

“*Tirando o jaleco*”: notas etnográficas sobre as práticas obstétricas em um hospital de ensino

I¹ Lizandra Flores Chourabi, ² Fatima Cecchetto, ³ Kathie Njaine I

Resumo: O estudo teve como objetivo descrever e analisar aspectos do cotidiano da assistência ao parto em um hospital universitário no Sul do Brasil. A expressão “tirando o jaleco” serve como uma metáfora para iluminar o processo de conversão da enfermeira obstetra em pesquisadora em um ambiente hospitalar. Trata-se de uma de pesquisa qualitativa que lançou mão da perspectiva socioantropológica como referencial teórico e metodológico. Os resultados mostraram uma recorrente ausência de informações sobre condutas e decisões médicas dadas as mulheres, desconsiderando-as como sujeitos de direitos, a despeito do que preconiza a política de humanização do parto, revelando nuances do parto e do nascimento pautadas no modelo tecnocrático de assistência. Esse modelo de assistência vigente nos hospitais de ensino requer importantes mudanças através da incorporação de práticas com fundamentos científicos, da inclusão de enfermeiras obstetras e do respeito à mulher como protagonista deste evento.

► **Palavras-chave:** Hospital universitário. Obstetrícia. Observação participante. Etnografia.

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil (liflopim@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-1754-7403

² Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil (face.fiocruz@gmail.com).
ORCID: 0000-0003-3080-5582

³ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil (knjaine28@gmail.com).
ORCID: 0000-0003-3250-2331

Recebido em: 21/09/2020
Revisado em: 03/04/2021
Aprovado em: 27/09/2021

Introdução

A intervenção excessiva sobre o corpo das mulheres gestantes realizadas no momento da parturição é uma prática que desencadeia efeitos importantes e persistentes em suas vidas. Os procedimentos desnecessários utilizados rotineiramente por profissionais no parto hospitalar como a episiotomia ou “mutilação genital e o uso da ocitocina estão dentre as condutas consideradas como violências física e sexual porque são tecnologias inadequadas na atenção obstétrica (SANFELICE, 2014).

Nesse modelo intervencionista, sustentado por ideais tecnocráticos, a mulher torna-se o objeto da ação, sem autonomia sobre o próprio processo do parto e nascimento de seus bebês. O abuso de procedimentos, às vezes, extremo, gerado pelas práticas violadoras em seus corpos, mas também pela proibição de se expressarem contra os maus-tratos velados ou explícitos dos profissionais de saúde, é geralmente o que suscita críticas às práticas destes profissionais e em especial ao processo de desumanização das gestantes que ocorrem no ambiente hospitalar (DINIZ *et al.*, 2015).

Mais do que a constatação da vulnerabilidade das mulheres aos abusos do poder médico-hospitalar enraizados em condutas profissionais obsoletas presenciadas ao longo dos 25 anos de atuação da primeira autora como enfermeira obstetra, emergiu também nesse processo tensões relacionadas a identidade profissional. Estranhar a própria prática e se posicionar criticamente diante da violência obstétrica, levantou novas questões sobre o papel de enfermeira em um hospital de ensino. “Tirar o jaleco” e tornar-me uma observadora do parto naquele ambiente familiar permitiu tomar distância e ganhar uma nova perspectiva sobre o universo obstétrico, revelando muitas nuances do parto e nascimento naquele ambiente. As frases ditas por profissionais considerados antigos e experientes como “*porque sempre fiz assim*” passaram a ecoar de modo diferente.

Apesar das transformações nas práticas obstétricas contemporâneas, uma parte essencial do fazer permanece inalterado: a formação de profissionais que passam por esta instituição de saúde. O incômodo com a objetificação do corpo das mulheres colocou em questão o alcance do poder médico, o caráter exclusivo de suas decisões e, também das assimetrias entre as profissões da área da saúde. Para além de expor a face “desumanizadora” da prática obstétrica, a pesquisa etnográfica revelou tensões constitutivas do próprio campo em que se dá o exercício da obstetrícia, discussão que o presente artigo pretende contribuir.

O artigo está estruturado em torno de dois eixos. No primeiro destaca-se as dinâmicas do Centro Obstétrico (CO), evidenciando aspectos do processo de tomada de decisões médicas em relação às gestantes. O esforço foi compreendê-la, a partir das percepções deixadas pelos interlocutores e retiradas das notas de diário de campo. O CO foi escolhido por ser considerado ponto sensível na delegação de cuidados obstétricos na instituição hospitalar. A intenção foi desvelar os percalços das grávidas que peregrinam pelos centros obstétricos submetidas aos abusos do poder médico-hospitalar no momento de darem à luz. Na sequência o artigo trata das tensões e consequências do “tirar o jaleco”. Em particular, ao buscar uma visão antropológica daquele ambiente, era objetivo principal realizar um estudo que sensibilizasse leitores e autoridades para as violências praticadas contra mulheres, que, embora conhecidas, ainda parecem estar envoltas no silêncio e na invisibilidade.

Percurso metodológico

O trabalho de campo foi desenvolvido entre janeiro a abril de 2017 em um hospital universitário de ensino (HU) do interior do Rio Grande do Sul. A investigação é um recorte de uma tese de doutorado e foi devidamente registrada sob nº CAEE57867616.9.0000.5240 e aprovada pelo Comitê de Ética.

A convivência prolongada da autora com a equipe multiprofissional do CO, no qual estão incluídos a equipe da enfermagem, medicina, residentes médicos e da residência multiprofissional foi privilegiada e se deu em todos os turnos de plantões, em períodos de mais de 6 horas interagindo com os sujeitos pesquisados no campo. Essas interações ocorriam tanto no momento dos procedimentos obstétricos quanto em conversas informais, períodos de descanso dos plantões, e outros espaços fora do ambiente hospitalar como, por exemplo, seminários promovidos pela instituição, comemorações da equipe e datas festivas. A partir dessa observação sistematizada sobre o contexto e o comportamento de pessoas, tinha o intuito apreender as interações entre a equipe e as gestantes em diversas dimensões possíveis. Essa modalidade de pesquisa permitiu praticar o “estranhamento”, já que, pela vinculação da autora principal com o HU, seria facilmente identificada como uma funcionária hierarquicamente superior naquele contexto, o que poderia dificultar a interação com os interlocutores da pesquisa.

As contribuições de Geertz (1989), DaMatta (1978) e Tornquist (2004) sobre o trabalho de campo etnográfico, serviram como referenciais que orientaram

a pesquisa. Como aprendiz de etnóloga foi desafiante, enquanto profissional de saúde, exercitar a dupla tarefa de transformar o familiar em exótico e vice-versa, distanciando-se ao máximo de uma posição de detentora de um saber especializado e técnico. Para tanto, foi “tirando o jaleco” e frequentando menos ambientes assistenciais e de salas de parto, e mais os espaços onde os profissionais se reuniam nas pausas e trocas dos plantões, como a sala de descanso. Entre um e outro chimarrão, dava início às conversas, não somente sobre a rotina de serviço, mas também troca sobre assuntos variados, incluindo questões gerais e pessoais. Isso promoveu certo descolamento da imagem de enfermeira, ressaltando mais o papel de pesquisadora no campo. Portanto, foi preciso uma nova roupagem – “sem jaleco” – para começar essa aventura etnográfica.

Ciente de que não poderia apagar totalmente a identidade como profissional de saúde do hospital em questão, no trabalho de campo foi importante a aproximação de profissionais recentemente contratados por uma empresa pública, que não faziam parte da equipe de trabalho da autora principal. Dessa forma, acreditava que eles não estariam impregnados com percepções anteriores sobre as atribuições como enfermeira obstetra, como o gerenciamento e a assistência de enfermagem às mulheres no ciclo gravídico puerperal. Percebeu-se que foi uma escolha acertada, pois os novos profissionais apresentaram a rotina do serviço como se fosse para alguém que não o conhecia. Gradualmente, essa reinserção em um campo conhecido foi ficando mais estranha, e a antes enfermeira de muitos anos de trabalho, passou a construir uma nova identidade: a de pesquisadora em um hospital de ensino.

A participação de uma informante-chave, nova na equipe foi crucial para o início do campo. Essa figura era uma residente multiprofissional de fisioterapia que se mostrou bem receptiva em me contar sobre como funcionava o centro obstétrico. A pesquisadora que lidera este trabalho, foi apresentada pela enfermagem de plantão como uma aluna de doutorado e funcionária do hospital. A atuação anterior da autora principal, como tutora e preceptora no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, facilitou essa aproximação e criou um clima de confiança por compartilharem as mesmas experiências. Assim, a interlocutora se sentiu à vontade para relatar os vários problemas encontrados na residência, como o caso da deficiência de preceptores com supervisão direta, a dificuldade de implementar o projeto pedagógico do programa, a precária interação profissional nas equipes de trabalho, ocasionado pelo caráter fragmentado da formação, mas também por

uma ineficiente interação intersetorial e interinstitucional dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.

A ideia por trás do “tirar o jaleco” condensou diversas questões na profissional de saúde autora deste artigo. Questões relacionadas à subjetividade presente no trabalho de campo etnográfico, provocaram um certo sentimento de estranheza em uma zona de conforto. Utiliza-se, portanto, essa imagem metafórica como ponto chave para a discussão e para sinalizar esse trânsito entre esferas distintas, a dupla inserção que operou no decorrer da pesquisa condicionando o olhar para as gestantes.

Resultados e Discussões

O Centro Obstétrico

Como já foi descrito, a instituição onde foi realizada a observação, um HU, é considerada uma das principais estruturas científicas de transmissão de conhecimentos pela medicina. O HU é considerado uma instituição nodal das sociedades contemporâneas cujos efeitos se fazem sentir até mesmo fora dela, porque está visceralmente implicada com o biopoder (TORNQUIST, 2004). Nele, circulam professores de medicina que formam a elite médica de pensadores e dos cientistas no campo médico científico no Brasil, exercendo forte influência no reconhecimento profissional por essa especificidade (PAGLIOSA, 2008).

Os centros obstétricos de hospitais universitários são unidades que se caracterizam por serem referências para a gestação de alto risco, mas também atendem mulheres de risco habitual. Por apresentarem essa peculiaridade, seguem uma linha intervencionista nos atendimentos, isto é, baseiam seus atendimentos sempre partindo do pressuposto de que a gestação necessita de tratamento e controle. No entanto, a assistência ao parto de gestantes de alto risco pode incorporar práticas da assistência ao parto de risco habitual que buscam não intervir na fisiologia do corpo feminino (LEMOS, 2012). Neste contexto de atenção ao parto e nascimento, tem-se o hospital universitário do presente estudo, que é referência regional no atendimento obstétrico. No ano de 2017 o referido estabelecimento apresentou uma taxa de cesáreas de 53,3% maior que a média nacional, de 41,9% (4). Os altos índices de cesáreas registrados, nas últimas décadas, no Brasil (BRASIL, 2013) pode ser lido como um sinal da perda do protagonismo da mulher no cenário do parto.

A violência nas práticas obstétricas pode se manifestar de diversas maneiras. Um deles é a forma como o ambiente do parto se dispõe. A planta física do CO observado não se adequava aos itens importantes recomendados pela Resolução RDC 36, de 3 de junho de 2008, para a humanização dos ambientes das maternidades, onde há a implantação de quartos PPP (Parto, Pré-parto, Puerpério), isto é, os períodos clínicos do parto são assistidos no mesmo ambiente (BRASIL, 2008). Foi neste local que se observou, no período expulsivo do parto uma mulher sendo obrigada a controlar o puxo involuntário¹ para não parir no percurso, pois, precisaria ser transferida para uma sala de parto.

As parturientes que estão em trabalho de parto perdem sua privacidade pelo fato de o ambiente estar separado somente com cortinas. Isso gera uma ansiedade entre as gestantes que não estão em trabalho de parto, assim como em acompanhantes que escutam os gemidos e gritos, provocado pelo uso rotineiro de ocitocina, e os pedidos de cesárea das parturientes. Nessas condições, muitas vezes, o pedido pela realização de cesárea é induzido pelo medo. Mesmo que seja um pedido sem clareza da intencionalidade, se percebeu uma falta de entendimento do que seja “normal” para as parturientes. Ao verem e ouvirem o uso de procedimentos que causam dor como a ocitocina, denunciado pelas expressões faciais das outras mulheres desejam abreviar o tempo delas dentro do CO, através da realização da cesariana.

Observou-se este comportamento nas mulheres que vivenciaram partos normais traumáticos anteriores. Um caso que ajuda a entender as nuances desse processo desumanizador é o de uma gestante que solicitou a cesariana por medo de passar pela situação de violência obstétrica novamente. Em 2009, ela teve uma gestação com várias intercorrências que culminou no nascimento de sua segunda filha num traumático parto normal. A mulher de 33 anos estava grávida de 36 semanas e desejava uma cesárea em razão do trauma. Durante uma conversa com a pesquisadora, lembrou com tristeza: “emendaram a minha vagina com meu ânus”. A gestante recebeu toque vaginal por vários profissionais em intervalos curtos de tempo, além de fazerem uma episiotomia, sem seu consentimento. O medo de que a estória se repetisse a fez buscar a Defensoria Pública da União para conseguir a cesárea, já que esta foi inicialmente negada pelo HU. Segundo profissionais da saúde mental do HU que a avaliaram para entender o real motivo de seu pedido de cesárea, ela apresentava o quadro do que se chama de “tocofobia”. Isso ocorreu porque a paciente fora obrigada, no parto anterior, a fazer força além

de sua capacidade para que seu bebê nascesse, o que resultou no afrouxamento dos seus dentes e problemas sexuais com seu companheiro.

Implorar por uma cesárea para fugir de um parto violento é reflexo destes procedimentos dolorosos imputados à mulher sem necessidade, como a episiotomia, considerada uma experiência traumática que deixa sequelas pela dor intensa da sutura (ALVES *et al.*, 2000). Associado a isso, encontra-se o despreparo dos profissionais em lidar com a situação fisiológica do momento da condução do processo da parturição. Isso é um fator que desencadeia uma ansiedade incomensurável de sentimentos para mulheres, profissionais e acompanhantes que estão presentes naquele ambiente de parto.

A escolha das cesáreas para as mulheres da rede suplementar e do parto normal para as atendidas no SUS demonstra a diferença entre as propostas para as mulheres, de acordo com sua classe social. No entanto, em ambos os casos a mulher não tem condições de decidir sobre o que deseja. Esta mulher fragilizada se submete e até solicita uma cesárea para evitar a dor física e emocional provocada pelos medos e procedimentos. A reversão desse quadro perpassa a revisão na formação do médico, a inclusão de enfermeiras obstetras no local onde o parto é atendido e, sobretudo, pelas ações que fortalecem a autonomia da mulher (ANGULO-TUESTA *et al.*, 2003; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Aliado a estes fatores de insegurança quanto às condutas, o CO é um setor restrito, fechado. Para entrar, é necessário digitar uma senha de acesso ao lado da porta e não há janelas para o exterior. Há sinal de celular somente em alguns pontos, locais onde pacientes e acompanhantes não têm acesso. Dessa maneira, a parturiente fica incomunicável, o que também gera uma tensão, já que são mulheres que abandonam seus afazeres no domicílio ou fora dele. É um espaço relativamente pequeno, com um grande número de pessoas circulando, o que torna as relações muito próximas e, portanto, sujeitas a desgastes e atritos que se exacerbam mais ainda quando há superlotação.

Outro fator negativo e desumanizador é haver somente um banheiro para todas as mulheres que estão internadas, inclusive para as que necessitam de isolamento. Presenciou-se, em vários momentos durante a pesquisa, a presença de sangue e secreções no vaso sanitário. Mesmo assim, este local estava sendo utilizado por parturientes: primeiro, porque não havia outro modo naquele momento e, segundo, pela urgência, que acarretava na ausência de tempo de hábil do serviço de limpeza adequado.

Na observação do CO as gestantes internadas ou que aguardavam para serem avaliadas pareciam confusas e exaustas com o excesso de abordagem de muitas pessoas e profissionais, que perguntavam com frequência dados referentes ao seu estado de saúde. Várias vezes presenciou-se a interpelação de diferentes profissionais, realizando questionamentos já feitos, sem se ater à leitura prévia do prontuário. Outro fato observado recorrentemente era a forma de abordagem, de uma maneira geral fria e impessoal, como se estivessem fazendo o favor de prestar o atendimento à mulher, o que poderia ser considerado uma forma de violência velada.

Em relação à discordância de conduta entre profissionais da equipe no mesmo turno de trabalho, observou-se no CO o seguinte episódio, registrado em uma nota do diário de campo da pesquisadora: um médico era a favor de se manter a conduta para parto vaginal e o outro queria encaminhar a mulher para cesárea. A parturiente não entendia muito bem o que acontecia em alguns momentos, era orientada a deixar de se alimentar, pois há a necessidade do tempo de jejum para realizar a cirurgia, para logo depois ser orientada a voltar a comer. Sua reação, então, foi manifestar sua insatisfação em alto e bom som: “Isso é uma palhaçada, chega um aqui e me diz para parar de comer, daqui a pouco diz: ‘pode comer’. “A gente enlouquece aqui dentro”.

A maioria das práticas não seguia condutas que estavam nos *guidelines*², considerados padrão ouro nas evidências científicas, o que revela um acentuado empirismo no processo de ensino-aprendizagem. Isso remete à questão do processo de formação na área de obstetrícia, com várias indefinições sobre os papéis a serem desempenhados pelos profissionais em seus diversos níveis hierárquicos, isto é, as competências entre residentes e doutorandos que integram a força de trabalho médica do hospital e a equipe *staff*, composta de médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliar de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social. As hierarquias profissionais são fontes de tensão também, e colaboram para que alguns profissionais de saúde tenham sua autonomia limitada para a tomada de decisões nos atendimentos.

O excesso de procedimentos considerados prejudiciais as pacientes, e, como já dito, desnecessários na maioria das vezes, são conhecidos e reconhecidos pelos profissionais. O relato de uma médica corrobora com essa afirmativa: “Há preceptores que ensinam a fazer episiotomia em todas as mulheres, então depende muito do profissional que está ensinando (P4 médica)”.

Se para a equipe médica a manipulação dos corpos das gestantes é treinamento, aquisição de saberes, para as gestantes significa desconforto e humilhações. Cada

toque não autorizado e repetido à exaustão, vem reforçar a desigualdade nas relações médico-paciente. Assim se as gestantes têm sua autonomia restrita no processo de parturição, a discricionariedade médica é alvo de críticas pelos próprios profissionais que se ressentem da ausência de protocolos definidos para atuarem nos serviços:

Não há homogeneidade nas práticas, as condutas são feitas de acordo com cada preceptor, não há protocolos (P6, enfermeira).

[...] mas realmente a gente tem condutas muito heterogêneas [...] então talvez isso atrapalhe bastante, aliado à falta de protocolos claros e rotinas no serviço, isso também acaba atrapalhando [...] (P5, médico).

A ausência de protocolos coloca em risco a segurança de mãe e filho e uma maior exposição aos perigos potenciais (DAVIS, 2004), do arsenal tecnológico disponibilizado nos centros obstétricos. Durante o período de observação em campo, foi possível verificar a diversidade e as mudanças de condutas que eram realizadas pelos profissionais da medicina, categoria profissional que detêm a responsabilidade pelo desfecho final das mesmas. O fato de haver profissionais de outras áreas não modifica este cenário, já que há uma tendência crescente à medicalização do parto normal, inclusive com a incorporação de tecnologias sem efetividade comprovada.

“Tirando o Jaleco”: tensões diante dos partos desumanizados

Como foi mencionado, a formação como enfermeira obstetra da autora principal deste trabalho facilitou a entrada no campo e a aceitação da pesquisa por parte dos sujeitos, porém a carga emocional transparece em vários episódios quando havia o confronto com procedimentos considerados desnecessários e violentos praticados nos corpos das gestantes. Nesses momentos, pode-se dizer que havia um equilíbrio precário entre a enfermeira e a pesquisadora, complexificando a questão do estranhamento necessário à análise do universo pesquisado.

Um dilema se colocava entre a intervenção e a compreensão diante do drama das violências que ocorrem no campo da assistência obstétrica nas maternidades brasileiras. A familiaridade com o ambiente médico-hospitalar vez por outra dificultava manter o distanciamento exigido para o trabalho de campo etnográfico. Nesse sentido, também pode-se notar que o estatuto de observadora interagia com a de profissional de saúde, ainda que ao longo do período de permanência no campo tenha contribuído para uma ‘virada do crachá’, de enfermeira para pesquisadora. No

entanto, não havia, por assim dizer, uma distância temporal significativa entre o que era vivido como enfermeira e o período que se iniciou a observação. Portanto, não se pode afirmar que havia uma clara distinção entre o estatuto que se tinha antes (na condição de trabalhadora da saúde) e o que ocorria no momento da observação e após as visitas ao centro obstétrico (na condição de doutoranda), em busca de evidências empíricas para apoiar argumentos analíticos.

Uma dessas situações vivenciadas com muita tensão foi a de uma gestante que chegou ao centro obstétrico com 39 semanas e com 8 cm de dilatação, e tinha sinais de que estava próxima a dar à luz. A parturiente estava sozinha no box de atendimento e, além disso, ficou um tempo excessivo com um aparelho preso ao seu corpo,³ sem poder se mexer e sentindo dor. A aplicação da ocitocina para aumentar as contrações que, segundo o residente, estavam espaçadas resultou em dor e imobilidade no momento em que a parturiente precisava estar com seus movimentos mais liberados.

O toque vaginal foi realizado a todo o momento. Inclusive ao final do parto, com movimentos rotatórios, sem a verificação das anotações anteriores. Isto mostra que não há um cuidado quanto ao tempo entre cada toque realizado: muitas vezes, eles acontecem em intervalos bem curtos, o que pode ser considerado um abuso da técnica pelos estudantes em formação. O tempo médio em trabalho de parto após a admissão é de 5-6 horas. Em muitos casos, não são necessários mais do que dois exames vaginais, segundo as recomendações da OMS, para a condução do trabalho de parto (WHO, 1996). Ademais, esse tipo de procedimento precisa ser registrado em partograma, que avalia também ausculta de batimento cardíaco fetal (BCF), integridade da bolsa das águas (rota ou íntegra), características do líquido amniótico (claro ou com presença de mecônio), descida da apresentação (plano de De Lee), frequência das contrações, medicamentos e fluidos infundidos e analgesia, caso tenha sido utilizada (BRASIL, 2001).

O excesso de exames pode levar a um parto vaginal operatório (parto a fórceps) ou cesariana, devido à intervenção desnecessária (DOWNE, 2013). No caso em tela, a exigência da posição horizontalizada e o comando incessante dos residentes para a paciente fazer força além da sua capacidade corporal não facilitaram em nada a saída do bebê. A decisão da equipe médica de realizar o corte vaginal no períneo intensificou a angústia da parturiente, que foi ainda mais agravado pela sutura sem anestesia suficiente para suportar a dor. É de se imaginar o quanto esse tormento poderia ter

sido evitado se alguns dos procedimentos não fossem realizados desta forma, conforme preconizam algumas diretrizes da Política de Humanização do Parto.

No entanto, a despeito dos ideais das políticas brasileiras sobre o parto e das bases do pensamento humanista como premissas dessas políticas, percebe-se, que no parto observado, ocorreu um elevado grau de interferência nos processos fisiológicos da mulher, sob a alegação de que tais procedimentos eram necessários para ajudar a parir. Os sucessivos toques realizados no seu corpo, sem que a paciente fosse consultada ou mesmo esclarecida, evidenciaram uma forma bastante naturalizada de poder médico sobre determinados corpos. Na conversa com a parturiente no pós-parto ficou evidente a fragilidade para reagir contra as formas como seu corpo era controlado: “Fiz tudo que foi solicitado pelos profissionais de saúde (...) fizeram o pique, o sorinho, me falavam para fazer força, tudo é necessário para ajudar a gente”. Isso desvela um pouco das relações de poder que estavam em curso desde a sua entrada no centro obstétrico até o parto. Provavelmente, o tempo para esta mulher era de uma outra ordem que não a cronológica. Era um tempo emocional, no qual a espera pelo seu filho era a única coisa que importava. Ela parecia ceder seu corpo para as intervenções sem se dar conta das violências perpetradas e tinha conhecimento sobre o poder médico exercido sobre seu corpo, inclusive conferindo a ele legitimidade. A observação da condução de procedimentos obstétricos no HU corrobora a visão de Robbie Davis Floyd (2001) sobre o modelo biomédico de assistência ao parto pautado em procedimentos tecnocráticos. Ele é pensado como um evento patológico, praticado dentro de uma instituição hospitalar, vista como um local de cura. Estudo realizado com 555 mulheres de uma exposição de fotografias e vídeos de partos denominada Sentidos do Nascer, mostra nos relatos das participantes que seus partos ocorreram intervenções não consentidas, cuidado indigno e ressentimento de não terem recebido carinho, atenção, compreensão e apoio da equipe durante o parto, o que pode ser denominado como uma forma de violência obstétrica (LANSKY *et al.*, 2019). O problema das elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal como discutidos por LEAL *et al.* (2014) é emblemático dos desafios para garantir a segurança, dignidade, respeito às gestantes.

As propostas que visam outros modos de parir, mais conectadas às escolhas e preferências de cada mulher, levando em consideração suas demandas, são preconizadas pelo Ministério da Saúde na Política de Humanização do Parto (BRASIL, 2001). Portanto, se por um lado existem diretrizes que recomendam a “construção de um

paradigma humanístico” que possibilitaria um avanço nas condições de realização de partos, por outro, as práticas sistemáticas de violação dos corpos femininos não foram proscritas. Elas persistem e estão naturalizadas nos ambientes hospitalares. Talvez se possa supor: será que existe uma tensão incontornável entre a dignidade e segurança das gestantes e os saberes especializados?

Considerações finais

A realização da etnografia no hospital deu forma a uma espécie de compromisso biográfico com a mudança de um “problema social”, o da assistência obstétrica atravessado pela medicalização da gravidez. A dupla posição de insider e outsider acompanhou todo o percurso da pesquisadora-enfermeira, evidenciando uma tensão insolúvel, expressa nas passagens em que a pesquisadora se posicionou criticamente quanto às práticas desnecessárias, realizadas rotineiramente por profissionais naquele contexto.

A observação distanciada possibilitou elaborar analiticamente a própria experiência como profissional de saúde em outro tempo e de um outro lugar, criando assim um quadro de contraste com o presente a ser analisado. Nesse sentido, também se constatou que o estatuto de observadora interagia com a de profissional de saúde, ainda que ao longo do período de permanência no campo tenha propiciado viver e atuar como pesquisadora. Em vários momentos, esses conflitos pesquisadora e profissional de saúde estavam imbricados no processo de investigação daquelas práticas e no olhar dirigidos aos pares e interlocutores. O dever-ofício contido na memória como profissional do cuidado, se justapôs ao papel de etnógrafa com o olhar distanciado exercendo a capacidade de relativização de uma dada realidade. Sentir na pele o que os etnógrafos não cansam de repetir: a reciprocidade com as configurações pesquisadas, as quais vão se transformando e transformando o pesquisador ao longo do processo de pesquisa. Nesse caminho foi inevitável experimentar uma profunda inquietação por parte da autora principal e interrogar sobre as intersecções entre o pessoal e o político, subjetividade e estrutura social, micro e macro, pesquisa e intervenção.

Praticar o distanciamento social, experimentando um certo afastamento da posição de enfermeira, transformando o que era muito familiar em exótico como diria DaMatta (1978), evidenciou o papel importante que a reflexividade assume no modelo de pesquisa etnográfica. O uso da abordagem etnográfica como uma fonte

de dados para a pesquisa sobre as práticas obstétricas, impôs a constante avaliação e reavaliação de alguns pressupostos da pesquisadora-profissional de saúde trazendo à tona a influência da autobiografia na definição do que foi pesquisado quanto no desenvolvimento da investigação.

A abordagem escolhida demandou o reconhecimento da implicação da enfermeira no campo, de estar afetada pela experiência, afastando qualquer pretensão de um ponto de vista neutro e impessoal, supostamente sustentada por um desenho de pesquisa mais formal e pré-determinado, valendo-se do “ideal da objetividade”.

Pode-se verificar, portanto, nessas considerações finais que “tirando o jaleco” foi uma metáfora boa para pensar e expressar a impossibilidade de haver uma observação descolada das experiências e sentimentos do pesquisador, sendo ele mesmo parte da etnografia; eles seriam os convidados inesperados da pesquisa, mas que precisam ser incorporados como fontes ricas para a compreensão dos significados dados pelos atores ao mundo social. Ao contrário do que observou Chazam (2005), ninguém solicitou que se “vestisse o jaleco”, mas por outro lado também ele não foi completamente abandonado no decorrer do trabalho de campo. Seria ingênuo supor que a formação prévia como enfermeira obstetra não tenha interferido na elaboração das conclusões dessa pesquisa. Espera-se ter podido contribuir na discussão de alguns pormenores metodológicos de uma pesquisa em um ambiente hospitalar, realizada por uma “nativa”.⁴

Agradecimentos

Agradecemos o apoio financeiro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Referências

- ALVES, M.T.; SILVA, A. A. M. (Orgs.). *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luís: UFMA/UNICEF, 2000.
- ANGULO-TUESTA, A. *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1425-1436, set-out. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Dados de 2012*. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. SINASC e SIP/ANS. Brasília, 2013.

- BRASIL. *Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Febrasgo/ABENFO, 2001. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3. Acesso em: 05 jan. 2020.
- BRASIL. *Resolução nº 36*, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília – DF: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.
- CHAZAN, L. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. *Cadernos de Campo* (São Paulo 1991), v. 13, n. 13, 2005. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v13i13>
- DAMATTA, R. Ofício do etnólogo ou como ter Antropological Blues. *Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 23-35.
- DAVIS, P. Health care as a risk factor. *Can. Med. Assoc. J.*, v. 70, n. 11, p. 1688-9, 2004.
- DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.
- DOWNE, S. *et al.* Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2013.
- FLOYD, D. R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, n. 1, p. S5 -S23, 2001.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1989.
- LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
- LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. S17-S47, 2014.
- LEMOS, D. B. de. *O parto humanizado em um hospital universitário do sul do Brasil: o olhar dos gestores*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Porto Alegre, 2012.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. Relatório Flexner: Para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 61, n. 3, p. 376-388, 2011.
- SANFELICE, C. F de O. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene*, v. 15, n. 2, p. 362-70, mar-abr. 2014.

TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. 2004. 429 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2004.

WHO. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide: report of a Technical Working Group*. Geneve: WHO, 1996.

Notas

¹ Parturiente sente uma pressão no períneo e a necessidade de empurrar como se fosse evacuar.

² Recomendações desenvolvidas de forma sistemática, com o objetivo de auxiliar profissionais e pacientes na tomada de decisão em relação à alternativa mais adequada para o cuidado de sua saúde em circunstâncias clínicas específicas. (FIELD; LOHR, 1990).

³ Cardiotocografia é um registro gráfico da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas.

⁴ L. F. Chourabi: idealizou o estudo, realizou o trabalho de campo e participou da escrita do artigo. F. Cecchetto e K. Njaine: idealizaram o estudo e participaram da escrita e revisão do artigo.

Abstract

“Taking off the lab coat”: ethnographic notes on obstetric practices in a university hospital

The study aimed to describe and analyze everyday aspects of childbirth care in a university hospital in southern Brazil. The expression “taking off the coat” serves as a metaphor to illuminate the process of converting the obstetrician nurse into a researcher in a hospital environment. This is a qualitative research work that made use of the perspective socio-anthropology as a theoretical and methodological framework. The results showed a recurrent lack of information about medical conduct and decisions given to women, disregarding them as subjects of rights, despite what the policy of humanization of childbirth, revealing nuances of childbirth and birth based on the model assistance technocracy. This current care model in teaching hospitals requires important changes through the incorporation of practices with scientific foundations, the inclusion of obstetric nurses and respect for women as the protagonists of this event.

► **Keywords:** University hospital. Obstetrics. Participant observation. Ethnography.

