com as políticas públicas e movimentos sociais.

Os artigos reunidos a partir da busca sistemática na BRAPCI e na ARCA/FIOCRUZ representam um pequeno panorama das pesquisas desenvolvidas no âmbito da informação e saúde e demonstram a relevância de tais conceitos no campo da CI. Utilizando como base o quadro 4, ilustrado acima, elaboramos um quadro demonstrativo com os resultados obtidos a partir da busca na literatura, relacionando os fenômenos estudados com a perspectiva teórica e as conclusões dos respectivos estudos.

Quadro 5. Síntese dos achados

ID (TÍTULO E AUTOR)	FENÔMENO ESTUDADO	PERSPECTIVA TEÓRICA	CONCLUSÕES
<p>SANTOS, A K <i>et.al</i> Comunicação na hanseníase: a recepção de materiais educativos por profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, no município do Rio de Janeiro, Brasil -</p>	<p>Investiga-se os processos de produção-circulação-apropriação de sentidos sobre a hanseníase.</p>	<p>Comunicação e Saúde; Produção social dos discursos ; produção-circulação apropriação do conhecimento; aspecto socioculturais; Mediação cultural.</p>	<p>Aponta que os processos de produção e comunicação de informações no âmbito do sistema público de saúde ocorrem de forma verticalizada, e restritiva quanto à participação social.</p>
<p>MARTELETO, R M. Jovens, violência e saúde: construção de informações nos processos de mediação e apropriação de conhecimentos</p>	<p>Estuda como os jovens moradores de periferia das grandes cidades, na condição de sujeitos da informação, transformam os sentidos que circulam socialmente em formas discursivas e narrativas.</p>	<p>Articulam-se no estudo, em perspectiva interdisciplinar, conceitos e metodologias que nascem do intercruzamento de três campos disciplinares: as ciências sociais, da informação e da saúde.</p>	<p>Destaca processos de apropriação e compartilhamento de conhecimento; mediações e apropriações de sentido, que incidem em ações de transformação social.</p>
<p>SILVA, M. M; RIBEIRO; G. OLIVEIRA. V. C. Direitos sociais e inclusão: mediações e movimentações de pessoas com deficiência em conferências de saúde</p>	<p>Participação de pessoas com deficiência em conferências de saúde realizadas no Brasil em 2011.</p>	<p>Comunicação e informação na participação em saúde; Mediações e movimentações de pessoas com deficiência em conferências de saúde;</p>	<p>Conferências de saúde, ganham papel relevante para “fazer ser visto” no contexto das políticas públicas neste campo. A partir desta pesquisa, fica evidente que mediações e movimentações são maneiras de fazer-se ser visto, de romper com a invisibilidade, na tentativa de ser lembrado e ter acesso ao direito à saúde,</p>
<p>CARDOSO, M. J. LERNER. K. Os jovens e os discursos sobre aids: da centralidade dos</p>	<p>Resultados de uma pesquisa que analisou os modos pelos quais jovens de dois bairros da periferia da</p>	<p>Semiologia dos Discursos Sociais; Teoria das Mediações.</p>	<p>A comunicação não é produzida localmente; materiais e conteúdos elaborados de forma centralizada e por pessoas que não conhecem as realidades locais; Doença descontextualizada, desvinculada da vida</p>

contextos para a apropriação de sentidos.	cidade do Rio de Janeiro/RJ lidam com as situações de risco e as informações sobre a prevenção da aids.		das pessoas.
PITTA, A. Estratégias de comunicação para a prevenção da Aids: estudo de caso em Salvador, Bahia (Brasil)	Avaliar as estratégias de comunicação para prevenção da Aids no município de Salvador, Bahia, desenvolvidas por meio da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e entidades e organizações não governamentais (ONGs).	Perspectiva sóciosemiológica de análise do discurso; Produção e circulação dos sentidos; Redes Sociais	Necessidade de repensar a política de comunicação/educação da SMS e do Ministério da Saúde; As prioridades da mídia na sua rotina não contemplam o perfil epidemiológico e cultural da população de Salvador: a forma de retratar a população e seus problemas.
FERREIRA, P. M. Desafios da saúde global para a educação de profissionais de saúde: (re)definição de modos de produção de conhecimento em iniciativas de combate às desigualdades de saúde.	Dinâmicas de produção de conhecimento "globalizado" sobre saúde, na sua disseminação através de modelos de transferência de conhecimento e implementação em diversos locais ou lugares.	Saúde Global; Produção e democratização do conhecimento.	Profissionais de saúde encontram-se frequentemente numa posição privilegiada para articular os saberes da biomedicina e da epidemiologia com contextos e modos de vida locais, que permitam a emergência de ecologias de conhecimentos e práticas (SANTOS, 2006) que sustentem novas configurações de saúde como bem-estar, moldadas pela vontade de realização da justiça social e da democracia.
BARROS, M. M. M. et al. Estratégias de Comunicação dos Resultados de Pesquisas Clínicas: A Visão dos Voluntários de Ensaio Clínicos	Refletir sobre novos e diferentes paradigmas de produção compartilhada de conhecimento e o acesso à informação como um direito do cidadão.	Acesso a informação; Construção compartilhada de conhecimento.	Participação social como fundamental para o fortalecimento da democracia; divulgação e acesso à informação quando se realiza uma pesquisa clínica, como forma de motivar e valorizar a autoestima dos voluntários que delas participam.
LIMA, C. M.; STOTZ, E. N. Religiosidade popular na perspectiva da Educação Popular e Saúde: um estudo	Analisa estudos sobre Religiosidade Popular e Saúde realizados na linha de pesquisa "Educação, Saúde e Cidadania",	Educação popular e saúde; construção compartilhada do conhecimento; sofrimento difuso;	Necessidade de estabelecer práticas efetivamente dialógicas nas instituições de saúde; incorporar a valorização da cultura daqueles que sofrem; compreensão das condições de vida da população e, em especial, do seu contexto religioso, pelos

sobre pesquisas empíricas		apoio social.	profissionais de saúde para lidar com desafios.
PORTUGAL, C. M et.al. O uso de audiovisual na construção compartilhada de conhecimento em saúde	Pesquisa-ação com apresentação de vídeos em saúde na sala de espera de um dos polos de emergência psiquiátrica do RJ.	Intervenção social na área da saúde; comunicação, informação e ação social; educação popular.	A exibição de vídeos em saúde deu visibilidade às questões relativas à construção compartilhada do conhecimento, ou seja, ao encontro da informação técnica com a experiência cotidiana socialmente compartilhada. TV/vídeo como veículo de informação em unidades assistenciais mostra-se recurso de grande praticidade, pressupondo relação custo-benefício ótima e conseguindo atingir a população em seus variáveis graus de instrução.
PORTUGAL, C.M. Entre o consultório e o terreiro: mediações, ruídos e silenciamentos nos itinerários terapêuticos de adeptos do candomblé	Aspectos infocomunicacionais concernentes à relação que adeptos do candomblé estabelecem com serviços de saúde públicos e privados.	Informação e saúde; mediação; construção compartilhada de conhecimento	A população de terreiros de candomblé, tanto antes quanto depois do início de sua carreira religiosa, passa por diversos óbices quando procura serviços de saúde; infertilidade dos itinerários nos serviços de saúde explicitada no fenômeno da porta giratória e na falta de acolhimento perceptível na fala dos entrevistados.
FERLA, A. A; CECCIM, R. B; DALL ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva	Informação na gestão e no ensino no contexto das concepções de gestão participativa e de processos crítico-participativos de ensino-aprendizagem.	Informação e trabalho em saúde; Mediação; Educação em saúde; Ator-Rede	Para a produção e uso da informação e para a produção de recursos tecnológicos para o apoio à gestão, ao cuidado e à aprendizagem, há mais o que propor do que a explicitação de continuidades nas informações, destacados nos estudos de evidências e protocolos; produzir práticas de cuidado, e de gestão e de formação mais comprometidas com a qualidade da vida, e com o avanço das políticas públicas construídas para a defesa da vida e saúde e fortalecimento da cidadania.
GOMES, H. F. Protagonismo sócio-informacional na saúde coletiva	Protagonismo sócioinformacional na saúde coletiva	Saúde Coletiva; mediação; mediação da informação; informação em saúde;	O protagonismo sócioinformacional na saúde coletiva significa a reação e ação consciente dos agentes de informação e de saúde, em articulação com os sujeitos

		ação social; movimentos sociais	sociais que têm o direito do viver com saúde; o protagonismo sócioinformacional em saúde coletiva se caracteriza como elemento fundante do processo democrático de construção das bases de humanização do mundo; informação, na condição de conhecimento em estado de compartilhamento, situa-se na base da construção de todos os saberes e culturas.
EVANGELISTA, M. B., A. S.; GUIMARÃES, M. C. S.; LEAL. Fluxos de Informação no SisHiperDia: um estudo de caso	A gestão dos fluxos de informação entre diferentes atores envolvidos na atenção à saúde; uso dos dispositivos tecnológicos em uma unidade básica de saúde.	Sistemas de Informação em saúde; Informação em saúde; educação permanente em saúde	Qualificação inadequada dos trabalhadores, no geral, pouco cuidadosos no manuseio com os dados; os profissionais de saúde percebem o SISHIPERDIA como apenas um instrumento da gestão municipal, que nada acrescenta ao seu trabalho na Unidade; os profissionais não conseguem visualizar, como estas tecnologias podem proporcionar informação para o empoderamento do usuário, na construção de uma melhor qualidade de vida, e como pode realizar uma interação entre os diferentes profissionais.
BIAGGI, C., C.; VALENTIM, M. L. P.; BIAGGI. Perspectivas e tendências da atuação do bibliotecário na área da Saúde	Atuação do bibliotecário na área da Saúde.	Informação em saúde; acesso à informação; medicina baseada em evidências.	A área da Saúde, assim como outras áreas do conhecimento, é marcada pela sobrecarga informacional e pelo volume de informação existente que, se estabelece como um desafio aos profissionais da informação; o bibliotecário clínico necessita exercer o seu papel, qual seja, a de um profissional com diferentes conhecimentos, competências e habilidades que leva a equipe médica a melhor e mais atualizada evidência científica, clinicamente relevante e aplicável a determinado problema em questão, ajudando a solucioná-lo, subsidiando a equipe médica a tomar decisões adequadas.
PINTO, L. M. M., J.	Letramento informacional de pacientes na área da	Letramento informacional;	O letramento se entrelaça e se direciona à saúde, uma vez que a qualidade de vida e

<p>M.;DUMONT</p> <p>Interlocuções entre o procedimento de tradução de Boaventura de Sousa Santos e os preceitos de letramento informacional em saúde</p>	saúde	letramento informacional em saúde; tradução.	os seus cuidados são considerados direitos humanos universais, fazendo com que todos os cidadãos tenham legalmente o direito ao acesso às informações relevantes à sua saúde; Na área da Ciência da Informação, os constructos teóricos da tradução reforçam a importância da participação dos usuários nos processos da disseminação da informação, entre diferentes formas de saberes e sujeitos; o procedimento de tradução proposto por Boaventura reafirma a necessidade e a importância do diálogo entre saberes como possibilidade de novas aprendizagens que certamente contribuirão para a promoção da saúde dos envolvidos.
<p>CARAN, J. C. A., G.M.;BIOLCHINI</p> <p>Eixos conceituais do acesso à informação pelo deficiente visual: suportes cognitivo, social e tecnológico</p>	Fatores de acesso à informação pelo Deficiente Visual (DV).	Promoção da saúde; Acesso à informação; mediação; redes de apoio social.	Os impactos para a saúde decorrentes do acesso à informação se manifestam na interrelação entre a aquisição de informação/conhecimento e as práticas cotidianas.
<p>VILLELA, M. A., E. F. M.;ALMEIDA</p> <p>Mediações da informação em Saúde Pública: um estudo sobre a dengue</p>	Relações entre saúde pública e divulgação da informação para os cidadãos.	Mediação; informação; saúde pública; comunicação; Análise de Redes Sociais	O emprego das novas mídias de comunicação e informação podem constituir redes sociais de conhecimentos e mudanças na configuração dos saberes e práticas dos pesquisadores; A metodologia de análise de redes sociais aponta para a centralidade dos processos de mediação na sociedade contemporânea, podendo trazer subsídios valiosos para se repensar a função política dos mediadores nos processos sociais e culturais contemporâneos; as representações sociais podem contribuir na área da saúde, fornecendo um foco mais contextualizado sobre o universo da população que será contemplada pelas políticas de informação para saúde.
<p>ALENTEJO, E. S.</p> <p>Qualidade da</p>	Analisa o desenvolvimento científico em Saúde pela	Usos sociais da informação;	Acreditamos que no cenário das bibliotecas universitárias na área de saúde tenhamos

informação em saúde mediada em biblioteca pela percepção de seus usuários.	mediação de bibliotecas universitárias nacionais e no exterior.	comunicação científica; políticas públicas em informação.	um volume considerável de usuários de informação especializada. Muitos dos quais são pesquisadores das universidades bem como oriundos de agências de saúde de âmbito governamental e civil. Tanto a literatura da área e o foco da gestão buscar mudanças pelo foco interno, perpetuam inadequações das bibliotecas universitárias, e conseqüentemente seu uso reduzido por parte do usuário.
--	---	---	--

2.3 Discussão

A discussão dos resultados se fundamenta a partir do referencial teórico de apoio desenvolvido para a realização da presente pesquisa. A elaboração da Revisão Sistemática de Literatura demonstrou a pertinência e adequação de tais conceitos na articulação entre os campos da informação e da saúde.

Destarte, **a literatura analisada nos confronta com dois aspectos fundamentais e predominantes durante a leitura dos artigos: o acesso à informação e a construção compartilhada do conhecimento, na perspectiva do protagonismo social na saúde.**

A temática das redes aparece como elemento de integração dos aspectos acima mencionados, contribuindo para ações de mobilização social e constituindo o fluxo de informações no âmbito das mediações sociais e na dimensão da produção e apropriação social do conhecimento.

Destacamos aqui a “utilidade social” do conhecimento em saúde, que de acordo com Marteleto (2009), designa a “capacidade de converte-se em recurso para outros atores além do campo científico.” (MARTELETO, 2009, p. 51). Para Scherer- Warren:

As redes, por serem multiformes, aproximam atores sociais diversificados – dos níveis locais aos mais globais, de diferentes tipos de organizações –, e possibilitam o diálogo da diversidade de interesses e valores. Ainda que esse diálogo não seja isento de conflitos, o encontro e o confronto das reivindicações e lutas referentes a diversos aspectos da cidadania vêm permitindo aos movimentos sociais passarem da defesa de um sujeito identitário único à defesa de um sujeito plural. (SCHERER-WARREN, 2006, p. 115-116).

Pode-se dizer que uma percepção geral em torno dos artigos analisados é a de que as práticas de informação nas instituições de saúde impactam diretamente nos processos de participação social dos atores no campo da saúde. Essa característica confere ainda mais importância aos processos sociais de construção do conhecimento e formação de redes de caráter interdisciplinar e intersetorial.

Outra característica presente na literatura se mostrou relevante quanto à necessidade das políticas públicas de informação e comunicação em saúde. Pinheiro; Encarnação (2012) afirmam que:

A noção do direito à comunicação está na base das discussões do eixo temático da Comunicação e Informação e Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde, onde são discutidas e pactuadas propostas para a construção de políticas públicas por gestores, profissionais e população usuária dos serviços de forma paritária. Embora sejam apresentadas propostas de comunicação transversais, regionalizadas e participativas, as ações institucionais ainda não refletem esses avanços. (PINHEIRO; ENCARNAÇÃO, 2012, p.2).

Ainda assim, os artigos analisados apontam os déficits, no nível institucional, que decorrem dessa problemática, resultando em práticas de comunicação verticais e apartadas das realidades e contextos comunitários dos usuários do sistema público de saúde.

Em síntese, os resultados sugerem que apesar dos avanços em termos de ação e mobilização social dos atores não institucionais no campo da saúde, uma espécie de pragmática da informação e comunicação em saúde ainda se faz necessária no âmbito da administração e gestão pública, no sentido de instituir um pacto social que incorpore uma trama relacional entre os diferentes atores, saberes e conhecimentos, fortalecendo os ideais de cidadania e protagonismo social.

3 UMA CASA, MUITOS SENTIDOS

As Casas de Parto são instituições reconhecidas e regulamentadas como unidades de assistência ao período gravídico e puerperal, onde a presença de equipe médica (pediatra e obstetra) não é obrigatória, e apresentam como característica principal a atuação majoritária da enfermagem obstétrica. Nos casos em que há necessidade de intervenção médica, a gestante é designada e transferida para o hospital de referência da instituição.

Atualmente, no Brasil, estão registradas 14 Casas de Parto nos seguintes estados: Maranhão, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Alagoas, Paraná, Ceará e Sergipe. No Sudeste, o CPN do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, se tornou referência do modelo de assistência, conferindo grande visibilidade ao trabalho realizado nessas instituições. A primeira CP regulamentada pela Portaria/GM nº 985, de 5 de agosto de 1999, foi a de Sapopemba, na região Sudeste de São Paulo, que está em funcionamento desde o ano de 1998.

Para além das tensões e conflitos históricos que permeiam a assistência ao parto, os serviços oferecidos pelas Casas de Parto têm ganhado cada vez mais espaço no imaginário das usuárias do sistema público de saúde.

No município do Rio de Janeiro, a única Casa de Parto, localizada na Zona Oeste da cidade, foi inaugurada em 8 de março, de 2004, e até o presente momento ofereceu assistência a 3.715 partos. A casinha, como costumam chamar as usuárias da instituição, completou, no último dia 8 de março de 2022, 18 anos de existência. Em matéria recente publicada no jornal O Dia⁵, a atual diretora da instituição, Inaiá Mattos, afirma que:

[...] o público da Casa Parto é de mulheres que escolhem a gente. Elas vêm atrás de um modelo. Elas podem vir de qualquer lugar do mundo. Tivemos uma mulher que conheceu a casa parto e veio da Alemanha para ter o bebê aqui. As grávidas são tratadas pelo nome. A gente se respeita. (Mattos, 2022).

A Casa de Parto David Capistrano Filho, recebeu esse nome em homenagem ao médico/ativista pioneiro no movimento de implantação das Casas de Partos no Brasil e da luta por uma saúde pública de qualidade. Nascido em Pernambuco, na cidade de Recife, David Capistrano Filho mudou-se para o Rio de Janeiro, onde formou-se em medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). David atuou incisivamente contra o regime militar, do qual foi vítima de inúmeras prisões.

Sua atuação política contribuiu de forma decisiva para a construção do atual sistema de saúde. Foi integrante do Comitê Assessor da 8ª Conferência Nacional de

⁵ Disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2022/03/6356264-uma-das-melhores-experiencias-que-tive-declara-mulher-que-teve-seu-filho-em-casa-parto.html?foto=4>

Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, fundamental para a formulação do Sistema Único de Saúde. De 1993 a 1996 foi prefeito de Santos, eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

Suas contribuições no campo da saúde pública vão desde programas inovadores, como a erradicação de cáries em crianças menores de 5 anos, até os mais visionários e duradouros como o programa Qualis/Saúde da família, Médico da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde⁶.

Na ocasião do seu falecimento, em novembro de 2000, o jornalista Luis Nassif conferiu-lhe o título de “guerreiro da saúde”. A contribuição social deixada através do seu trabalho no campo da saúde é inestimável. Em seu artigo, publicado originalmente na Folha de São Paulo e cujo acesso foi obtido, em parte, através da transcrição do Memorial David Capistrano Filho, em pronunciamento na Câmara de Deputados, o jornalista se refere ao sanitarista da seguinte forma:

[...] a luta pela saúde do brasileiro perde um de seus guerreiros mais relevantes. Dentre todos, David Capistrano foi o principal estimulador das novas práticas de saúde. Em Santos, revolucionou o sistema de saúde. Depois, todas as grandes personalidades públicas da saúde- do ex ministro Adib Jatene ao atual José Serra – foram buscar em David as ideias e o apoio[...] (BRASÍLIA, 2000, [S.P]).

Em outro momento, encontramos o seguinte trecho do memorial, que revela o caráter decisivo da participação do médico na implantação das casas de parto no Brasil, como resultado de alianças políticas importantes:

Serra relatou seu encontro com David na inauguração da primeira Casa de Parto (ideia do David), em São Paulo: entusiasmou-se com o projeto e o transformou em um programa nacional para cujo comando convidou e nomeou David. Hoje já foram criadas 22 Casas de Parto no Brasil, que além de estimular o parto normal aproveitam a experiência de parteiras populares[...] (BRASÍLIA, 2000, [S.P]).

⁶ Fonte: <https://portal.fiocruz.br/noticia/sanitarista-david-capistrano-filho-e-homenageado-no-forum-fiocruz-de-memoria>. Acesso em: nov.2021.

O trecho se refere à fala do então Ministro José Serra, que declarou, à época, que a insistência e apoio do amigo David Capistrano foram fatores decisivos para que aceitasse o cargo de ministro da saúde.

Sem dúvida, o trabalho de David Capistrano Filho merece reconhecimento e serve de inspiração para aqueles que lutam e trabalham diariamente por melhores condições sociais e econômicas e, principalmente, para aqueles que lutam por uma saúde pública de qualidade.

Após o seu falecimento, os anos que se seguiram trouxeram “bons ventos” para a melhoria da assistência obstétrica no país. Entre os anos de 2000 e 2002, de acordo com Proganti et. al (2013), havia um movimento tanto na esfera federal, quanto municipal, de melhorar a assistência. As ações do poder público foram impulsionadas, principalmente, pela insatisfação e reivindicação dos movimentos sociais e dos profissionais da assistência favoráveis ao ideário da humanização do nascimento.

As autoras também ressaltam que em 2002, uma avaliação da situação obstétrica no Brasil realizada por uma comissão japonesa, através da parceria estabelecida entre o Brasil e a Agência Japonesa de Cooperação Internacional (JICA), promoveu o treinamento de enfermeiras obstétricas em Casas de Parto e maternidades no Japão.

A participação das enfermeiras obstétricas foi fundamental para a posterior implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho através da criação, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), dos grupos de trabalho e da elaboração de protocolos para a implantação da casa, que adotou o modelo japonês de assistência obstétrica, baseado na autonomia da enfermagem obstétrica e da atuação conjunta com hospitais (maternidades) de referência.

De acordo com Azevedo (2008) a infraestrutura básica da Casa de Parto David Capistrano Filho está organizada da seguinte forma:

A equipe da Casa de Parto é composta por 18 enfermeiras obstétricas, sendo duas com função de direção e oito auxiliares de enfermagem, duas assistentes sociais, com carga horária de 40 horas semanais, e o pessoal da área administrativa, conservação e limpeza, segurança, cozinha, vigias e motoristas da ambulância. O atendimento obstétrico e neonatal é realizado exclusivamente pelas enfermeiras obstétricas apoiadas pelas auxiliares de

enfermagem seguindo Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no. 36 de 03/6/2008 que dispõe sobre a equipe mínima nos Centros de Parto normal. (AZEVEDO, 2009. p. 20).

Medeiros (2018) ao descrever o espaço físico da casa destaca que a mesma “tem uma disposição circular, comunicando todos os setores: a recepção, as três suítes para acolher as famílias em trabalho de parto, a administração, a sala de grupo e duas salas de consultas.” (MEDEIROS, 2018, p. 1174).

A Casa conta ainda com práticas de educação, acolhimento, serviço social, de nutrição e incentivo ao aleitamento materno. O projeto de humanização do parto e nascimento fazem da Casa de Parto uma importante instituição para a sua comunidade de referência, atuando não apenas no cuidado técnico/instrumental às usuárias dos serviços, mas respeitando e devolvendo às mulheres o protagonismo diante do evento do nascimento, possibilitando a formação de novos imaginários, e oferecendo elementos de reflexão para os seus usuárias sobre os serviços e políticas de saúde que lhes dizem respeito, como aponta Medeiros (2018):

No acolhimento, acorda-se com as famílias a responsabilidade de participação nas atividades educativas do programa de acompanhamento. As oficinas são variadas, tratam de direitos, de cuidado, da relação com o corpo e com a família. Explicam a fisiologia do parto e também informam tudo que se refere à saúde para a vida toda da mulher e da família; desconstruem mitos e tabus sobre sexualidade, gestação, parto e pós-parto. A ideia é atingir toda a rede de afeto e cuidado ligada à mulher. Seja avó, seja companheiro(a), vizinho(a), amigo(a). (MEDEIROS, 2018, p. 1175).

A regulamentação da Casa de Parto David Capistrano Filho, como já explicitado no item de contextualização, ocorreu em meio a conflitos e resistência da classe médica. De acordo com Pereira e Moura:

A instituição da CP na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro provocou maior visibilidade dos conflitos relacionados aos conceitos e perspectivas que permeiam a política de saúde da mulher, a cultura assistencial nos serviços e os papéis profissionais na atenção ao parto e nascimento. (PEREIRA; MOURA, 2009, p. 873).

Atualmente a CP enfrenta desafios, assim como muitas maternidades, tais como a falta de investimento em infraestrutura e o abandono do poder público. No entanto, os

esforços para manter a continuidade da instituição não são sustentados apenas pela via institucional, mas também pela rede comunitária que compõe a unidade.

Em 2017, a equipe da CP, moradores, militantes, usuárias e ex- usuárias promoveram um mutirão comunitário para recuperação da “casinha”. Na ocasião, o evento foi divulgado nas redes sociais da Rede de Apoio a Casa de Parto (ReParto), onde foi apresentada uma lista de reparos, custos e formas de contribuição para a restauração do espaço. Ações como essa reforçam o potencial das redes, mas também ressaltam a necessidade de maior participação no controle social das políticas e investimentos públicos em saúde.

Seibert; Gomes; Vagens (2008), conduziram um estudo que teve por objetivo avaliar a assistência pré-natal na casa de parto utilizando como ponto de partida a visão das próprias usuárias. Os autores constataram, a partir das falas selecionadas para o estudo, que:

Instrumentalizar a gestante significa resgatar seu poder decisório, colocando a mulher como protagonista de todo o processo. Dessa forma, o cuidado passa a ser mais resolutivo, baseado na troca de informações e conhecimentos entre a gestante e a equipe que lhe assiste, valorizando-se a escuta, a demanda e as expectativas de cada família individualmente. (SEIBERT; GOMES; VARGENS. 2008, p.763).

Nesse sentido, Progianti; Costa (2008) definem as práticas de cuidado realizadas pela enfermagem na Casa de Parto David Capistrano Filho, por exemplo, como práticas que trabalham sob a perspectiva da teoria do cuidado e da negociação cultural, na medida em que a concepção medicalizada e hospitalar do que seja o processo do nascimento está simbolicamente enraizada na formação cultural das usuárias.

As práticas e grupos de educação em saúde, além do atendimento humanizado, se caracterizam como o grande diferencial do atendimento, na medida em que propõem novas formas de circulação da informação, gerando e compartilhando novos conhecimento e saberes, como afirmam Progianti; Costa:

A visibilidade da associação do cuidado cultural e das práticas educativas está no compartilhar práticas e saberes em uma relação horizontalizada. A

enfermeira obstétrica exerce seu papel de cuidadora e educadora dividindo o seu saber e fazer e agregando o saber e o fazer popular, evitando posturas autoritárias. (PROGIANTI; COSTA, 2008. p. 4)

Desse modo, os autores apontam a possibilidade de reduzir o choque cultural causado pela perspectiva do atendimento humanizado na instituição, partindo da premissa que a escuta e reconhecimento das crenças e valores culturais do público usuário facilitam seu envolvimento no processo do ciclo gestacional.

Em “A cientificação do amor”, publicado em 2002, o obstetra francês Michel Odent tenta, entre outras coisas, chamar a atenção para um aspecto primordial que diz respeito à relação entre os hormônios necessários ao nascimento e a formação do vínculo afetivo entre o bebê e sua nova família. Na perspectiva do autor:

Uma das principais conclusões a que se pode chegar, a partir de perspectivas científicas, é que a capacidade de amar é determinada, em grande extensão, nas primeiras experiências da vida fetal e no período que cerca o nascimento. (ODENT, 2002, p.128).

Nesse sentido, a Casa de Parto David Capistrano Filho parece contribuir para garantir às suas usuárias um ambiente acolhedor, seguro e respeitoso, que busca o alinhamento entre o cuidado, do ponto de vista técnico-científico, e o cuidado baseado nas dimensões cruciais do afeto e do amor, que permeiam a experiência do nascimento, promovendo uma assistência obstétrica centrada na qualidade da relação entre a família e seu bebê.

4 PERCURSO METODOLÓGICO – ANÁLISE DOCUMENTAL

Optou-se por direcionar e balizar o desenho da pesquisa, de abordagem qualitativa, a partir da perspectiva de uma reconstrução da trajetória e dos processos que fizeram da Casa de Parto uma referência para a assistência ao parto e nascimento, inserida em um contexto onde as mediações de diferentes atores sociais e as ações em rede representam elementos fundamentais para sua manutenção não apenas enquanto espaço físico institucional, mas também enquanto política pública necessária.

Nesse sentido o recorte metodológico para a coleta e análise dos dados se constituiu, principalmente, a partir de uma análise de documental, apresentando

aspectos sociais de reconfiguração dos modelos e formas de compreensão sobre a saúde da mulher, que parecem ter impactado diretamente na elaboração das políticas públicas, culminando na incorporação das Casas de Parto no âmbito dos serviços municipais de saúde e conseqüentemente, possibilitando a existência da Casa de Parto David Capistrano Filho.

O desenvolvimento da análise documental na pesquisa qualitativa tem como principal característica a utilização de documentos, que podem variar entre textos escritos, registros iconográficos, vestuário, etc.

Configuram-se como valiosa fonte de informação possibilitando a reconstrução historiográfica dos eventos e contextos dos mais variados fatos e/ou comportamento do corpo social. De acordo com Lima Junior *et.al* podemos compreender a análise documental como:

[...] uma metodologia de investigação científica que utiliza procedimentos técnicos e científicos específicos para examinar e compreender o teor de documentos de diversos tipos, e deles, obter as mais significativas informações, conforme os objetivos de pesquisa estabelecidos. (JUNIOR *et.al*, 2021, p. 38).

Os documentos foram selecionados de acordo com os objetivos iniciais estabelecidos pela pesquisa. Nesse sentido, buscou-se recuperar uma gama documental de valor histórico, político, social e cultural, que pudesse servir de fio condutor para identificar e compreender as mediações informacionais, de saberes, as articulações em redes de atores e instituições e de que forma esses elementos contribuíram para a formação de políticas públicas ou, ao contrário, foram estimulados por um cenário propício em que as políticas públicas em saúde da mulher se desenvolveram.

A partir da definição da Casa de Parto como objeto central da pesquisa, compreendida enquanto uma instituição que é resultado direto da reconfiguração no cenário do parto, comentada anteriormente, a presente análise buscou identificar aspectos e elementos de caráter histórico, não apenas do ponto de vista institucional, mas também aqueles construídos coletiva e socialmente à luz de processos de mediação de saberes, de ações e práticas de intervenção social, percebendo as ações

articuladas em redes de movimentos sociais, de atores acadêmicos e sociedade civil, que estão na base dos processos políticos de (re)significação e (re)invenção do parto e nascimento e que deram origem a novos paradigmas de assistência obstétrica pela via da ação coletiva. Junior et.al (2021) afirmam que a aplicação da metodologia de análise documental “possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.” (JUNIOR et. al. 2021, p. 39).

Sendo assim, durante esse percurso, foi possível identificar, através da análise documental, para além do conteúdo em si, que a trajetória de implantação e sustentação da Casa de Parto David Capistrano Filho enquanto uma instituição de saúde vinculada ao SUS, não seria possível sem a criação de uma ampla rede de colaboração, a partir da qual se estabeleceram os mais variados laços de interação.

As fontes utilizadas para obtenção dos documentos analisados e o corpus de análise documental foram identificados e selecionados durante o desenvolvimento do referencial teórico da pesquisa, em função dos objetivos e questão de pesquisa. Ressaltamos que foi necessário uma ampla leitura dos conteúdos referentes ao campo da saúde, a fim de melhor compreender e explorar determinados assuntos, que a literatura específica da Ciência da Informação ou mesmo do intercampo Informação e Saúde não poderiam ofertar.

Em um primeiro momento, uma pasta nomeada como “Documentos e Políticas Públicas”, reuniu 15 arquivos, escolhidos através das leituras teóricas, e considerados pertinentes ao estudo. Os documentos variavam entre acordos internacionais, diretrizes da OMS, cartilhas do Ministério da Saúde e relatórios de entidades tais como o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

A Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), bem como o portal eletrônico da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras do Estado do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ), o portal da Prefeitura do Rio e a busca na Plataforma Lattes/CNPq/MCT, no currículo de personagens notadamente importantes para a criação da Casa de Parto, contribuíram para o fornecimento das referências bibliográficas que tornaram possível compreender

determinados aspectos e questões, necessários à fundamentação da análise relacionadas ao campo da saúde, especificamente no que se refere à saúde da mulher, bem como identificar o contexto local em que se insere a Casa de parto.

Além disso, a identificação dos marcos temporais, a partir da elaboração de uma linha do tempo das políticas públicas, apresentada anteriormente, configurou-se como um recorte importante para a seleção dos documentos analisados, bem como as referências encontradas no trabalho das pesquisadoras, indicadas na seção de sistematização da coleta de dados.

Como critério de seleção para a escolha dos documentos, a busca direta por palavras-chave no texto, tais como redes, humanização do nascimento, informação, conhecimento, casa de parto, mobilização social, políticas públicas, ajudou a restringir a quantidade de documentos. A leitura foi realizada de modo a observar a articulação entre os termos, e a frequência com que apareciam nos documentos.

A escolha do vocabulário não se deu a partir do estabelecimento de critérios específicos, e sim levando em conta sua recorrência na literatura estudada. Os documentos internacionais foram utilizados no sentido de compreender o panorama global, bem como para perceber de que forma as políticas brasileiras se apropriaram das recomendações internacionais.

Dos 15 documentos, 6 corresponderam às expectativas da pesquisa. Em relação ao conteúdo, os documentos variavam entre atualizações ou compilados gerais das políticas públicas produzidas isoladamente, ou elaborados como adaptação de diretrizes internacionais para o contexto nacional, como é o caso do documento Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, publicada em 2017. Ou do Manual Técnico – Pré- Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada, produzido em 2005 pelo Ministério da Saúde, que utilizou como base programas e políticas já existentes, como o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Os documentos não selecionados encontram-se apresentados no quadro abaixo:

Quadro. 6 - Documentos Excluídos

Título	Entidade	Ano de Publicação
Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil.	Ministério da Saúde	2004
Estrategia Mundial para la Salud de La Mujer y Del Niño	Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial da Saúde.	2016
WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience	Organização Mundial da Saúde	2018
Plano de Qualificação das Maternidades e Redes perinatais da Amazônia legal e Nordeste/ Rede cegonha	Ministério da Saúde	2012
Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico	Ministério da Saúde	2005
Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida	Ministério da Saúde	2017
Carta de Fortaleza	REHUNA	2000
Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras	Ministério da Saúde	2005
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	Ministério da Saúde	2004

Fonte: Dados da Pesquisa 2022.

Posteriormente, os documentos selecionados foram sistematizados e divididos em quadros de referência, apresentados na seção de análise dos dados, com os seguintes itens: tipo; data de publicação; órgão/entidade/organização social; fonte de pesquisa; título; tema; autor (as/es); contexto/descrição.

A elaboração dos quadros contribuiu para a visualização de um encadeamento histórico, social e político consistente, em termos de conteúdo, ocorridos em um determinado período no Brasil, e que culminaram na criação da Casa de Parto. Em comum, os documentos apresentam demandas relativas a mudanças estruturais nas

instituições de saúde, bem como reivindicam a incorporação de elementos socioculturais (contexto social, acesso à informação, reconhecimento dos diferentes saberes), de mobilização e participação social nas abordagens assistenciais relativas à saúde da mulher.

O material analisado, de caráter público e acesso aberto, foi obtido através de pesquisa em ambiente virtual nos seguintes locais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Webpage das Comissões de Intergestores Bipartite, Biblioteca Virtual da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Estado do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ) e no portal do Ministério da Saúde.

4.1 JUSTIFICATIVA METODOLÓGICA

A proposta de uma pesquisa documental para dar conta dos objetivos e questão da pesquisa se delineou, principalmente, a partir das condições impostas pelo contexto sanitário da pandemia de Covid-19.

Compreende-se que a ampliação e utilização conjunta de outras ferramentas metodológicas atuariam no sentido de qualificar os resultados da pesquisa. No entanto, se faz necessário ressaltar a excepcionalidade do atual período, onde pesquisadores, estudantes e profissionais das mais diferentes áreas foram obrigados a se adaptar a uma nova forma de se relacionar e de desenvolver seus trabalhos.

Nesse sentido, destacamos os obstáculos emocionais e físicos, como fatores de limitação para o desenvolvimento da presente pesquisa, acentuados pelo distanciamento social e dificuldade de acesso a determinadas fontes de informação, o que impossibilitou o habitual processo de triangulação dos dados, característico das pesquisas de caráter social.

Ressalta-se, no entanto, a validade e confiabilidade da aplicação do método de análise documental de forma autônoma, compreendendo o valor das informações contidas nos documentos analisados, fruto de extensa mobilização social e política.

4.2 “O que é um Documento? Para que serve?”

Para a recuperação, organização e análise dos dados de pesquisa empregamos o aparato teórico/conceitual do campo da Ciência da Informação em torno da compreensão e utilização do documento enquanto fonte de informação.

A prática documentária ou o campo de conhecimento da Documentação, se entrelaça com os estudos da informação, influenciados, principalmente, pelas ideias de Paul Otlet, cuja obra *Traité de Documentation*, publicada no ano de 1934, é apontada como fundamental para a compreensão da noção de documento em Ciência da Informação. (ORTEGA; GINEZ DE LARA, 2012, p.373).

Para MEYRIAT (1981, p. 51) o documento pode ser definido enquanto um suporte de informação, que serve à comunicação e que é durável. O documento enquanto noção e enquanto objeto, comporta informação, discurso, conhecimentos e saberes. Ou seja, é o “modo pelo qual a informação, o conteúdo, ganham forma no plano comunicacional e é, ao mesmo tempo, o suporte que possibilita sua circulação.” (COUZINET, 2009, p. 13).

Distinguem-se duas formas de documento: por intenção e por atribuição. De acordo com (COUZINET, 2009), o primeiro é da ordem dos acordos e extração de dados, enquanto o segundo caracteriza-se como um suporte que contém informações, que no entanto foram produzidas com outras intenções e cujos sentidos e/ou significados lhes são atribuídos pelo receptor/leitor. A autora afirma ainda que enquanto dispositivo informacional, o documento pode produzir efeitos sobre os usuários e aponta o caráter mediador inerente a ele. Sendo assim, podemos afirmar que os documentos selecionados para análise caracterizam-se pela sua intencionalidade.

Nesse sentido, destacamos dois aspectos, apontados pela autora supracitada, que nos são de particular interesse: o caráter social da produção documentária analisada, contextos e atores envolvidos em sua produção, bem como os processos de mediação nos quais estão inseridos e acrescentamos, de acordo com Ortega; Ginez de Lara (2012), elementos que permitem compreender o documento em sua instância informativa, a partir dos contextos culturais de produção e uso de conhecimento, que demandam “a combinação de referências da produção informacional, dos objetivos institucionais e dos elementos cognitivos e comunicacionais dos públicos da informação,

como meio de otimizar a circulação social da informação”. (ORTEGA;GINEZ DE LARA, 2012, p.12).

Com base nesse arcabouço teórico, desenvolvemos uma análise documental que buscou, justamente, compreender e trazer à tona a complexidade de ações, eventos e contextos que constituem a trajetória da Casa de Parto David Capistrano Filho, pela via dos processos de mediação, de formação de redes e a incidência de tais processos nas políticas públicas.

4.3 Coleta de Dados - Categorias Empregadas

A primeira etapa da coleta dos dados buscou identificar e selecionar documentos relevantes, considerados a partir do quadro teórico desenvolvido na pesquisa, com foco nos documentos de caráter público, disponíveis para acesso em formato eletrônico.

O *corpus* documental selecionado para análise é composto de 6 documentos, divididos em 3 categorias indicadas abaixo:

- a) **Nacional**: que diz respeito aos documentos de caráter ministerial, ou seja, produzidos no âmbito federal e que fornecem elementos para compreensão do cenário nacional do desenvolvimento das políticas que ampliaram as ações de trabalho no campo da saúde da mulher, assistência ao parto e nascimento.

Nessa categoria foram selecionados os seguintes documentos: Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM); Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); Caderno HumanizaSUS Vol.4 (volume temático referente à humanização do parto e nascimento).

- b) **Local**: concerne à análise de documentos produzidos na esfera local, ou seja, que compreende o estado/município do Rio de Janeiro, e que resultam da articulação das políticas e programas acima mencionados e que sedimentaram o terreno para implantação da CP. Representados pelo: Plano de Ação da Rede Cegonha- Região Metropolitana I do Estado Do Rio de Janeiro;

- c) **Intersetorial**: que resultam da atuação e articulação coletiva de diferentes atores (movimentos sociais, instituições, sociedade civil) que contribuíram para o

desenvolvimento de ações e compartilhamento de conhecimento do ideário de humanização da assistência perinatal. Nessa categoria foram selecionados: A Carta de Campinas; A Carta de Fortaleza; Carta Aberta do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio De Janeiro.

A escolha dos documentos buscou situar e contextualizar o cenário obstétrico brasileiro, a Casa de Parto, e as políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, principalmente a partir das referências encontradas nos trabalhos de Tornquist (2004), Pereira;Moura (2009), Progianti (2008), Azevedo (2008) e Hirsch (2019).

Nesse sentido, buscou-se recuperar uma gama documental que possibilitasse a construção de um “inventário”, com o intuito de localizar e traçar um panorama do contexto político, social e cultural da criação da Casa de Parto, como consequência direta do contexto macro dos processos sociais, políticos e econômicos do próprio sistema e das políticas de saúde como um todo, com foco nas práticas informacionais e processos de mediação e constituição de redes.

A coleta de dados pela via documental foi feita observando o cuidado com a utilização de documentos de caráter público, tais como memoriais, cartilhas e manuais do Ministério da Saúde, da SMS/RJ, cartas e textos publicados como resultado de acordos em conferências nacionais de saúde e de assistência obstétrica. Os documentos selecionados correspondem ao intervalo de tempo entre os anos de 1999 a 2017. A seguir, trataremos de apresentar a análise dos resultados.

4.4 Análise dos Dados

Como estratégia geral para conduzir a análise dos dados, adotamos a perspectiva baseada em proposições teóricas, ou relações causais, que de acordo com Yin (2001, p. 133) “refletem o conjunto de questões da pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas interpretações que possam surgir.”

De modo complementar, utilizamos como recurso analítico a construção de uma explanação, com o objetivo de obter, ao mesmo tempo, uma narrativa dos acontecimentos, explorando, a partir do referencial teórico, os elos e relações causais,

que ajudem na compreensão e interpretação dos processos de construção das políticas públicas.

Para a interpretação e inferência sobre o conteúdo analisado, tomamos como referência a hermenêutica-dialética proposta por Minayo (1992), buscando compreender e classificar os conteúdos na totalidade dos contextos socio-históricos e políticos, em diálogo com o referencial teórico apresentado.

Destaca-se a articulação do conceito da hermenêutica aos seguintes termos-chave: compreensão, consciência histórica, todo e partes, símbolo, intencionalidade, empatia. E, do mesmo modo, a dialética aparece articulada com as ideias de oposição, negação, crítica, contradição, movimento e transformação (da natureza e da realidade social). (MINAYO, 1992). Em síntese:

[...] a hermenêutica e a dialética se apresentam como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais e, por conseguinte, em relação aos processos de saúde e doença, constituídos, de forma complexa, como um híbrido (Latour,1994) ou como se realizando pela mediação da cultura. (MINAYO,1992, p. 104).

A autora destaca o hibridismo em processos de saúde e doença, “[...] tal como Latour (1994) e Boltanski (1979), quando mostram que os fenômenos biológicos são mediados pela cultura e que sua complexa abordagem pode ser trabalhada por meio da combinação entre a hermenêutica e a dialética”. (MINAYO, 1992, p.105).

O primeiro passo de pré-análise se deu a partir de uma leitura flutuante dos documentos onde foram identificadas e definidas as unidades de análise, de acordo com os objetivos da pesquisa, além de estabelecer as categorias de classificação.

A primeira etapa operacional da análise dos dados consistiu na criação de um banco de dados para organização, catalogação e classificação do material selecionado.

A partir da elaboração de um quadro de identificação, inspirado em bases conceituais do campo arquivístico, utilizou-se o formulário de análise tipológica documental que, de acordo com COSTA (2017, p.40), “oferece subsídios para que os documentos sejam percebidos dentro de seu contexto de produção e formatação”.

Em seguida, foram definidas as unidades de análise dos documentos, buscando construir uma explanação do fenômeno estudado a partir do encadeamento conceitual com o referencial teórico da pesquisa.

As unidades foram definidas pelo seu caráter semântico, a partir da elaboração dos seguintes temas: 1) humanização do parto; 2) processos históricos em saúde da mulher; 3) participação social no planejamento e ações de informação e saúde; 4) reconhecimento de saberes e práticas; 5) formação de redes colaborativas.

Após os procedimentos indicados acima, passou-se à elaboração de categorias analíticas a partir da confrontação dos documentos obtidos, considerando as diferentes fontes e origens da informação, visando obter uma linha narrativa e temporal a respeito das mudanças e evolução social e histórica das políticas públicas em saúde da mulher, das interações e ações coletivas observadas a partir da perspectiva das mediações e compartilhamento de saberes, formando o conjunto de ações que gerou terreno para a consolidação da Casa de Parto David Capistrano Filho enquanto modelo de assistência no SUS.

Apresentam-se abaixo os quadros de identificação e em seguida a análise individual de cada documento.

Quadro 7 – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

TIPO	Programa/Política de Governo
DATA DE PUBLICAÇÃO	2002
ORGÃO/ENTIDADE/ORG. SOCIAL	Ministério da Saúde –Secretaria Executiva
FONTE DE PESQUISA	Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)
TÍTULO	Programa Humanização no Pré-Natal e no Nascimento
TEMA	Análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto.
AUTOR (AS/ES)	Não especificado.
CONTEXTO/DESCRIÇÃO	Reorganização da assistência Obstétrica e Neonatal estabelecendo as diretrizes para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, fundamentados no ideário da humanização. Ministro da Saúde- José Serra.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Quadro 8 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

TIPO	Programa/Política Pública
DATA DE PUBLICAÇÃO	2004
ORGÃO/ENTIDADE/ORG. SOCIAL	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas -Área Técnica de Saúde da Mulher.
FONTE DE PESQUISA	Biblioteca Virtual em Saúde
TÍTULO	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)
TEMA	Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.
AUTOR (AS/ES)	Não especificado.
CONTEXTO/DESCRIÇÃO	Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007. Ministro da Saúde - Humberto Costa

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Quadro 9 – Plano de Ação da Rede Cegonha- Região Metropolitana I Do Estado Do Rio De Janeiro

TIPO	Programa/Política de Governo
DATA DE PUBLICAÇÃO	2017
ORGÃO/ENTIDADE/ORG. SOCIAL	Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Programa Rede Cegonha e de Atenção Integrada a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA). Assessoria Técnica em Saúde da Mulher em SES-RJ.
FONTE DE PESQUISA	Webpage das Comissões Intergestores Bipartite – CIB
TÍTULO	Plano de Ação da Rede Cegonha - Região Metropolitana I Do Estado Do Rio De Janeiro
TEMA	Plano de ação para demonstrar a atual cobertura do sistema de saúde oferecida às usuárias, bem como suas necessidades de melhorias no estado do RJ.
AUTOR (AS/ES)	Secretaria estadual de saúde em conjunto com as secretarias municipais da região metropolitana do RJ e Coordenação do Programa de Atenção a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente SES/RJ.
CONTEXTO/DESCRIÇÃO	Atualização do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da Região Metropolitana I é fruto das

	discussões e do trabalho do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha desta região e tem por objetivo atualizar o diagnóstico da situação de saúde materno-infantil nos doze municípios que compõem a Região e consolidar propostas para melhoria da rede de atenção voltada para esta população.
--	---

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Quadro 10 - Caderno HumanizaSUS Vol. 4 - Humanização do Parto e Nascimento

TIPO	Caderno de Textos
DATA DE PUBLICAÇÃO	2014
ORGÃO/ENTIDADE/ORG. SOCIAL	Ministério da Saúde/Universidade Estadual do Ceará.
FONTE DE PESQUISA	Biblioteca Virtual em Saúde - Via Portal do Ministério da Saúde
TÍTULO	Caderno HumanizaSUS- Humanização do Parto e Nascimento
TEMA	O Caderno aborda a ampla discussão sobre a humanização do parto e do nascimento, perpassando por vários aspectos dessa temática como as experiências de Apoio Institucional, de seu Acompanhamento Avaliativo, de acolhimento (em rede) a mulheres e crianças, de garantia do acesso com qualidade, de práticas democráticas na gestão e no cuidado ao parto e ao nascimento.
AUTOR (AS/ES)	Coletânea de artigos de diferentes autores.
CONTEXTO/DESCRIÇÃO	Os temas de cada caderno são relativos a campos de análise e de intervenção relevantes para a qualificação de práticas de saúde no SUS, nos quais a Política Nacional de Humanização (PNH) tem dedicado esforços e produzido interfaces a partir de seus princípios, diretrizes, dispositivos e método.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Quadro 11 - Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento Carta de Campinas - Ato de Fundação

TIPO	Carta
DATA DE PUBLICAÇÃO	1993
ORGÃO/ENTIDADE/ORG. SOCIAL	Movimento de Humanização pelo Parto
FONTE DE PESQUISA	Webpage da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento- REHUNA
TÍTULO	Rede Pela Humanização Do Parto E Nascimento Carta De Campinas - Ato De Fundação
TEMA	Elementos de reflexão sobre a situação do nascer em nossa sociedade.
AUTOR (AS/ES)	Não especificado- Movimentos Sociais/ atores acadêmicos e instituições de ensino.
CONTEXTO/DESCRIÇÃO	Avanços e mudanças socioculturais atuais vêm fazendo com que as mulheres, estimuladas pelo debate que se dá no movimento feminista, comecem paulatinamente a tomar consciência da necessidade de assumir seu papel de sujeito em face das questões da saúde reprodutiva e especialmente no momento do nascimento, e a refletir sobre a progressiva desapropriação da especificidade da sua identidade feminina.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Quadro 12 - Carta Aberta do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio De Janeiro

TIPO	Carta
DATA DE PUBLICAÇÃO	2016
ORGÃO/ENTIDADE/ORG. SOCIAL	Não especificado
FONTE DE PESQUISA	Biblioteca Virtual da ABENFO-RJ
TÍTULO	Carta Aberta do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio De Janeiro
TEMA	Qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança
AUTOR (AS/ES)	Não especificado- Movimentos Sociais/ atores acadêmicos e instituições de ensino.
CONTEXTO/DESCRIÇÃO	Tem como objetivo ampliar a participação social na gestão desta política pública de saúde, sendo um espaço onde várias instâncias, entidades e sociedade civil se reúnem para a análise de situações e de dados territoriais, transformando-os em informações estratégicas para a implementação de políticas e programas do Ministério da Saúde, com vistas à qualificação da linha de cuidado integral à saúde materna e infantil.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Quadro 13 - Carta de Campinas

TIPO	Carta
DATA DE PUBLICAÇÃO	1993
ORGÃO/ENTIDADE/ORG. SOCIAL	Movimento de Humanização pelo Parto
FONTE DE PESQUISA	Webpage da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento- REHUNA
TÍTULO	Carta de Campinas
TEMA	Elementos de reflexão sobre a situação do nascer em nossa sociedade.
AUTOR (AS/ES)	Não especificado- Movimentos Sociais/ atores acadêmicos e instituições de ensino.
CONTEXTO/DESCRIÇÃO	Avanços e mudanças socioculturais atuais vêm fazendo com que as mulheres, estimuladas pelo debate que se dá no movimento feminista, comecem paulatinamente a tomar consciência da necessidade de assumir seu papel de sujeito em face das questões da saúde reprodutiva e especialmente no momento do nascimento, e a refletir sobre a progressiva desapropriação da especificidade da sua identidade feminina.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

1) Programa Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (PHPN)

Instituído através da Portaria GM/MS n.º 569 de 1/06/00, o Programa Humanização no Pré-Natal e no Nascimento, estabelece as diretrizes para assistência ao parto e nascimento na perspectiva da humanização em saúde.

O documento, de caráter técnico, está estruturado em 7 capítulos, distribuídos em 28 páginas, cujo conteúdo varia entre a fundamentação conceitual do que seja a humanização da assistência obstétrica, das obrigações e disposições legais referentes a cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), bem como informações referentes às projeções financeiras e critérios para adesão do programa nos municípios.

Ressalta-se que a criação do programa se dá um ano após a instituição da portaria de regulamentação dos centros de parto normal, que possibilitaram o funcionamento das casas de parto no âmbito do SUS.

Tornquist (2004) ressalta que apesar de constituir-se como marco histórico e emergir de um contexto em que o movimento pela humanização no Brasil começava a ganhar força e relevância internacional, o PHPN não incorpora em seu conteúdo o adensamento das questões e demandas discutidas no âmbito dos movimentos sociais e dos profissionais do parto, sendo considerado, principalmente, como uma ferramenta de gestão.

Dentro do recorte analítico proposto, destacamos um dos pontos considerados como prioridade de acordo com o programa, chamando a atenção para a inclusão das parteiras tradicionais no escopo de ações estratégicas para a qualificação da assistência:

[...] ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes. (BRASIL,2000, p.5).

Em documento elaborado pelo MS no ano de 2010, encontra-se o relato de uma década de experiências realizadas no âmbito do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (Brasil, 2010). No referido documento, destaca-se a heterogeneidade da assistência ao parto e nascimento no país, chamando a atenção para as regiões Norte e Nordeste, onde há uma predominância no acompanhamento feito por parteiras tradicionais.

A referência a esse programa nos orienta no sentido de construir uma reflexão que projeta os saberes locais e tradicionais para o centro da discussão, compreendendo a importância de estabelecer trajetórias de diálogo como o saber científico, quando pensamos em qualificar a assistência. Destacamos a perspectiva trazida por Jara, onde afirma que:

[...] lamentavelmente, convivemos com um paradigma científico que não valoriza o conhecimento empírico, o saber local, e apenas põe ênfase no conhecimento acumulado, no saber constituído academicamente. É um erro. A sistematização de experiências é uma grande possibilidade para que se expressem, se desenvolvam e se divulguem os conhecimentos e saberes locais, que têm muito o que contribuir para o enriquecimento do pensamento científico. (JARA, 2001, p.[4-5]).

Pode-se afirmar, a partir dos documentos analisados, que a premissa básica do movimento pela humanização do parto e nascimento, reivindica, historicamente, não a substituição ou negação do saber médico. Ao contrário, propõe enxergar as inúmeras possibilidades de articulação entre as diferentes tecnologias de assistência.

Portanto, o desenvolvimento de ações de capacitação e qualificação da assistência, como no caso das parteiras, é de grande relevância para a trama aqui apresentada.

Ainda no terreno das tensões e disputas simbólicas pela produção do conhecimento e hegemonia do saber, lembramos a existência dos conflitos internos, no campo científico, que marcam a trajetória da enfermagem obstétrica, na luta por reconhecimento e paridade quando se discutem as habilidades e competências na assistência ao ciclo gravídico puerperal de risco habitual. O itinerário de constituição da CP no Rio de Janeiro está profundamente marcado por esses quebra-cabeças de muitas peças.

Rufino (2018) afirma que uma “pedagogia das encruzilhadas” se faz necessária, no sentido de revelar caminhos para a compreensão dos processos onde o saber e a prática ancestral se manifestam em oposição ao *status quo* do racionalismo colonial. Marteleto e Valla (2003) apontam que:

Para situar a questão informacional nos ambientes do conhecimento social, estudam-se os processos pelos quais o diálogo, a disputa, o estranhamento e o compartilhamento entre diversas formas de saber podem produzir matéria informacional e interação comunicacional para que os diferentes saberes sociais se convertam em cultura, isto é, modos de pensar, sentir e atuar no cotidiano para a transformação da sociedade e o fortalecimento de identidades coletivas e individuais. (MARTELETO E VALLA, 2003, p. 11).

Ao que tudo indica, a consolidação de um modelo obstétrico que contemple as muitas variáveis culturais e sociais de um país como o nosso, parece prescindir de um movimento fundamentado essencialmente na construção de uma espécie de ação informacional pedagógica implicada em produzir uma “nova cultura” do ritual de nascimento.

Nesse sentido, ressaltamos os aspectos conceituais referentes ao projeto de humanização presentes no PHPN, definidos a partir dos dois elementos fundamentais elencados abaixo:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido [...]de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL,2000, p.6)

As iatrogenias ou “práticas intervencionistas” nomeadas no documento ressaltam uma das características mais marcantes que constituem a prática da obstetrícia moderna, que como já falamos anteriormente, trabalha na perspectiva da gravidez enquanto condição patológica.

Nessa configuração, não só o documento afirma o compromisso com a qualificação da assistência a partir dos ideais da humanização, como também valoriza a inclusão de outros saberes, reconhecendo o protagonismo social dos sujeitos implicados na experiência do nascimento, especificamente a pessoa mulher.

Na instância operacional, o documento visa a orientação para que os gestores possam definir suas estratégias de ação, apresentando os critérios para o repasse

financeiro, indicando as especificidades em cada seguimento referentes ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério.

Sendo assim, aponta-se a existência de três componentes que constituem o programa: “Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal; Componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; Componente III – Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto”. (Brasil, 2002, p. 9).

Por fim, o documento apresenta os aspectos que constituem a construção dos indicadores do processo, com o intuito de avaliar a eficácia das ações e dispõe sobre os critérios para habilitação e planejamento do programa nas esferas municipais.

Ainda que no plano macro o documento possa ser definido pelo caráter tecnocrata que o constitui (Tornquist, 2004), ressalta-se a importância conferida ao seu conteúdo, na medida em que materializa e evoca no âmbito institucional, uma nova perspectiva política de gestão e cuidados para a assistência obstétrica no país.

Nesse contexto, afirmamos que o documento, apesar de dar maior importância aos aspectos técnicos da assistência, não deixa de ser considerado um marco importante de fundamentação e legitimação das demandas apresentadas pela sociedade. Não apenas porque institui novas abordagens em termos de melhoria na assistência como um todo, mas, principalmente, por que confere sustentação política e econômica, de fato, à incorporação das casas de parto e centros de parto normais como política pública de saúde e que, portanto, contribuiu diretamente para a criação da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Em termos de sua relevância para a sustentação teórica da Casa de Parto como instituição que oferece uma assistência diferenciada das terapêuticas tradicionais de caráter tecnocrático, mesmo que de forma tímida, o documento ressalta a importância de aspectos fundamentais que contemplam a renegociação dos sentidos e amplia os canais de debate em relação ao tema da humanização do parto e nascimento nas instituições de saúde. Reconhece os saberes ditos não-científicos, no caso das parteiras tradicionais, tanto quanto confere estatuto de importância à qualificação da experiência,

o que podemos compreender como uma tentativa de diluir o caráter hegemônico de uma assistência que desconsidera os contextos e subjetividades singulares das mulheres durante o processo que compreende o ciclo gravídico puerperal, sugerindo novas formas de acolhimento seja no fornecimento de informações, seja nas práticas educativas que envolvem o pré-natal, seja na conformação de uma rede integrada de cuidados.

2) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Em primeiro lugar, destacamos a gênese histórica do processo de elaboração da PNAISM, que tem como pano de fundo o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1984.

Paralelamente ao processo de consolidação e criação do SUS, através do movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980, tem-se a emergência de um novo paradigma da saúde da mulher, na medida em que a articulação do movimento feminista promove uma ruptura com o perfil das políticas vigentes até aquele momento. Considera-se o PAISM com um marco histórico para a formulação das políticas públicas nas décadas seguintes.

A elaboração do PNAISM, em 2004, buscou apresentar uma nova configuração de diretrizes e princípios para humanização da assistência em saúde da mulher, a partir da análise de dados epidemiológicos, compreendidos, principalmente, em sua dimensão social.

O documento é dividido em 9 capítulos, além dos elementos pré/pós textuais, distribuídos em 82 páginas. Não nos deteremos em uma análise aprofundada de cada capítulo, mas sim no recorte dos aspectos relevantes para a análise de acordo com os critérios estabelecidos.

Logo no capítulo inicial “Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero”, temos a apresentação de uma problematização entre a ideia que pairava sobre a concepção do que seria a saúde da mulher, onde predominava uma perspectiva da categoria mulher-mãe, ou seja, compreendida apenas enquanto um corpo que reproduz outro, produzindo o apagamento de reflexões sobre gênero e direitos sexuais, por exemplo.

Aponta para a adoção de uma nova perspectiva sobre o conceito de saúde e da ampliação do olhar qualitativo para a saúde da mulher definidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, conforme destacado abaixo:

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (CIPD, 1994). (BRASIL, 2004, p.11).

No entanto, o documento ressalta que:

Apesar do avanço em relação a outras definições, o conceito da CIPD fica restrito à saúde reprodutiva e não trata a saúde-doença como processo na perspectiva da epidemiologia social, o que vem sendo bastante discutido desde o final dos anos 60. (BRASIL, 2004, p.11)

No capítulo seguinte, “Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher”, temos a apresentação de um panorama histórico das políticas existentes, “que traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais”. (BRASIL, 2004, p.15).

A verticalidade e a fragmentação aparecem como características predominantes nesse cenário. Na página seguinte, temos o reconhecimento da atuação social como fator chave para as transformações ocorridas posteriormente, ressaltando a importância da articulação e mobilização social das mulheres. Como demonstrado na seguinte descrição:

As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos. (BRASIL, 2004, p.16).

É nesse contexto que temos a elaboração do PNAISM, como marco histórico de grande relevância para a saúde da mulher, favorecido pelo cenário de construção das políticas de humanização.

Esse preâmbulo histórico nos permite de imediato a contemplação de uma categoria analítica fundamental: a participação social como pressuposto basilar na conformação dos princípios e diretrizes da PNAISM, e do próprio sistema de saúde como um todo.

No capítulo “Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, a partir da perspectiva da Integralidade em saúde, destacamos o seguinte trecho:

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. (BRASIL, 2004, p.64).

Ainda no sentido de garantir a ênfase na participação social e articulação intersetorial para formação de redes colaborativas, destacamos os seguintes trechos:

No processo de elaboração, execução e avaliação das Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher. (BRASIL,2004, p.65).

As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados. (BRASIL,2004, p.65).

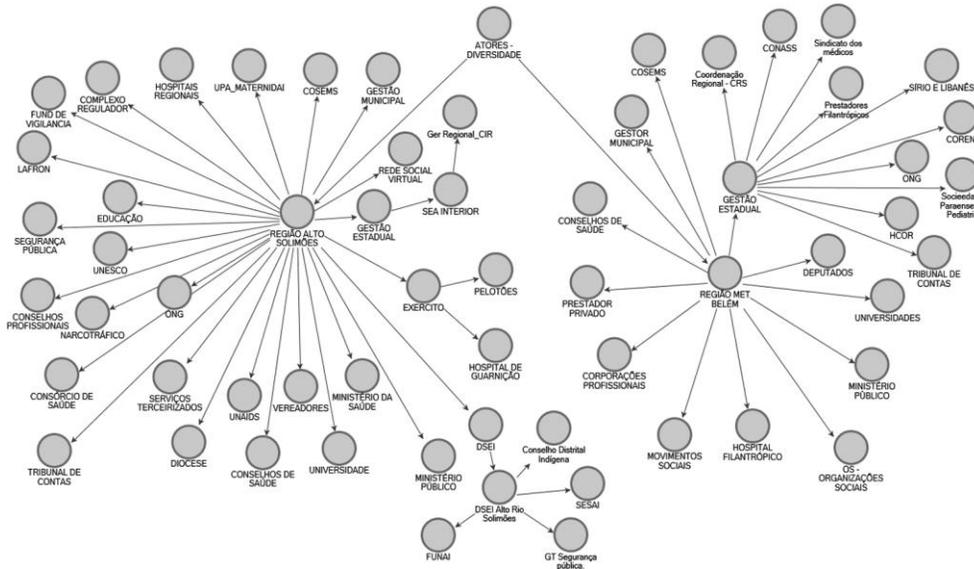
Temos assim um deslocamento e reconfiguração das práticas de saúde consideradas verticalizadas, onde há um processo nítido de tomada de consciência no sentido de garantir a centralidade da mulher, conferindo-lhe o papel de agência no que se refere à sua saúde.

Quanto à formação das redes de cuidados, temos, de um lado, a formação de redes integradas no plano institucional/formal e, por outro lado, temos as redes informais ou aquelas que emergem na esfera social coletiva. Como veremos adiante, no domínio

dos planos e ações das políticas de qualificação do parto e nascimento, temos na criação da Rede Cegonha um dos mais representativos programas organizados a partir da ideia de rede integrada.

Ressalta-se que a integração das diferentes redes de atenção, constitui processos de governança em saúde. Um estudo realizado em 2018, na região Norte do país, buscou apresentar de que forma se estabelecem os diferentes elos entre os atores de uma rede de saúde. No estudo, a partir da combinação e aplicação de um desenho metodológico ancorado em uma perspectiva mista, através de estudo de casos múltiplos, análise documental e análise de redes, foi possível identificar, por exemplo, a diversidade dos atores que constituem uma rede de governança em saúde, representados graficamente na figura abaixo:

Figura 3 - Diversidade de atores na governança em saúde - Regiões do Alto Solimões e Metropolitana de Belém



Fonte: CASANOVA *et al.* (2018)

Para a análise foram considerados os seguintes informantes-chave, o que possibilitou a construção da rede: gestor estadual, gestão municipal, área técnica – SES, Comissão Intergestores Regional (CIR), Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Universidade, Consórcio

Público de Saúde. A estrutura da rede está orientada a partir dos seguintes aspectos: Recursos, Percepções e Regras. De acordo com os autores:

Os atores são aqueles que participam do espaço de governança, indivíduos, grupos ou redes, com interesse sobre um determinado problema que interagem conformando redes, com recursos diferenciados e os utilizando, em relações de poder, a fim de influenciar o processo de governança. (CASANOVA et al. 2018. p. 3165).

Em síntese, o estudo aponta que “a diversidade de atores está mais relacionada com a capacidade de articulação do estado e da capital na implementação de políticas” (p.3173). Em relação à presente pesquisa, podemos traçar um paralelo afirmando que uma ação política estratégica, no que diz respeito à implementação de políticas públicas, fomenta o envolvimento dos diferentes atores e instaura processos de mobilização social, caracterizado por um movimento de retroalimentação, como vimos anteriormente, na seção de fundamentação dos ciclos das políticas públicas e, portanto, de governança.

Em uma visão geral das propostas do PNAISM, percebe-se o desenrolar de uma nova identidade e posicionamento frente à condução e execução das políticas públicas voltadas para as mulheres, consideradas não a partir de uma ideia homogênea, mas a partir, justamente, da diversidade de contextos e recortes necessários (étnicos-raciais, de classe, de orientação sexual) e de atores. Nos capítulos que tratam dos objetivos gerais e específicos do Programa e estratégias para a implementação do mesmo, encontramos a seguinte recomendação:

Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes: – construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; – qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios; (BRASIL, 2004, p.69).

A ideia central é que essa reconfiguração só pode ser viabilizada em virtude de um amplo processo de mobilização social, pela via da mediação de saberes, tomando como exemplo o movimento de parteiras tradicionais, movimento feminista em seus diferentes segmentos, (negras, indígenas, LGBTQIA+), aliados a uma mobilização interna de modificação no próprio campo científico, em ações de “negociação da realidade” e “disputa de sentido” em processos de produção e circulação de informação,

cuja apropriação e redefinição, com efeito, culminam na construção de um novo ou "terceiro conhecimento" (Marteleto, 2013; Davallon, 2003).

Ainda em relação à produção e disputa de sentidos, na perspectiva da mediação, Marteleto (2009, p. 20) afirma que: "Sob o ângulo da construção de sentidos, a noção se fundamenta no fato de que os sentidos não são imanentes aos objetos, mas são construídos processualmente por sujeitos interpretantes, apoiados em linguagens e dispositivos."

É nesse contexto em que se encontram em ascensão mais efetiva as negociações de sentido sobre a experiência do parto, nascimento e pós-parto nas instituições de saúde, caracterizadas por um condicionamento cultural onde predominam práticas iatrogênicas de tais processos.

Essas modificações conformam igualmente ações e movimentos orgânicos, que acompanham, de certa forma, uma mudança no quadro político brasileiro. Sob a gestão do então ministro da saúde José Serra, que assumiu a pasta entre os anos de 1998 e 2002, ocorreram grandes avanços nas pautas relacionadas à humanização do nascimento. A resolução que institui os centros de parto normal, é um dos exemplos.

No entanto, ressaltamos que foi sob a gestão presidencial de Luís Inácio Lula da Silva, entre 2003 e 2010, que o contexto político se mostrou favorável às pautas reivindicadas pelo movimentos de mulheres e pelos diversos movimentos sociais, na medida em que houve uma ampliação da zona dialógica entre Estado e sociedade. Tornquist (2004) aponta que:

A capacidade de negociar sentidos tem sido de suma importância no campo dos movimentos sociais, pois mostra que, apesar de diferentes concepções, pessoas e grupos de ethos e crenças distintos podem estabelecer alianças e constituir identidade própria. (TORNIQUIST, 2004, p. 192).

No âmbito da administração pública, a partir da perspectiva apontada por González de Gómez (2012, p. 28), o objeto informação, nesse contexto, estaria relacionado aos "[...] aos modos e problemas da integração social, na medida em que aumenta a dependência e interdependência entre diferentes atores e contextos sociais, entre diferentes saberes, setores de atividade e funções de produção e de gestão".

Novamente, ressaltamos que essas zonas de convergência política, social e econômica confluíram para a formação das redes de colaboração que deram origem a uma ampla mobilização social, e que favoreceu o cenário de criação da Casa de Parto David Capistrano Filho, contribuindo para o que podemos designar como uma “revolução”, ainda que modesta, na cultura do parto e nascimento do ponto de vista das políticas públicas do setor.

No que diz respeito aos pressupostos de qualificação da assistência e redução da mortalidade materna e infantil, a Casa representa, no campo da assistência, uma luta pelo reconhecimento das instituições lideradas pelo campo da enfermagem obstétrica e que contribui para ampliar o acesso à uma assistência qualificada, segura e democrática.

3) Caderno HumanizaSUS vol.4 – Humanização do Parto

O caderno HumanizaSUS vol.4 (BRASIL, 2014), referente à humanização do parto e nascimento, está inserido na proposta de analisar e intervir qualitativamente na melhoria da assistência, a partir das diretrizes e princípios do Plano Nacional de Humanização. Os cadernos de textos incluem temáticas diversas no campo da saúde, onde são apresentados ensaios, artigos e relatos de experiências de acordo com a temática analisada.

O caderno analisado está estruturado em três blocos, distribuídos em 467 páginas, divididos da seguinte forma: Bloco 1- Histórico do Modelo de Atenção ao Parto e ao Nascimento com que Trabalhamos; Bloco 2 – Modos de Fazer; Bloco 3- Relatos de Experiência.

Para atender às categorias de análise estabelecidas previamente, atentaremos para as seções do documento correspondentes ao seguinte recorte: Fóruns Perinatais no Âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia legal e Nordeste”; Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil”, localizados no: “Bloco 2 – Dos modos de fazer.”

Ressalta-se a inclusão de categorias relevantes para o cenário de humanização, novamente contemplando o conhecimento produzido a partir da convergência de

diferentes atores sociais. Incluem-se aí as *doulas*, as parteiras tradicionais e os povos tradicionais indígenas.

Inicialmente destacamos o contexto específico de elaboração do caderno, fundamentado da seguinte forma:

[...] dar visibilidade a experimentações no bojo do Plano de Qualificação de Maternidades/Rede Cegonha, que tem se incluído no movimento pela humanização do parto e do nascimento ao agregar forças e formas de ação diversas na luta pela cidadania de mulheres, de crianças e de suas famílias, experimentando e ousando exercitar o direito à saúde que não se conquistou pela sujeição a formas de ação nem a uma forma-mulher prescrita. (BRASIL, 2014, p.7).

As experiências e artigos apresentados tomam como estratégia metodológica de análise temática o conceito de Apoio Institucional baseado no seguinte pressuposto:

[...] o Apoio Institucional foi a força motriz para envolver os sujeitos e os coletivos, problematizar valores instituídos, desnaturalizar práticas e, assim, produzir novas práticas de assistência e gestão pré-natal, neonatal e obstétrica, enfim, questionar, modificar e qualificar modos de cuidar e gerir no SUS. (BRASIL, 2014, p.8).

Os fóruns perinatais produzidos a partir da experiência do PQM são entendidos aqui como:

[...]dispositivo potente de envolvimento, de mobilização e de compromisso dos trabalhadores, gestores e sociedade civil no apoio à implementação das práticas adequadas de atenção no parto e no nascimento, atendendo aos direitos em saúde de mulheres e de crianças. (BRASIL, 2014, p.8).

Além da proposta de reeditar saberes e práticas (MARTELETO, 2009), os fóruns parecem se constituir no sentido de contribuir para o surgimento de redes, a partir da perspectiva da cogestão, como podemos observar no trecho abaixo:

[...] espaço para compreender, analisar os indicadores da atenção à saúde da mulher e da criança, construir narrativas sobre os problemas, compartilhar decisões e escolhas coletivas, as dúvidas e explicitar e trabalhar os conflitos. E, dessa forma, propicie o agenciamento entre sujeitos e unidades de saúde, possibilite a apropriação de estratégias e tecnologias para implementar ações de qualificação dos serviços, do cuidado, da gestão. Além de atender ao objetivo da constituição efetiva de redes, esse movimento também otimiza e potencializa as agendas e o estabelecimento dessas trocas. Significa ainda criar coletivamente as condições de viabilidade para que as ações redundem em mudanças do modelo obstétrico e neonatal. (BRASIL, 2014, p.83).

Julgamos importante destacar os fóruns perinatais, pois como veremos adiante, essas experiências se mostram fundamentais para a articulação social no plano local, mediando a troca informacional e produzindo novos conhecimentos sobre a realidade obstétrica, considerando a interlocução entre as diferentes instâncias de gestão, com ampla participação social, caracterizando-se como:

[...] lugar, onde várias instâncias, entidades e instituições e sociedade civil se reúnem para análise de situações e de dados, transformando-os em informações, para exercerem a tomada coletiva de decisões e também a responsabilidade pela implementação de atividades e tarefas. É também um arranjo em que não se fundamentam apenas a noção de controle social, ou de multiplicidade de vozes que representam muitos interesses, mas que combinam autonomia e compromisso de responderem a necessidades deste segmento de mulheres-gestantes, de parturientes, de puérperas e de recém-nascidos. (BRASIL, 2014, p.85).

Da forma como foi concebido, podemos compreender a importância dos fóruns perinatais a partir de três aspectos fundamentais que contemplam uma cosmovisão das orientações teóricas em que se baseia a presente pesquisa: dispositivos institucionais como ferramenta de mediação para a/ e a partir da/ produção compartilhada de conhecimentos; a constituição e o papel fundamental desempenhado pelos atores organizados em redes; e a ação social transformadora pautada na esfera da “governabilidade”. Nesse sentido, destacamos da citação acima a articulação dos termos dados, informação, culminando na produção de novos conhecimentos para a tomada coletiva de decisões.

Bernd Frohman utiliza as considerações de Foucault sobre os enunciados para afirmar, a partir de uma perspectiva dos estudos da documentação, que as práticas documentárias institucionais conferem massa, inércia e estabilidade aos enunciados “que materializa a informação de forma tal que ela possa configurar profundamente a vida social.” (FROHMAN, 2008, p. 7).

Portanto, julgamos oportuno afirmar que a produção documentária resultante dos fóruns contribui para a identificação, de acordo com o autor dos “campos de força – institucional, tecnológico, político, econômico e cultural – que configuram características públicas e sociais da informação.” (FROHMAN, 2008, p. 13), na perspectiva da atenção no parto e no nascimento e do direito à saúde da mulher e da criança.

Em Agambem (2005) encontramos uma via de compreensão a respeito da noção de dispositivo a que faz referência o documento, que o destaca em sua dimensão estratégica, inscrito em jogos de poder, sendo fruto da própria rede que estabelece entre os diferentes elementos que o constituem (discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas etc.) (AGAMBEM, 2005, p 9).

Contudo, é em (MARTELETO; COUZINET, 2013) que encontramos a via de compreensão dos dispositivos e suas “zonas de mediação”, a partir da síntese a seguir:

É relevante considerar que o dispositivo info-comunicacional está associado aos quadros de ação dos sujeitos que o constituem, inseridos em determinadas estruturas e redes de relações e limitações que circunscrevem os usos e as apropriações dos conhecimentos, das técnicas e das informações. Nesse âmbito, é relevante indagar a respeito dos sujeitos e como eles intervêm na construção ou na desconstrução dos dispositivos enquanto uma rede de elos sociais que ligam o produtor da informação, aquele que permite a circulação por meio de artefatos técnicos, o que intervêm para facilitar a sua difusão, e aquele que se apropria da informação (MARTELETO; COUZINET. p. 4).

Destaca-se a natureza dos fóruns como preâmbulo daquilo que mais tardiamente se constituiria como uma das mais representativas e robustas iniciativas do governo em termos de política para assistência ao ciclo gravídico puerperal: a Rede Cegonha. Tanto na esfera nacional, quanto na esfera local, a Rede Cegonha, enquanto política pública, pode ser considerada uma resposta concreta do Estado, face aos problemas e demandas apresentados pelo conjunto de atores sociais, profissionais e acadêmicos, no que diz respeito à problemática da assistência obstétrica, construído coletivamente.

A seguir, nos debruçaremos sobre as considerações acerca do papel desenvolvido pelos “movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento”.

O capítulo que trata dos movimentos sociais pela humanização do parto é apresentado a partir do artigo escrito por sete autores, sendo um obstetra, uma médica epidemiologista, uma médica sanitária, uma *doula* e educadora em saúde, uma assistente social especialista em redes e família, uma fisioterapeuta especialista em saúde pública, e uma enfermeira obstétrica. Ressalta-se a filiação de todos os autores do artigo à Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa).

O documento, de caráter interdisciplinar, apresenta como categorias contemplativas iniciativas locais e nacionais que constituem o pano de fundo do movimento pela humanização no país. Temos assim, relatos sobre a experiência de:

[...] atuação de um movimento nacional, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNA); um movimento local, vinculado à comunidade onde se localiza o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG; o movimento das *doulas*; o das parteiras tradicionais; e o das mulheres.

Em primeiro lugar o documento aponta a necessidade de compreender o contexto paradigmático da assistência obstétrica no país, que levou e incitou as mobilizações em torno tema da humanização das práticas. Esses paradigmas foram explorados na seção do referencial teórico e dizem respeito à separação dos modelos tecnocrático, humanista e holístico.

Há ainda no Brasil o predomínio da assistência considerada tecnocrática, ou seja, aquela em que o corpo da mulher é constituído pelo seu potencial de máquina ou de corpo objetificado. Nessa perspectiva temos então uma:

[...] máquina física defectiva em essência. Como consequência, a paciente aliena-se do processo de cura, as intervenções externas tecnológicas ampliam-se em intensidade e profundidade e ela termina por ser segmentada, particionada e desmembrada, como peças avulsas de maquinaria sofisticada, porém passível de compreensão analítica. (BRASIL, 2014, p.112).

Historicamente, como aponta Martins (2010, p. 97) “a obstetrícia procurou colocar em prática a máxima do conhecimento científico [...] construindo um saber institucionalizado a respeito do corpo da mulher”, constituindo-se assim em “um estudo preciso, quase matemático, ao transformar o corpo materno num espaço analisável, mensurável e passível de intervenção.”

A ideia de humanização na assistência obstétrica nasce, então, com o intuito de desconstruir a ideia de uma assistência pautada em práticas hegemônicas de domínio do processo de parturição, e em contrapartida a um comportamento descrito como “violento” em determinadas situações. Daí o surgimento do termo “violência obstétrica” para designar práticas de intervenção autoritárias e sem valor científico em hospitais e maternidades brasileiras.

DINIZ, (2005) ao analisar a história e os sentidos que precedem uma sistemática das políticas de humanização do nascimento, tal qual conhecemos atualmente, afirma que, na medida em que o parto era compreendido enquanto um evento terrificante, produziu-se um novo paradigma cultural que a autora define como um processo de “apagamento da experiência” como descrito a seguir:

O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou *twilight sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolve uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. (DINIZ, 2005, p. 628).

No Brasil, de acordo com a autora, o método foi desenvolvido a partir da criação de uma substância denominada “Lucina”, uma mistura de cafeína com morfina, cujo nome é uma referência à deusa da mitologia romana Juno, ou Hera para os gregos.

De acordo com (COMMELIN, 1975, p. 32), Juno “presidia às núpcias, aos casamentos e aos partos. Então, segundo o caso, era invocada sob os nomes de Pronuba, Juba, Lucina, etc...”. Ainda de acordo com o autor citado, Juno teria sofrido repetidas agressões e maus tratos de Júpiter, seu esposo. Tinha extrema aversão por mulheres inconstantes e delinquentes e perseguia todas as concubinas de Júpiter, bem como a todas as crianças nascidas de seus adultérios.

Para além da escolha de um arquétipo mitológico controverso para nomear uma substância prejudicial à saúde materna, podemos pensar que, embora extintas, tais práticas compõem a essência dos questionamentos trazidos pelos movimentos de humanização. Ou seja, ainda que os métodos de controle do processo de parturição tenham se modificado, pode-se afirmar que a tentativa de “apagamento” da experiência ainda permanece como resquício.

A técnica da cesariana aparece em um cenário marcado por intensa padronização tecnocrática da assistência obstétrica, não mais como uma tecnologia de intervenção emergencial, mas assume agora o *standart* na prática obstétrica, que minimiza os “incômodos” provocados pelo processo de parturição, além de aumentar a segurança

para a mulher e o bebê. Esse discurso favoreceu a utilização da cesariana enquanto via de nascimento predominante no país, configurando-se, posteriormente, como elemento de distinção entre as mulheres que podiam ou não ter acesso a essa tecnologia. Temos, de acordo com o documento, que:

Este quadro se consolidou na segunda metade do século XX, fase política muito difícil do País, sem circulação de informação. Crescia o entusiasmo com a industrialização e essa abordagem também se instalou nos serviços de saúde (RATTNER, 2009), tendo aumentado os nascimentos por cesárea, que assumiram características de bem de consumo (RATTNER, 1996). (BRASIL, 2014, p.114).

A citação acima nos fornece dois elementos importantes para análise que dizem respeito tanto à consolidação de uma paradigma de assistência acrítico e altamente tecnocrático e, por outro lado, demonstra a relevância dos processos de informação em saúde, na perspectiva do direito à informação.

A autora aponta o período da ditadura militar, instaurada no Brasil entre os anos de 1964 e 1985, como um obstáculo à circulação de informação no país. A luta pela estruturação de um sistema de saúde público, na perspectiva do direito à saúde como oferta política do Estado, ocorre em meio a um cenário marcado pela repressão dos governos militares.

O controle e censura da informação pelo governo constituiu-se como um aspecto político de grande relevância, que contribuiu para um quadro geral de desinformação da população e que marca um período sombrio, não apenas na esfera da imprensa brasileira, mas também no âmbito de produção e circulação do conhecimento científico no Brasil. Podemos compreender a desinformação como uma estratégia política de manutenção de poder, a partir das seguintes características:

[...] ignorância, a intolerância e/ou a má fé. Ignorância por parte da população, que não encontra fontes contrárias às condutas que lhes são apresentadas, portanto desconhece outras condutas possíveis para construção de seu conhecimento. Intolerância por parte do Estado, porque reprime e caça todo pensamento e ideologia que vai contra o que zela. E má fé, já que é um movimento consciente por meio dos representantes do Estado, que assegura a manutenção de seus interesses, e doutrina a população. (JARDIM; ZAIDAN, 2018, p. 5).

As práticas de desinformação, nesse cenário, aliadas ao discurso tecnológico e industrial marcaram o início de um processo de padronização, principalmente nos serviços de saúde privados, da cesariana como via de nascimento, bem como viabilizaram a construção gradual dos discursos e práticas de iatrogênicas do ciclo gravídico puerperal nos serviços de saúde de um modo geral.

Indicadores da pesquisa *Nascer no Brasil*, citada anteriormente, apontam que 70% das mulheres que iniciam o pré-natal afirmam ter o parto normal como primeira opção. No entanto ocorre uma mudança nesse panorama a medida que a gestação avança. Esse fenômeno pode ser atribuído em parte, de acordo com a referida pesquisa, às práticas de assistência que desencorajam as mulheres a optarem por esse tipo de parto, e em parte pela dificuldade de acesso à informação adequada.

Nesse sentido, é pertinente destacar algumas considerações a respeito da informação em saúde, em sua dimensão histórica, política, econômica e social, que nos servem de referência para pensar práticas atuais, considerando o caráter residual, a partir do contexto descrito acima.

Moraes e González de Gómez afirmam que: “A atual *práxis* informacional em saúde se constitui em uma limitante aos avanços necessários para ampliar a capacidade de resposta do Estado brasileiro, na busca pela melhoria da situação de saúde”. (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007, p.555).

Numa reconstrução histórica e social da gênese informacional em saúde, as autoras apresentam um diagnóstico preciso dos paradoxos a partir dos quais se estruturam a intersecção entre esses dois campos científicos. A crítica se constrói no sentido de apontar a fragmentação das informações em saúde na esfera governamental como categoria de manutenção do poder hegemônico do mercado e da biovigilância estatal:

As informações em saúde, nos moldes como se expressam até os dias atuais, consolidaram-se como um dos instrumentos estratégicos [...] ao amplificar, paulatinamente, o “olhar do médico” sobre o corpo do paciente para o “olhar dos aparelhos de Estado” sobre os “corpos das populações”, constituindo-se em espaço de disputas de relações de poder e produção de saber. (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007, p. 555).

Em contrapartida, as autoras apontam como caminho possível a constituição de um intercampo de informação e informática em saúde, que:

[...] se consubstancia tanto a partir de uma epistemologia que tenha por referencial a abordagem transdisciplinar, quanto da consolidação de um processo político-histórico de construção institucional, espaço portador de potência e relevância: intercampo político-epistemológico. (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007, p. 560).

Chamamos a atenção para um aspecto fundamental da análise das autoras, que apresenta como perspectiva organizacional a necessidade de uma estrutura informacional que tenha como característica uma “instância formalizada dedicada à informação e informática em saúde (IIS), conformando novas arenas e atores em uma ação política em forma de rede”. (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007, p. 562).

O desenvolvimento de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PIIS), pensada a partir das considerações acima, culminaria, finalmente, na inscrição do sujeito informacional em decisões relativas à informação em saúde, não mais concentradas nos “especialistas”, que é capaz de fortalecer os processos de emancipação social e de sustentar o “estabelecimento de um pacto ético da solidariedade na práxis da atenção à saúde em um amplo movimento voltado para manter o encantamento e a esperança no SUS”. (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007, p. 564).

No que diz respeito à consolidação do modelo de atenção obstétrica discutido anteriormente, que por sua vez está intrinsecamente ligado à questão da informação, considerada a partir da perspectiva acima desenvolvida, o texto destaca a atuação, na esfera institucional/profissional, de dois médicos responsáveis pelo desenvolvimento de propostas pioneiras no que tange ao paradigma da humanização.

Na dimensão continental o uruguaio Roberto Caldeyro-Barcia, cujo trabalho culminou na implantação do Centro Latino Americano de Perinatologia (Clap). E no âmbito nacional, o destaque se dá para o trabalho de José Galba de Araújo, professor da Universidade Federal do Ceará, cujo trabalho é de extrema relevância para o desenvolvimento das políticas públicas de qualificação da assistência nas maternidades brasileiras.

O trabalho de Galba caracteriza-se, nos anos 1970, pela implantação de um “sistema misto de atenção integrando ao sistema de saúde – as parteiras tradicionais, incorporando o parto domiciliar e em casas de parto”. (BRASIL, 2014, p.114). Tal feito foi reconhecido pelo Ministério da Saúde, que posteriormente atribuiu seu nome ao prêmio Galba de Araújo, instituído em 1999, de reconhecimento às iniciativas de humanização nas maternidades brasileiras.

Diante de toda a problemática que compõe o panorama da assistência ao ciclo gravídico e puerperal no Brasil, temos então a insurgência de muitos e diversos movimentos contrários à estabilização e padronização desse modelo de assistência.

No Caderno HumanizaSUS, elaborado pelo Ministério da Saúde, são destacadas como iniciativas mais marcantes no processo histórico dos movimentos de humanização, a equipe do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte/MG; o Hospital São Pio X, de Ceres (GO); a Maternidade Leila Diniz (RJ); a Casa de Partos Nove Luas, Lua Nova (RJ)⁷; o Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas; a parteira Ângela Gehrke da Silva, cujo nome foi dado à primeira casa de parto de São Paulo.

Uma característica em comum de todas essas iniciativas, é que suas configurações comportam a intersecção de saberes, o compartilhamento de experiências, e apostam na ação coletiva como via de transformação social, representada pelo ideário da humanização.

Como recorte da pesquisa, no tópico que trata dos movimentos sociais, nos deteremos na atuação da REHUNA, por entender a relevância dessa rede para o que se delineou em termos de relações de governança e políticas de humanização e no estabelecimento de um canal dialógico entre os atores.

Destacamos aqui a perspectiva apontada por Marteleto, quando afirma que:

O intercâmbio, o fluxo, o uso e a apropriação de informações dependem, por sua vez, da capacidade de indivíduos, grupos e organizações de se associarem para o aprendizado, o compartilhamento, a mobilização e a ação coletiva em redes sociais. (MARTELETO, 2010, p.27).

⁷ A Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova foi uma instituição da rede privada que funcionou entre 1993 e 1999, no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. (ANJOS, 2020). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49646>. Acesso em: dez/2021.

Está documentado que as ações da REHUNA foram decisivas para a difusão de conhecimentos, realização de eventos e organização de campanhas, buscando contribuir para a formulação de políticas públicas referentes ao tema da humanização. (BRASIL, 2014).

Sabemos que a posição dos atores em uma determinada rede define a centralidade e relevância do papel por ele a ser desenvolvido. Nesse sentido, ressaltamos que a REHUNA se constitui enquanto uma rede que comporta integrantes de diferentes campos de atuação acadêmica, profissional e social, mas é, principalmente, encabeçada por atores oriundos da própria classe médica, o que pode designar, em parte, a eficiência dessa rede em conquistar importantes canais de interlocução na esfera política.

Salienta-se a contribuição da REHUNA para a divulgação de informação científica através das Notas sobre Nascimento e Parto, do Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (Genp). Também organizou a tradução e distribuição do importante documento publicado pela OMS, *Care in Normal Birth*, que já incorporava muitas das reivindicações do movimento pela humanização, e foi “distribuída com o material do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde, a todos profissionais filiados à Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstétricas (Abenfo)”. (BRASIL, 2014, p. 117). A rede foi responsável ainda pelas ações de midiáticação, fazendo com que o tema da humanização ganhasse maior visibilidade nos meios de comunicação.

As ações da Rede tiveram grande impacto no município do Rio de Janeiro. Ainda nos anos 90, a REHUNA foi responsável pela implementação das ações de humanização na maternidade Leila Diniz, que serviu como referência para outras maternidades do município. Ainda nesse contexto, garantiu a implementação da lei do acompanhante, fundamental para o exercício da cidadania e respeito às usuárias do sistema de saúde. Destaca-se também a atuação da rede nos conflitos que envolveram a implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Em 2012, o Cremerj protagonizou episódios que resultaram em duas significativas manifestações públicas dos movimentos sociais pela humanização do parto e nascimento. Uma matéria apresentada em programa jornalístico, que discutia parto domiciliar, foi o estopim para as duas marchas que ocorreram na cidade do Rio de Janeiro.

Após os comentários favoráveis de um profissional médico ao parto domiciliar, o Cremerj “publicizou sua intenção de denunciar esse médico ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo, para punição por seu posicionamento favorável ao parto domiciliar.” (BRASIL, 2014, p. 125).

O que se seguiu foi uma intensa mobilização, articulada pela entidade Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa- que organizou e idealizou a Marcha do Parto em Casa, como ação de repúdio às declarações do órgão médico:

A MPC foi organizada em três dias, por meio de redes sociais, e realizada nos dias 16 e 17 de junho, com manifestações em 31 cidades do Brasil e uma no exterior, para afirmar os direitos das mulheres a escolhas informadas, à sua integridade física e a experiência saudável de parto. (BRASIL, 2014, p.126).

Após as manifestações, o Cremerj publicou duas resoluções (nº 265 e nº 266/2012) de teor controverso, onde proibia os profissionais médicos de atenderem partos domiciliares ou mesmo de atuarem como *backup* em caso de transferência para uma unidade hospitalar. A outra resolução tratava de proibir médicos que exerciam cargos de diretoria em hospitais, de aceitarem os serviços das seguintes profissionais: *doulas*, parteiras e obstetrias.

A segunda manifestação, denominada Marcha do Parto, ocorreu em meio à ação protocolada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ), contrária às resoluções, que conseguiu liminar para revogação das mesmas.

Por intermédio da REHUNA, o movimento conseguiu reunir-se com o então ministro da saúde Alexandre Padilha, obtendo apoio e acolhimento das demandas, uma vez que as categorias afetadas pelas resoluções configuravam como parte das políticas públicas desenvolvidas pelo próprio Ministério da Saúde.

Por fim, destacamos a seguinte consideração apresentada no documento, que expõe de forma sintética a importância das mobilizações sociais para o desenvolvimento e garantia das políticas públicas e, conseqüentemente, de respaldo institucional da própria Casa de Parto David Capistrano Filho:

Políticas sociais são estruturadas como resposta às reivindicações sociais, já que a função dos governos é equilibrar os interesses dos diversos segmentos sociais. Em geral, quando essas vozes não se fazem ouvir, são ignoradas nas políticas públicas. E os movimentos sociais crescem e se desdobram em movimentos de *doulas*, de parteira urbana, de parteiras tradicionais e o fulcro da assistência, o movimento das mulheres, que se evidencia nas marchas do parto. (BRASIL, 2014, p. 127).

A reivindicação dos movimentos sociais implicados na luta por mudanças nas ações de atenção à saúde da mulher tem como princípio norteador a perspectiva de uma assistência humanizada em oposição à constante violência institucional a que é submetida essa parcela da população.

Assistência humanizada nas diferentes fases e ciclos em saúde da mulher pressupõe uma prática de assistência baseada na propagação e garantia dos direitos humanos. A violência institucional, que é também de raça e de gênero, de acordo com o documento analisado, constitui-se como fator chave que se desdobrou em inúmeras iniciativas e grupos de movimentos sociais no país. Para Tornquist:

A recorrência de casos de negligência, de inacessibilidade a informações, de tratamento humilhante, maus tratos e danos corporais na hora do parto, não é desconhecida: está presente na pauta dos movimentos feministas ligados à saúde, bem como a esterilização feita sem consentimento, associada à cesárea e à falta de leitos nos centros urbanos. (TORNQUIST, 2004, p. 13).

São muitas e diversas as organizações e ações promovidas pelo movimento de mulheres no campo político das ações em saúde, iniciativas que tiveram papel de relevância e ainda hoje configuram-se como ponto de resistência e luta constante por melhorias seja no campo acadêmico, profissional ou na arena social, a rede de mulheres que se mobilizou ao longo das décadas é a essência desse movimento.

Diniz (2005) afirma que o movimento pela humanização do parto ocorre simultaneamente em diferentes lugares do globo e é, em sua maioria, protagonizado por organizações feministas. Nos EUA, a autora destaca as iniciativas pioneiras, ainda na década de 1950, do movimento das “usuárias pela reforma do parto”, além da criação,

nas décadas seguintes dos Centros de Saúde Feministas e do Coletivo de Saúde das Mulheres (BWHBC).

No Brasil, na perspectiva das organizações feministas, ainda na década de 1970, (DINIZ, 2005) destaca as iniciativas do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco. A criação da REHUNA, além dos acordos que resultaram dos encontros internacionais no âmbito da Organização Mundial da Saúde, impulsionaram, na década de 1990, iniciativas que potencializaram as reivindicações de mudanças no paradigma de assistência, numa ação incisiva das redes e coletivos feministas em diálogo com as esferas da administração pública. De acordo com a autora:

Muitos encontros foram organizados por participantes dessa rede, como o Encontro Parto Natural e Consciente no Rio (anual, no qual ocorre a Plenária Nacional da Rehuna), além de encontros locais. Isto contribuiu para formar uma comunidade que se reunia várias vezes por ano presencialmente, e a partir do fim da década de 1990, virtualmente através de listas eletrônicas como Parto Natural, Amigas do Parto, Rehuna, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas, entre outras (Tornquist, 2004), a maioria criada por consumidoras organizadas de classe média – uma novidade política de enorme potencial na mudança. (DINIZ, 2005, p. 631).

Esse movimento possibilitou a emergência de novas reflexões a respeito do paradigma assistencial, e obteve como resultado concreto a conquista de direitos importantes, a exemplo da Lei Federal nº 11.108/2005, ou Lei do Acompanhante, que garante à gestante a presença de um acompanhante de sua escolha.

Contudo, vale destacar que apesar da enorme participação popular das usuárias dos serviços de saúde, as articulações do movimento pela humanização do parto se dá em diversos níveis de atuação e comporta uma multiplicidade de atores profissionais, acadêmicos, governamentais, etc.

Nesse sentido, Toro e Werneck (1996) nos auxiliam no sentido de compreender a importância dos processos info-comunicacionais como foco da mobilização social. Os autores resgatam o valor da informação enquanto objeto, não apenas a partir da circulação desta ou daquela informação a respeito de determinado tema, e sim pela capacidade dos atores implicados em uma ação coletiva, de apropriação e transformação da informação, configurando-se em atos de comunicação.

Para Marteleto (2010), em diálogo com Jeanneret: “o ato de comunicação [...] cria um espaço mais rico do que uma simples transmissão daquilo que preexiste como representação, intenção, posição e relação com o mundo”. (MARTELETO, 2010, p. 39). A síntese dialógica que se apresenta sugere então, que:

[...] o resultado desejado é que as pessoas formem opiniões próprias, se disponham a agir e ajam. E mais, que se sintam donas dessa informação, repassem-na, utilizem-na e se tornem elas próprias fontes de novas informações. Para o sucesso de uma mobilização é preciso que todos que dela participam tenham um comportamento comunicativo, tenham interesse e disposição para consumir e fornecer informações. (TORO; WERNECK, [s/a], p. 30).

Finalmente, encontramos na análise deste documento elementos relevantes para esmiuçar os modos de construção, ação e negociação da realidade construídos nos meandros do tecido social, de caráter rizomático, e a forma como incidem no desenvolvimento de ações políticas e contribuem para conformação de políticas públicas. Tais processos foram decisivos para assegurar a permanência de um modelo de assistência que assegurou o funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho.

4) Plano de Ação da Rede Cegonha - Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro

Considera-se a Rede Cegonha como primeira política de governo estruturada em forma de rede, ou seja, baseada na interdependência dos diferentes níveis de assistência nos estados e municípios. O teor do documento a ser analisado tem por objetivo desenvolver uma avaliação da Rede Cegonha, na Região Metropolitana 1, do Estado do Rio de Janeiro, que compreende os seguintes municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica.

Este documento é, na verdade, uma atualização dos planos anteriores, e está estruturado em dez capítulos, distribuídos em 110 páginas. Para o nosso recorte, abordaremos os conteúdos referentes aos capítulos II (Contextualização do processo de organização da Rede Cegonha na Região Metropolitana I), VII (Necessidades de Estruturação da Rede para qualificação das ações na linha de cuidado materno infantil).

Por ser considerada uma área extensa, foi necessário o estabelecimento de um plano específico de estruturação da RC para a Região Metropolitana I. Vale ressaltar que é nesse planejamento que encontra-se incluída a Casa de Parto David Capistrano Filho.

Como mencionado anteriormente, a Rede Cegonha surge como resultado de uma importante articulação, para fins de qualificar a assistência obstétrica. A partir do Plano de Qualificação das Maternidades na Amazônia e no Nordeste, foram estabelecidos critérios e metas a serem alcançadas para melhorar o acesso e a assistência, uma vez identificadas as determinações sociais em saúde que aumentam a desigualdade e acentuam o alto índice de mortalidade materna e infantil, no país.

A RC então configura-se como resposta do Estado ao complexo de questões que envolvem os ritos da gestação, parto e nascimento. Por definição, temos que:

A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (RIO DE JANEIRO, 2017, p.5).

Apesar do caráter técnico, optou-se por utilizar esse documento enquanto fonte de informação, pois trata de contextualizar e apresentar, no plano local, um panorama das necessidades e obstáculos encontrados nas análises epidemiológicas e sistemas de informação, levando em conta principalmente, o desdobramento nos Fóruns Perinatais do Rio de Janeiro, como indicado abaixo:

Cabe destacar que a Rede Cegonha é uma iniciativa fundamental para a região, tendo como um de seus frutos a construção do Fórum Perinatal, que vem ocorrendo desde 2015 e sendo palco de discussões importantes sobre a atenção materno-infantil na região. (RIO DE JANEIRO, 2017, p.6).

Os Fóruns foram oficializados por meio da Deliberação CIB-RJ nº 3.621 de 17/12/2015 com regimento aprovado na Deliberação CIB-RJ nº 3.622 de 17/12/2015 (RIO DE JANEIRO, 2017). Ainda que a constituição destes espaços tenha ocorrido após a implantação da CP de Realengo, compreende-se a relevância dessa ferramenta, enquanto continuidade e possibilidade de construção compartilhada de conhecimento.

Enquanto espaço de troca entre diferentes atores (movimentos sociais, profissionais de saúde, usuárias, gestores, etc), as discussões se constituem a partir de

temas como: “mortalidade materna e infantil, a garantia de direitos de mulheres e crianças”, e é também o espaço onde “são construídas propostas e estratégias de ação com o objetivo de responder à necessidade de adequação dos modelos de atenção e gestão no âmbito da rede perinatal.” (RIO DE JANEIRO, 2017, p. 6).

Outro componente de extrema relevância para o desenvolvimento da presente análise, trata da problemática cultura da cesariana nas instituições de saúde: “A questão das altas taxas de cesárea é ponto central que precisa ser enfrentado por gestores, trabalhadores e usuárias(os) do sistema de saúde.” (RIO DE JANEIRO, 2017, p.56).

No Eixo 4 do plano da ação, que se refere aos indicadores relacionados ao parto e nascimento, são explorados e apresentados dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

O documento expressa nitidamente a incorporação das demandas e reivindicações, que pautaram a militância pelo parto humanizado ao longo das décadas, e que são fundamentais para consolidação do modelo de assistência proposto pela RC, na medida em que reconhece a existência e o papel da *doulas*, por exemplo, ou quando ressalta a legitimidade da lei do acompanhante.

A redução do percentual de partos cirúrgicos e transformação da cultura da cesariana passam pela adoção de práticas preconizadas nas políticas públicas analisadas anteriormente. Enfatiza-se ainda como obstáculo a “precarização dos vínculos profissionais, com alta rotatividade dos mesmos, o que dificulta o trabalho de capacitação e sensibilização.” (RIO DE JANEIRO, 2017, p. 56).

Reproduzimos abaixo o quadro representativo do percentual de cesarianas realizadas em maternidades do município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2009 e 2015.

Quadro 14 - Proporção de partos cesáreos ocorridos em nascidos vivos por estabelecimento de saúde do SUS na Região Metropolitana I, de 2009 a 2015.

Municípios	Estabelecimentos de Saúde	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MATERNIDADES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO								
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC HOSPITAL MUN RONALDO GAZOLLA	42,69%	36,11%	36,78%	40,75%	43,03%	45,23%	45,76%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC RIO HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES	43,85%	40,92%	38,98%	41,71%	42,43%	41,66%	39,76%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC MATERN ALEXANDER FLEMING	41,14%	46,60%	45,16%	38,78%	38,41%	36,67%	36,99%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC HOSPITAL MUN LOURENCO JORGE	31,11%	30,32%	33,82%	35,85%	36,63%	35,04%	36,95%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SESDC RJ HOSPITAL ESTADUAL ALBERT SCHWEITZER	28,59%	29,69%	30,64%	36,86%	39,12%	36,45%	36,68%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SES HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA	25,16%	29,76%	27,37%	29,09%	34,83%	36,41%	36,51%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO	*	*	*	32,42%	33,82%	34,29%	36,14%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SESDC HOSPITAL ESTADUAL PEDRO II	27,73%	27,83%		32,80%	30,31%	31,25%	33,99%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC MATERN CARMELA DUTRA	36,01%	38,97%	38,77%	36,85%	33,77%	31,91%	33,33%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO	25,81%	26,18%	27,54%	27,04%	28,78%	28,83%	32,44%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA	*	*	*	17,21%	23,86%	27,91%	28,57%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC MATER HERCULANO PINHEIRO	19,13%	20,88%	23,08%	24,55%	23,84%	23,79%	23,60%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
MÉDIA		29,20%	29,75%	30,21%	30,30%	31,45%	31,50%	32,36%

Fonte: Rio de Janeiro (2017)

A OMS considera aceitável que até 15% do total de partos em uma instituição de saúde aconteçam por indicação cirúrgica. Como podemos ver no quadro acima, a média no município do RJ no período corresponde a um aumento de 29,20% em 2009, para 32,26% em 2015.

Mesmo com todos os esforços, a redução das taxas de cesarianas ainda constitui um dos maiores desafios no âmbito da humanização, tanto no sistema público, quanto no sistema privado. A partir dos dados obtidos, o documento sugere que:

De forma geral, questões culturais, pouca informação relacionada ao parto normal, e muitas vezes incentivada por profissionais de saúde, podem ser atribuídos como fatores que levam as gestantes a optar pelo parto cesáreo. (RIO DE JANEIRO, 2017, p. 65).

Nesse sentido, o documento aponta a importância dos grupos de educação permanente, tanto dos profissionais, quanto das(os) usuárias (os). Temos aí o estabelecimento de uma dialética fundamentada em processos de educação em saúde.

Progianti e Costa (2012) destacam a importância das práticas educativas desenvolvidas pela enfermagem obstétrica da Casa de Parto David Capistrano Filho, com o intuito de “cuidar para favorecer a escolha das mulheres pelo tipo de parto e seu

empoderamento para a condução de um parto ativo.” (PROGIANTI; COSTA, 2012, p. 258).

Nessa perspectiva, resgatamos em Valla (1999), a noção de apoio social, definida por ele como um fator de favorecimento à prevenção da doença, entendendo-a como “qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos.” (VALLA, 1999, p. 10). Essa noção vem ao encontro do conceito de *empowerment*. O termo é utilizado para designar a capacidade de um indivíduo de obter controle sobre seus próprios destinos. Para o autor, as interações comunitárias seriam um importante fator psicossocial de potencialização da autoconfiança diante do binômio saúde/doença.

Diante do exposto podemos traçar um paralelo, a partir do entendimento, que a Casa de Parto atua em duas frentes distintas. Por ser uma casa de parto comunitária, desempenha um papel fundamental no estabelecimento e articulação dos elos comunitários. Por outro lado, atua como instituição integrada a uma política pública, que gera as condições necessárias para que, através das ações e práticas educativas e informativas, ocorram processos de empoderamento das mulheres atendidas na casa.

Finalmente, ainda em relação aos eixos de qualificação e organização da assistência no município do Rio de Janeiro, o documento aponta a necessidade de fortalecimento dos Fóruns Perinatais, que como veremos adiante, configuram-se como importante dispositivo de mediação e integração das diferentes perspectivas e necessidades de qualificação da assistência.

Ressalta-se que apesar das críticas ao programa da RC, que expõe as contradições há tempos exaltadas pelos movimentos feministas, sobre o papel da mulher enquanto reprodutora, este deve ter seu valor reconhecido, diante da complexidade de sistematização da rede de atenção perinatal, e que ainda enfrenta muitos desafios no sentido de garantir assistência adequada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, considerando as diretrizes e pressupostos da humanização do parto e nascimento.

5) Carta Aberta do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio De Janeiro

Este documento foi publicado no ano de 2016, na ocasião do 11º encontro do Fórum Perinatal, que, como já mencionado anteriormente, surge como um espaço de convergência e acolhimento às demandas institucionais e sociais da assistência obstétrica, ao passo que tem potencial de identificar obstáculos, propondo a resolução dos mesmos de forma compartilhada, como destacado no documento:

A instituição de Fóruns Perinatais nas regiões de saúde, conforme art. 8º da Portaria GM/MS nº 1.459/2011, é parte constitutiva da Rede Cegonha instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e tem como objetivo ampliar a participação social na gestão desta política pública de saúde, sendo um espaço onde várias instâncias, entidades e sociedade civil se reúnem para a análise de situações e de dados territoriais, transformando-os em informações estratégicas para a implementação de políticas e programas do Ministério da Saúde, com vistas à qualificação da linha de cuidado integral à saúde materna e infantil. (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 1).

O documento, em formato de carta aberta, está estruturado em seis páginas, onde assinam “sociedade civil, Ministério Público, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, secretarias municipais de saúde, maternidades e instituições de ensino”. (RIO DE JANEIRO, 2016, p.1). Tem por objetivo apresentar os compromissos assumidos por esses atores em qualificar a atenção à saúde da mulher e da criança, na região metropolitana I.

Os Fóruns são fundamentais enquanto “espaço pedagógico, de grupo sujeito, que visa contribuir com a produção de mais sujeitos e com a articulação de redes: redes comunicacionais, de produção de cuidado/atenção, de trocas de práticas e de saberes[...]. (BRASIL, 2014, p.86).

A configuração de um espaço de troca de práticas e saberes, fundamentada na articulação de redes, vai na contracorrente de processos informacionais em saúde, que se baseiam na perspectiva linear de difusão das informações a partir da ideia de emissão-recepção, pressupondo uma tessitura polifônica dos processos informacionais. Marteleto e Valla (2003), afirmam que:

Um destaque especial deve ser conferido ao saber das pessoas comuns que, além de trazer os ‘elementos de bom senso’ do senso comum, expressam o

conhecimento social experienciado na multiplicidade de vínculos sociais e reconstruído à luz das informações técnicas e científicas a que se tem acesso, a ponto de se falar em conhecimento social, resultado de uma nova articulação entre saberes (Marteleto e Valla, 2003, [s.p]).”

Santos (2011), também nos convoca a pensar novas possibilidades de construção do conhecimento diante do binômio que opõe saber científico e senso comum. O autor sugere a ação de dupla ruptura epistemológica, ou seja, ao mesmo tempo em que uma primeira ruptura epistemológica seria fundamental para o discernimento entre ciência e senso comum, a segunda ruptura se daria no sentido de construir um novo sentido para o conhecimento “comum”, não a partir de sua recusa enquanto categoria científica e de validade gnosiológica, mas do seu potencial emancipador diante da realidade social:

O conhecimento emancipação-emancipação tem de converter-se num senso comum emancipatório; impondo-se ao preconceito conservador e ao conhecimento prodigioso e impenetrável, tem de ser um conhecimento prudente para uma vida decente. A reinvenção do senso comum é incontornável dado o potencial desta forma de conhecimento para enriquecer a nossa relação com o mundo. Apesar de o conhecimento do senso comum ser geralmente um conhecimento mistificado e mistificador, e apesar de ser conservador, possui uma dimensão utópica e libertadora que pode valorizar-se através do diálogo como o conhecimento pós-moderno. (SANTOS, 2011, p. [107-108]).

Dentro do escopo de desenvolvimento de ações estratégicas da RC, os Fóruns Perinatais se caracterizam como “espaço de encontro entre movimentos sociais, usuários e usuárias, gestoras e gestores, trabalhadores e trabalhadoras da saúde para a análise e tomada de decisão sobre temas relevantes com relação à atenção à saúde de mulheres [...]” (RIO DE JANEIRO, 2017, p.6).

O Fórum Perinatal da Região Metropolitana do Rio de Janeiro chegou, em 2018, na sua vigésima edição, contribuindo de forma significativa para as reflexões e discussões sobre saúde da mulher e da criança. Destacamos sua organização em 5 grupos de trabalho (GTs), a saber: GT Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, GT Fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna, GT Enfermagem Obstétrica, GT Aborto e GT Saúde Mental Perinatal.

Dos compromissos assumidos no âmbito dos encontros destaco abaixo aqueles compreendidos como relevantes para a afirmação das diretrizes em que se ampara a existência da Casa de Parto David Capistrano Filho, tais como: compromisso com o pré-

natal de qualidade; compromisso com a criação do cargo de enfermeira(o) obstétrica(o) no Estado do Rio de Janeiro e nos municípios; compromisso com a mudança do modelo de Atenção Obstétrica, por meio da implementação da Rede Cegonha e dos fóruns perinatais. (RIO DE JANEIRO, 2016).

Por fim, ressaltamos a importância da permanência dos Fóruns enquanto espaço de construção, de diálogo e, principalmente, de constante vigilância na garantia dos direitos e acesso à uma assistência pública de qualidade para as mulheres.

6) Carta de Campinas – Ato de Fundação

Já destacamos anteriormente o papel decisivo desempenhado pela Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), na articulação e mobilização de recursos humanos em prol do movimento pela humanização do nascimento.

Contudo, a atuação dessa rede deve ser compreendida, principalmente, enquanto uma organização que impulsionou de modo assertivo a criação e o estabelecimento de redes, cujas trocas de informações não só, mas principalmente científicas, conferiu peso e massa, como diria Frohmann, ao discurso e às práticas de humanização.

A Carta de Campinas é um documento que data de 1993, constituído por 4 páginas, que materializa o ato de fundação da Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento.

Como epígrafe, a célebre frase “para mudar o mundo é preciso, primeiro, mudar a forma de nascer”, proferida por Michel Odent em sua obra *Gênese do Homem Ecológico* (1981), traduz de modo sintético a essência da humanização no nascimento e, por sua vez, a essência da própria REHUNA.

A Rede nasce como uma iniciativa autônoma, composta por “pessoas, grupos e instituições de saúde” (REHUNA, 1993, p.1), com o intuito de refletir e debater a situação do parto na sociedade.

O documento faz um recorte com foco nos aspectos que ressaltam as falhas na assistência à saúde reprodutiva, especialmente àqueles que se mostram relevantes para a assistência no momento do nascimento, como demonstra o trecho abaixo:

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos de reflexão à comunidade. (REHUNa, 1993, p.1).

Para localizar a pertinência do tema na estruturação da assistência ao ciclo gravídico puerperal, categoria de especial interesse para esta pesquisa, destaca-se a compreensão do Ministério da Saúde, que considera saúde sexual e reprodutiva como áreas prioritárias na organização da Atenção Básica em Saúde.

No entanto, é preciso ressaltar que um dos grandes desafios quando falamos em saúde sexual e reprodutiva, diz respeito à limitação do seu entendimento aos conteúdos relacionados, em grande parte, à saúde da mulher (câncer de mama e de colo uterino e ao ciclo gravídico puerperal), e que a ampliação do escopo de análise e desenvolvimento de políticas públicas sobre o tema é sempre necessária.

Promoção da igualdade entre os sexos, autonomia das mulheres; melhoria da saúde materna; combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e redução da mortalidade infantil são os principais temas que correspondem a esse tipo de assistência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde:

[...] a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis. (BRASIL, 2013, p.13).

Destacamos aqui três pontos principais que sintetizam os direitos reprodutivos elaborados pelo MS:

- O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

Em relação ao segundo item, o documento da REHUNA ressalta fatores, presentes na realidade obstétrica, que parecem ferir tais princípios, que podem ser traduzidos em muitos aspectos; seja pela falta de informação durante o atendimento pré-natal, seja pela banalização da cesariana como via de nascimento, seja pelas intervenções de rotina sem evidência científica que apontem a necessidade e/ou eficácia de sua utilização, ou ainda através da patologização e alienação da autonomia da mulher gestante durante a experiência do parto. Tais aspectos são apresentados na Carta de Campinas de maneira contundente, como explicitado no trecho abaixo:

Ninguém informa à mulher que a cesárea desnecessária tem risco de morte materna de cinco a trinta vezes maior e morbidade muito mais alta que o parto normal. Também ninguém lhe diz que a cesárea desnecessária multiplica por treze a morbimortalidade perinatal. Ninguém informa ainda que o parto é o pior momento para fazer a laqueadura, expondo a mulher a riscos e arrependimentos futuros. (REHUNA, 1993, p. 2).

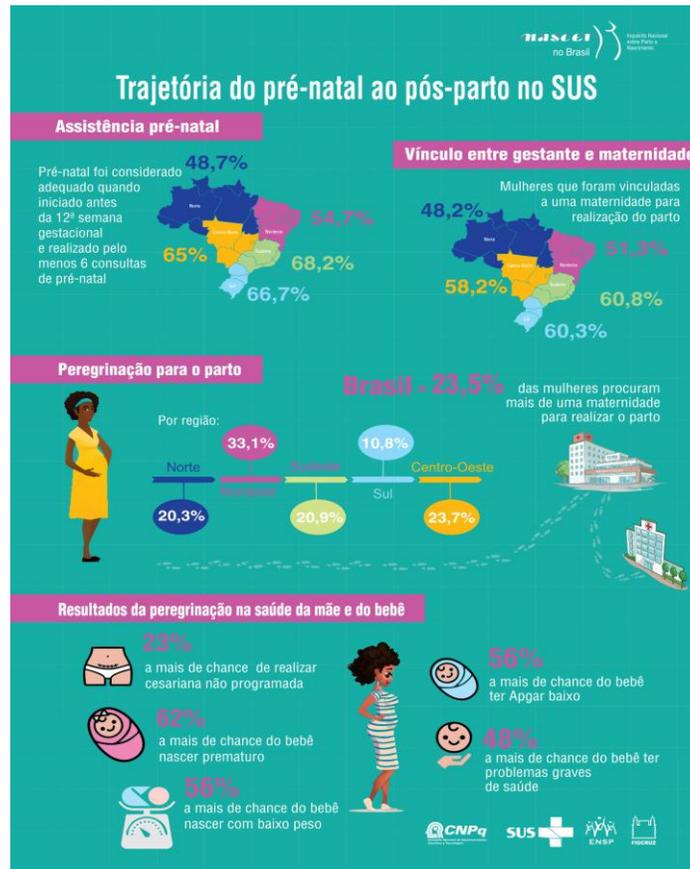
A referência ao ato de informar no trecho acima nos convida a resgatar a noção de acesso à informação como premissa básica e parte integrante do direito à saúde.

Informação, nessa perspectiva, implica na promoção e melhoria da experiência das/dos usuárias/usuários do sistema público de saúde, garantindo-lhes o protagonismo necessário para tomar decisões relativas às suas condições de saúde.

O acompanhamento pré-natal, por exemplo, quando feito de forma adequada, configura-se como principal meio de acesso à informação da pessoa gestante e, por conseguinte, de toda sua rede de apoio. É no pré-natal onde a gestante obtém informações sobre o local do nascimento, onde tem acesso aos grupos educativos, às redes de apoio à amamentação e bancos de leite.

A representação gráfica abaixo apresenta dados da pesquisa Nascer no Brasil em relação à assistência pré-natal e pós-natal no país:

Figura 4. Trajetória do pré-natal ao pós-parto no SUS



Fonte: Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (2019)

A partir das informações apresentadas no infográfico, podemos identificar a existência de um *gap* relativo às informações básicas a que devem ter acesso as gestantes, que decorrem da dificuldade em estabelecer práticas de comunicação e integração entre as unidades básicas de saúde e as maternidades. Apesar de constar no escopo de ações da Rede Cegonha a vinculação da gestante, ainda no pré-natal, à sua maternidade de referência, a problemática da peregrinação ainda atinge milhares de mulheres em todo o país, especialmente aquelas situadas fora do eixo sul-sudeste.

Entre os objetivos propostos pela carta destacamos os seguintes: a) resgatar o momento do nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais; b) aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas tradicionais de assistência ao parto e nascimento. Tais pontos sugerem de maneira objetiva a necessidade de aliar o cuidado

pautado no cuidado “especializado”, no sentido de garantir acesso a tecnologias de assistência adequadas, seja na maternidade, seja na casa de parto, seja em domicílio, porém sem perder de vista os aspectos socioculturais que permeiam a complexidade do fenômeno que derivam do processo de parto e nascimento.

Destacamos aqui a perspectiva apontada por Marteleto (2009), que traduz uma visão necessária para reflexões sobre os tipos de conhecimento e suas implicações na saúde:

Boaventura Santos, estudando os meandros do conhecimento nas sociedades de hoje, lembra que a ciência progrediu às custas de uma ruptura com o conhecimento de senso comum, o que provocou um distanciamento tal entre as partes, que os cidadãos foram alijados, cada vez mais, dos processos decisórios sobre o curso e as aplicações da ciência, controlada que foi pelas esferas do saber oficial e do poder estatal e econômico. (MARTELETO, 2009, p. 44).

Colocada em perspectiva, a afirmação acima sinaliza a essência do conteúdo apresentado no documento produzido pela REHUNA, do qual são signatários uma multiplicidade de atores institucionais, acadêmicos, sociais, reivindicando incorporação dos valores culturais e sociais que atravessam os ritos do parto e do nascimento.

A partir destas colocações, identificamos um aspecto relacional caracterizado pela “apropriação crítica do conceito de redes sociais como elemento compreensivo da dinâmica social em suas possibilidades e limites possibilita explorar a riqueza das experiências de ação e de solidariedade”. (STOTZ, 2009, p.40).

Por fim, como forma de alcançar os objetivos propostos o documento sugere, ainda que de forma não nomeada, a existência de uma rede de atores a ser estabelecida a partir da: Implementação das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério; do trabalho educativo sobre direitos reprodutivos, sexualidade, nascimento e voltados a adolescentes, mulheres e homens, com ênfase na divulgação do saber científico relativo ao período gravídico-puerperal e do apoio a iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupo de parteiras tradicionais, *doulas* e ONGs. (REHUNA, 1993, p. 3).

A fundação da REHUNA é um marco histórico no movimento da humanização e representa muito bem uma síntese dos problemas enfrentados pelas mulheres em relação à assistência obstétrica, bem como é responsável por movimentar e articular os mais diferentes segmentos e setores da sociedade em prol dessa iniciativa tão simbólica e determinante para a inclusão das casas de parto, aqui representadas pela Casa de Parto David Capistrano Filho, e autonomia da enfermagem obstétrica no escopo de ações programáticas e estratégias de políticas públicas do parto e nascimento.

4.5 Representação Sistemática dos Dados

A proposta de uma análise documental para dar conta dos objetivos da pesquisa permitiu estabelecer um panorama do contexto político, social e informacional que sedimentou o terreno para que a Casa de Parto David Capistrano Filho se tornasse uma instituição de saúde diferenciada para assistência ao parto humanizado, no Rio de Janeiro.

No quadro abaixo, apresentamos uma representação analítica que intercala as categorias, os termos identificados na análise e a perspectiva teórica empregada na mesma.

Quadro 15. Representação Sistemática dos Dados

Item	Categoria	Termos identificados na análise	Perspectiva Teórica empregada na análise
 Programa Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (PHPN)	Nacional	Redes; parteiras tradicionais; práticas intervencionistas; maternidade segura; cidadania; humanização da assistência obstétrica e neonatal; protagonismo social;	Conhecimento científico; sistematização das experiências; Informação; Conhecimento Social;
 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	Nacional	Humanização da assistência; saúde da mulher; gênero; direitos sexuais; atuação social; mobilização social; redes integradas de atenção à saúde.	Mediação de saberes (processos sociais de informação; terceiro conhecimento; negociação de sentido) informação em saúde.
 Caderno Humaniza SUS vol.4- Humanização do Parto	Nacional	Humanização do parto e do nascimento; cidadania; direito à saúde; apoio institucional; qualificação dos serviços; redes; informação; controle social; multiplicidade de vozes; cogestão; políticas sociais	Mediação informacional; documentação; dispositivo; política pública; informação em saúde; redes sociais; informação e mobilização social;
 Plano de Ação da Rede Cegonha - Região Metropolitana do Estado do Rio	Local	Assistência obstétrica; determinações sociais em saúde; rede de cuidados; direito ao nascimento; direito ao planejamento reprodutivo; mortalidade materna e infantil; modelos de atenção; informação;	Educação e informação em saúde; apoio social; <i>empowerment</i> ;

 <p>de Janeiro</p>			
 <p>Carta Aberta do Fórum Perinatal –Rio de Janeiro</p>	Local	Participação social; política pública de saúde; informação estratégica; saúde materna e infantil; articulação de redes; movimentos sociais;	Conhecimento social; Senso comum e conhecimento científico; redes; mediação informacional.
 <p>Carta de Campinas - Ato de Fundação</p>	Intersetorial	Rede; parto; responsabilidade social; saúde reprodutiva; violência institucional; acesso à informação; banalização de cesariana; práticas humanizadas; divulgação do saber científico.	Conhecimento científico; Informação; Conhecimento Social;

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

A estratégia utilizada para conduzir a presente análise baseou-se em uma abordagem dialética dos contextos e narrativas acerca do objeto estudado, que de modo geral buscou interpretar e compreender as diferentes nuances históricas, processos sociais e informacionais que culminaram na criação da Casa de Parto David Capistrano Filho.

A riqueza de conteúdo presente nos documentos analisados permitiu uma visualização qualitativa das categorias analíticas estabelecidas. No âmbito das políticas públicas de humanização da assistência as evidências encontradas apontam para a existência de um intenso processo de colaboração intersetorial como principal eixo de atuação nos processos históricos em saúde da mulher, e que incidiram diretamente nas políticas de humanização do parto.

A participação social no planejamento e ações de informação e saúde, que pode ser representada pela constituição dos Fóruns Perinatais, por exemplo, aparece como elemento chave onde as redes de movimentos sociais e institucionais e os processos de mediação de saberes e práticas conformam as bases de assentamento das políticas públicas aqui apresentadas e, conseqüentemente, da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Ressalta-se que os documentos aqui analisados constituem uma parte importante, porém insuficiente para dar conta de todos os aspectos que envolvem a saúde da mulher no âmbito da assistência ao parto e nascimento.

Destacamos a pluralidade de documentos disponíveis relacionados ao tema, que não corresponderam ao recorte da pesquisa, mas que possuem tanta relevância, quantos os documentos selecionados para a análise. São cartilhas, publicações periódicas, materiais informativos, documentos produzidos à luz dos processos de mediação e com ampla participação popular.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para fins de atender ao objetivo inicial, a presente pesquisa buscou apresentar uma reconstrução histórica, social e informacional dos processos que possibilitaram a existência da Casa de Parto David Capistrano Filho, no Rio de Janeiro.

Como já dito anteriormente, as decisões que nortearam as escolhas metodológicas para realização da pesquisa foram tomadas com base no contexto atual de extrema adversidade, considerado como um fator de impedimento e limitação do processo de pesquisa.

Como percurso teórico, buscou-se estabelecer caminhos de compreensão da problemática do nascer em nossa sociedade, a partir dos fundamentos epistemológicos de interseção entre os campos da Ciência da Informação e da Saúde, observando, sob o viés sócio-histórico e político, a trajetória de implantação da Casa de Parto, os processos de mediação, a formação de redes e o desenvolvimento de políticas públicas em saúde da mulher.

O debate em torno da problemática do nascer em nossa sociedade é de longa data e comporta diferentes aspectos em cada período. Acesso à informação, à educação, oferta de apoio psicossocial e garantia do protagonismo e privacidade da mulher em trabalho de parto são aspectos básicos de qualquer modelo de assistência que tenha compromisso com uma assistência de qualidade e com a redução da mortalidade materna e neonatal, tanto quanto a oferta de tecnologias e espaços apropriados nos serviços de saúde.

O objeto de interesse primeiro, em um modelo de assistência tecnocrático está, em geral, associado à garantia ou a uma idealização do nascimento com risco zero, controlável e padronizado, um evento de ordem fisiológica, porém dominado pelo condicionamento cultural, do ponto de vista das práticas obstétricas, de medicalização de todo o processo.

Como objetivo geral da pesquisa, buscamos compreender os processos de mediação (social, informacional e de saberes), que alimentaram a formação de uma extensa rede de colaboração, em um nível macro, de questionamento e redirecionamento de questões políticas importantes no campo da saúde pública e que, em menor escala, respaldou o processo de implantação e criação da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Através da linha histórica de desenvolvimento das políticas públicas em saúde da mulher, é possível perceber, por exemplo, a potencialidade de um modelo de atenção no campo obstétrico, que busca a integração dos diferentes saberes e práticas. A regulamentação das casas de parto, a inclusão das parteiras tradicionais no escopo de ações do SUS, e a organização em rede (multidisciplinar) dos programas e estratégias do governo federal é um exemplo claro desse fenômeno.

Acredita-se que a presente pesquisa foi capaz de estabelecer um panorama geral de análise que buscou contextualizar a casa de parto, em um quadro geral de transformações no âmbito da saúde pública. As mobilizações sociais desempenharam um papel fundamental no que diz respeito à formação e articulação de redes sociais, nutrindo as relações entre os diferentes atores.

Nesse cenário de extrema participação social na luta pelo direito à uma saúde pública e de qualidade temos um grande volume de compartilhamento de informações e dos processos de mediação que, no contexto local, sedimentou o terreno para que o movimento de mulheres e de profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, pudessem planejar ações estratégicas de melhoria na assistência obstétrica no município, sendo a Casa de Parto David Capistrano Filho, uma importante conquista tanto para as usuárias dos serviço de saúde, quanto para as(os) profissionais que há 18 anos trabalham para manter a casa em pleno funcionamento. O protagonismo da

enfermagem, nesse sentido, levanta os questionamentos sobre uma distribuição igualitária de saberes no campo obstétrico, uma vez que a instituição é liderada por profissionais pertencentes a esse campo do conhecimento e ambas as categorias (obstetrícia e enfermagem obstétrica) possuem competência para assistência os partos considerados de baixo risco.

Outro aspecto de igual relevância identificado na pesquisa é a centralidade do objeto informação, como potencialidade conceitual de compreensão dos fenômenos sociais em saúde. Práticas de informação, fluxos de informação, redes colaborativas e mediações derivadas de processos informacionais constituem o fator *sine qua non* que viabilizou ações de mobilização social e política, instituindo um terreno de disputa pelo reconhecimento, no campo científico, do saber não centrado no campo da medicina, e no campo social da incorporação dos saberes sociais, ou àqueles construídos no terreno da cultura e da vida cotidiana. As políticas públicas que buscam qualificar a assistência ao parto e nascimento surgem como resultado inevitável dessas articulações.

Como subsídio para uma reflexão social sobre o que significa parir e nascer em um ambiente altamente tecnocrático e patologizado, propomos compreender esse fenômeno invertendo a lógica do discurso predominante, no sentido de ouvir o que dizem aquelas pessoas que, de fato, detêm a experiência empírica do processo de parturição, através das narrativas encontradas em inúmeros estudos que demonstram os impactos de uma assistência humanizada na vida da pessoa gestante e da sua rede de apoio. Também propomos uma inversão no sentido de conferir aos profissionais da enfermagem obstétrica igual ou maior importância na linha de assistência básica em saúde da mulher.

Por fim, ressaltamos que o caminho da transformação social tal qual insistimos em demonstrar na presente pesquisa, só pode ser alcançado, ou mesmo concebido, na medida em que há canais de diálogo e compromisso com a cidadania em todas as esferas políticas da administração pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, L. G. de. **Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado da Casa de Parto David Capistrano Filho**. 2008. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? **Outra Travessia**, 5, 9-6. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576>. Acesso em 20. mar. 2022.

ALBAGLI, S. **Fronteiras da Ciência da Informação**. [S. l.]: IBICT, 2013.

BOURDIEU, P. **Sobre o Estado**. Rio de Janeiro. Companhia das Letras. 2014. 576p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (PAISM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 01 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 01 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS Vol. 4 - Humanização do Parto e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465.p. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 10. mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal no nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28. p. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494560/>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº985 Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS**. 1999. Disponível em:

<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985>.
Acesso em: 28. jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 11 Redefine as Diretrizes para implantação de Centro de Parto Normal no SUS**. 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html

BRASÍLIA. **Pronunciamento no plenário da Câmara dos Deputados**. 2000. Disponível em: <http://www.obore.com.br/memorial/rebelo.html>

BRASIL, F. G; CAPELLA, A. C. N. Os estudos das políticas públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 71-90, mar. 2016. ISSN 0104-7094. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3710>>. Acesso em: 13 jan. 2022.

CASTRO, C. L. F; GONTIJO, C.R.B; AMABILE, A. E. DE NORONHA. **Dicionário de Política Públicas**. (org). Barbacena: EdUEMG, 2012. 242p.

CASANOVA, A. O.; GIOVANELLA, L.; CRUZ, M. M. da; FERREIRA, M. F. D. C. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3163–3177, out. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.15442018>. Acesso em: 20. mar. 2022.

CAPURRO, R. Epistemologia e Ciência da Informação. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 2003, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: ENANCIB, 2003. p. 1-21. Disponível em: <http://www.capurro.de/enancib_p.htm>. Acesso em: 12 jun. 2021.

CAPURRO, R.; HJORLAND, Birger. O conceito de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, [S. l.], v. 12, n. 1, 2007. p. 149-207. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/54/47>>. Acesso em: 01 jan. 2020.

COMMELIN, P. **Mitologia Grega e Romana**. Ediouro. 1975. 282. p.

COUZINET, V. Complexidade e documento: a hibridação das mediações nas áreas em ruptura. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 3, n. 3, 2009. DOI: 10.3395/reciis.v3i3.750 Acesso em: jan. 2021.

COSTA, C. M. D. **Carta De Amor: O Documento De Arquivo E Os Códigos Sociais Na Segunda Metade Do Século XIX e Início do XX**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Arte e Comunicação Social Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, 2017. 206. p. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/10863>. Acesso em: 25. Fev. 2022.

DAVALLON, J. Mediação: a comunicação em processo? **Prisma**, [S. l.]: n. 4, p. 3-37, 2007. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/prismacom/article/view/2100>. Acesso em: 01 nov. 2020.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Texas, v. 75, n. 1, p. 5-23, 2001. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2801%2900510-0>. Acesso em: 01 jun. 2020.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, set. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

DE ARAÚJO, I. S. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. **RECIIS**, v. 3, n. 3, p. 280/324, 10 jul. 2009. <https://doi.org/10.3395/reciis.v3i3.280pt>.

DECLERCQ, E. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 30, n. 1, 2014. p. s39-s40. Suplemento. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0039.pdf>. Acesso em: 01 set. 2020.

DI GIOVANNI, G; NOGUEIRA, M. A. (org.). **Dicionário de políticas públicas**. São Paulo: Ed. Unesp, 2018.

DUTRA, M. L. **Análise das redes sociotécnicas e socioinstitucionais das políticas públicas de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica: dimensões simbólicas, atores e discursos.** Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2017.

ENCARNAÇÃO, J. L. Diálogo, direito e vínculo na garantia da integralidade em saúde: visibilidade para as práticas de comunicação nos itinerários terapêuticos de mulheres na Amazônia Ocidental. 2015. 191 f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde). – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12356>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política** n. 24. p85-116. [online]. 1991. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>>. Epub 21 Jan 2011. ISSN 1807-0175. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>. Acesso em: jan.2022

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** São Paulo: Graal, 2010.

FROHMANN, Bernd. **O caráter social, material e público da informação.** In: FUJITA, Mariangela Spotti Lopes; MARTELETO, Regina Maria; LARA, Marilda Lopes Ginez de (Orgs.). Dimensão epistemológica da Ciência da Informação e suas interfaces técnicas, políticas e institucionais nos processos de produção, acesso e disseminação da informação. São Paulo: Cultura Acadêmica; Marília: Fundepe, 2008, p.13-36.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) (Brasil). Escola Nacional de Saúde Pública. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 01 abr. 2020.

GAMA, S. G. N. da; THOMAZ, E. B. A. F.; BITTENCOURT, S. D. de A. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 3, p. 772–772, mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020>. Acesso em: janeiro 2021.

GEERTZ, C. **A interpretação da cultura**. Rio de Janeiro. LTC, 1989.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Regime de informação: construção de um conceito. **Informação & Sociedade: Estudos**, [S. l.], v. 22, n. 3, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/14376>. Acesso em: 20 mar. 2022.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Reflexões sobre a genealogia dos regimes de informação. **Informação & Sociedade: Estudos**, [S. l.], v. 29, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/44357>. Acesso em: 20 mar. 2022.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. As relações entre ciência, Estado e sociedade: um domínio de visibilidade para as questões da informação. **Ciência da Informação**, v. 32, n. 1, p. 60–76, abr. 2003. <https://doi.org/10.1590/S0100-19652003000100007>.

HIRSCH, O. N. Parto natural, parto humanizado: perspectivas de mulheres das camadas populares e médias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. 401.p.

HOWLETT, M; RAMESH, M; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

JARA, O. H. **Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias**. Presentación realizada en, el Seminario ASOCAM: Agricultura Sostenible Campesina de Montaña, organizado por Intercooperation. CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Cochamamba. 2001. 8. p. Disponível em: <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/?p=694>. Acesso em: 20. mar. 2022.

JARDIM, H. I. R.; ZAIDAN, P. D. S. CONTROLE DE INFORMAÇÃO: uma análise sobre o papel da censura e da fake news na história brasileira. **Múltiplos Olhares em Ciência da Informação**, [S. l.], v. 8, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/moci/article/view/16883>. Acesso em: 21 mar. 2022.

JEANNERET, Y. The relation between mediation and use in the research field of information and communication in France. **RECIIS**, v. 3, n. 3, p. 276/319, 10 jul. 2009. <https://doi.org/10.3395/reciis.v3i3.276en>.

JUNIOR, E. B. L.; DE OLIVEIRA, G. S. **Análise Documental Como Percurso Metodológico Na Pesquisa Qualitativa**. G. S., , p. 16, [s. d]. .

KINGDON, J. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. 2.ed. New York: Longman, 1995.

LARA, M. L. G. ; ORTEGA, C. D. Uma abordagem contemporânea do documento na Ciência da Informação. In: Fabiano Couto Corrêa da Silva ; Rodrigo de Sales. (Org.). **Cenários da organização do conhecimento: linguagens documentárias em cena**. Brasília: Thesaurus, 2011, v. , p. 17-43. Disponível em: http://www.iskoiberico.org/wp-content/uploads/2014/09/371-387_Lopes-Ginez-de-Lara.pdf. Acesso em: jan.2021.

MAIA, M. B. **Humanização Do Parto: Política Pública, Comportamento Organizacional e Ethos Profissional**. Rio de Janeiro; São Paulo: Editora FIOCRUZ [Imprint] Fundacao Oswaldo Cruz SciELO [distributor, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k>. Acesso em: 18 abr. 2021.

MAYA JARIEGO, I. 7 uses of network analysis in community intervention. **Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales**, v. 27, n. 2, p. 1, 2016. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.628>.

Martins, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista Estudos Feministas [online]**. 2005, v. 13, n. 3, pp. 645-666. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>>. Epub 04 Maio 2006. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>. Acesso em: 13. Jan. 2022

MARTELETO, R. M.; LARA, M. L. G. de. (org.). A dimensão epistemológica da Informação e suas interfaces técnicas, políticas e institucionais nos processos de produção, acesso e disseminação da informação. São Paulo: Cultura Acadêmica; Marília: Fundepe, 2008. p. 19-34.

MARTELETO, R. M.; NÓBREGA, N. G. da . Les documents et leurs appropriations. Réflexions sur “information-document” et “réserve symbolique”. **Sciences de la Société**, v. 68, p. 29-43, 2006. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=jwWb-S9x2YsC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: jan. 2021.

MARTELETTO, R. M.; THIESEN, I. Somente existe cultura transformada: as mediações da informação e da comunicação. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 28, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/38751>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, v. 30, n. 1, p. 71–81, abr. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-19652001000100009>. Acesso em: jan. 2022.

MARTELETO, R. M.; PIMENTA, R. M. (Org.) **Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação**. Rio de Janeiro: Garamond, 2017.

MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. **Informação, saúde e redes sociais**: diálogos de conhecimento nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 176 p.

MARTELETO, R. M. Redes e configurações de comunicação e informação: construindo um modelo interpretativo de análise para o estudo da questão do conhecimento na sociedade. **Investigación Bibliotecológica**, México, v.14, n.29, p.69-94. 2000. Disponível em: <https://ridi.ibict.br/handle/123456789/189>. Acesso em: jan. 2022.

MARTELETO, R. M. Redes Sociais, Mediação e Apropriação de Informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, Brasília, v.3, n.1,p.27-46, 2010. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/iciict/2247>>. Acesso em: 01. abr. 2020.

MARTELETO, R. Jovens, violência e saúde: construção de informações nos processos de mediação e apropriação de conhecimentos. **Revista Eletrônica de Comunicação**,

Informação e Inovação em Saúde, v. 3, 2009. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/130435>.

MARTELETO, R.; COUZINET, V. Mediações e dispositivos de informação e comunicação na apropriação de conhecimentos: elementos conceituais e empíricos a partir de olhares intercruzados - DOI: 10.3395/reciis.v7i2.810pt. **RECIIS**, v. 7, n. 2, 28 jun. 2013. DOI 10.3395/reciis.v7i2.810pt. Disponível em: <http://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/810/1572>. Acesso em: 4 ago. 2021.

MARTÍN- BARBERO, J. **Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia. Rio de Janeiro.** UFRJ. 1997. 360p.

MARTELETO, R. M. Cultura informacional: construindo o objeto informação pelo emprego dos conceitos de imaginário, instituição e campo social. **Ciência da Informação**, [S. l.], v. 24, n. 1, 1995. DOI: 10.18225/ci.inf.v24i1.613. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/613>. Acesso em: 13 jan. 2022.

MARTINS, A. A. L. Mediação: reflexões no campo da ciência da informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 16, n. 2, p. 234-235, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/36712>. Acesso em: 13 jan. 2022.

MARQUES, E. **Redes e comunidades de políticas.** In: DI GIOVANNI, G; NOGUEIRA, M. A. (org.). **Dicionário de políticas públicas.** São Paulo: Ed. Unesp, 2018. p. 831-833.

MEYRIAT, J. Document, documentation, documentologie. **Schéma et Schématisation**, n. 14, p. 51-63, 1981

MEDEIROS, A. A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1171–1183, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500015>. Acesso em: 21. Mar. 2022.

MINAYO, M.C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992. 406. p.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **CAMINHOS DO PENSAMENTO: EPISTEMOLOGIA E MÉTODO**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002. 380.p.

MORAES, I. H. S. de; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S141381232007000300002>>. Acesso em: 01 set. 2019.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Sobre os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio**. Nova York: United Nations, 2015. 76. p. Disponível em: <http://abm.org.br/ods/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-sobre-os-Objetivos-do-Milenio-2015.pdf>

ODENT, MICHEL. **Gênese do Homem Ecológico**. São Paulo: TAO, 1982.

ODENT, MICHEL. **A Cientificação do Amor**. São José: Saint Germain, 2002.

PORTUGAL, S. Para uma abordagem reticular do cuidado em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 10, p. 3137–3139, out. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.21082018>. Acesso em: janeiro 2020

PINHEIRO, R.; ENCARNAÇÃO, J. Direito à comunicação como manifestação do direito humano à saúde: participação, diálogo e cidadania na construção das políticas públicas - DOI: 10.3395/reciis.v6i4.673pt. **RECIIS**, v. 6, n. 4, 28 dez. 2012. DOI 10.3395/reciis.v6i4.673pt. Disponível em: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/743/1386>. Acesso em: 13 jan. 2022.

PORTUGAL, S. **Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica**. Oficina do Centro de Estudos Sociais (CES), n. 271. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277055292_Contributos_para_uma_discussao_do_conceito_de_rede_na_teoriasociologica>. Acesso em: 01 dez. 2020.

PEREIRA, A. L. de F.; MOURA, M. A. V. Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 872-879, dez. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2020.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. **Esc. Anna Nery**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 789-792, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a25.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

PROGIANTI, J.M; PORFIRIO, A.B; PEREIRA, A. L. F. Capacitação de enfermeiras no Japão: contribuição para a implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 193-200, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jan.2021.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. da. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 257–263, abr. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200009>.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; PEREIRA, A. L. de F. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 1, p. 105–110, mar. 2012.

REIS, A. S. dos; MARTINS, A. A. L. Movimentos sociais, informação e mediação: uma visão dialética das negociações de sentido e poder. **DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação**, [S. l.], v. 10, n. 5, 2009. Disponível em: <<https://brapci.inf.br/index.php/res/download/45434>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Carta de Campinas. Ato de fundação da Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento**. Campinas. 1993.

Disponível em: <https://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/CARTA-DE-CAMPINAS-Ato-de-Funda%E7%E3o-da-ReHuNa-1993.pdf>. Acesso em: 10.mar. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Carta Aberta Do Fórum Perinatal Da Região Metropolitana I Do Rio De Janeiro.** 2016. Disponível em: <https://saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODQ3Ng%2C%2C>. 6.p.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. **Programa Cegonha Carioca.** Rio de Janeiro, 2011. 86. p. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/146.pdf>

RIO DE JANEIRO (Município). Projeto de lei n. 265 de 31 de maio de 2017. Estabelece diretrizes para a criação do programa centro de parto normal e casa de parto, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, e da outras providências. Rio de Janeiro: Camara Municipal do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/scpro1720.nsf/0cfaa89fb497093603257735005eb2bc/5d01d5c73ff44f008325813000750f61?OpenDocument>>. Acesso em: 28 nov. 2020.

RIO DE JANEIRO. **Você sabe o que são operadores booleanos.** Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). 2020. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/voce-sabe-o-que-sao-operadores-booleanos/>. Acesso em: 14.dez.2022

RIO DE JANEIRO. **Secretária Estadual de Saúde. Plano de Ação da Rede Cegonha-Região Metropolitana I Do Estado Do Rio De Janeiro.** Rio de Janeiro, 2017. 110. p. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2329-plano-rede-cegonha-metro-i-devolutiva-final-12-08/file.html>. Acesso em: 25. nov. 2021.

RUFINO, L. Pedagogia das Encruzilhadas. **Revista Periferia**, v.10, n.1, p. 71-88, Jan./Jun. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/view/31504/0>. Acesso em 20. mar. 2022.

SANTOS, B.S. **Para um novo senso comum:** a ciência, o direito e a política na ttreasição paradigmática. São Paulo: Cortez, 2011. 415. p.

SEIBERT, S. L.; GOMES, M. L.; VARGENS, O. M. da C. Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 4, p. 758–764, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400021>. Acesso em: 21.fev.2022

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

Scherer-Warren, I. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. **Sociedade e Estado [online]**. 2006, v. 21, n., pp. 109-130. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69922006000100007>>. Epub 10 Out 2006. ISSN 1980-5462. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922006000100007>.

TORO A. J. B; WERNECK, N. M. D. **Mobilização Social: Um modo de construir a democracia e a participação**. Belo Horizonte: Autêntica, [s/a]. 41. p. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/5b1eeb01411d764ed1046eea1b92be10%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/5b1eeb01411d764ed1046eea1b92be10%20(1).pdf). Acesso em: 20. mar. 2022.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC. 2004. 412.p.

VALLA, V. V.; MARTELETO, R. Informação e educação popular - o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 8, 2003. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/32794>. Acesso em: 21 mar. 2022.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. suppl 2, p. S7–S14, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600002>.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.